

El sistema de salud en España en perspectiva comparada



Observatorio de la Sanidad Fedea

diciembre 2014

fedea

El sistema de salud en España en perspectiva comparada

Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea

SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN

(Universidad Pompeu Fabra y Fedea)

con la colaboración de

ANALÍA ANDREA VIOLA

(Fedea)

Queremos agradecer los comentarios e inestimable ayuda en la elaboración de este informe al profesor Juan Oliva.

Índice

8	¿POR QUÉ UN OBSERVATORIO DE SANIDAD FEDEA?
9	¿QUÉ IMPACTO TIENEN LOS RECORTES?
12	DE UN VISTAZO: LA VALORACIÓN DE LOS INDICADORES SANITARIOS
14	TRIBUNA: SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ¿DÓNDE ESTAMOS, DÓNDE VAMOS?
16	INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN
27	INDICADORES DE RIESGO PARA LA SALUD
33	INDICADORES DE GASTO EN SANIDAD
38	BARÓMETRO SANITARIO
43	INDICADORES DE SITUACIÓN LABORAL EN SANIDAD
	AGRADECIMIENTOS
47	FUENTES DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA UTILIZADAS

¿por qué un observatorio de sanidad fedea?

El concepto de salud no se ha mantenido estático a lo largo del tiempo. Su definición ha ido evolucionando y procurando adecuarse al contexto de cambios sociales, políticos y culturales de la sociedad. Según el [Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), se define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Así, este concepto de salud engloba aspectos más allá de la condición física de la persona.

Si bien la salud está determinada por múltiples factores, el importante volumen de recursos invertidos en la atención sanitaria es sin duda reflejo del grado de prioridad que concedemos como sociedad a la protección de la salud, financiando medidas de carácter preventivo y tratamientos para evitar en la medida de lo posible el dolor y el sufrimiento que ocasionan las enfermedades y los problemas de salud.

El Observatorio de Sanidad de FEDEA, que comienza con este boletín, tiene por objeto el seguimiento de la realidad socio-sanitaria de nuestro país. En él, se intentará sistematizar anualmente la información más relevante sobre la situación sanitaria española en relación con los países de la OCDE. Un segundo boletín anual se dedicará al sistema de dependencia.

Con este espíritu presentamos los principales indicadores de salud, tanto objetivos (clínicos, epidemiológicos) como subjetivos (de percepción del estado de salud de la población y de valoración del sistema sanitario) para el periodo comprendido entre 2007 y el año más reciente disponible, que será 2012 o 2013 en la mayoría de los casos. Esta referencia nos permite realizar un análisis, que no pretende ser exhaustivo, de la evolución de nuestro sistema de salud desde el comienzo de la crisis actual. También se presentan indicadores de gasto sanitario y estadísticas de mercado laboral (empleo y salarios) en el sector sanitario, usando datos de la EPA y también la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), que permite además dar información sobre la evolución de las bases de cotización. Todas las referencias se pueden encontrar al final del documento.

¿qué impacto tienen los recortes?

La profundidad de la crisis económica que hemos padecido y en especial el alcance de los recortes introducidos tanto en el conjunto del estado del bienestar como, en particular, en la sanidad bien pudieran haber tenido consecuencias sobre los principales indicadores sanitarios.

¿Cuál es el contexto en el que se mueve la sanidad en España? La tasa interanual de crecimiento del gasto público en sanidad de todas las Administraciones españolas, que había estado estabilizada entorno al 8-9% nominal en el periodo 2002-2008, lleva cayendo ininterrumpidamente desde 2008 y es negativa, en torno al 2% anual, desde 2009, coincidiendo con lo más profundo de la reciente crisis económica y en respuesta a los recortes introducidos en el sistema de salud. De hecho, el contraste existente entre la variación del gasto total en sanidad en el periodo 2000-2008 y el periodo 2009-2012 muestra con claridad el golpe de la crisis económica en la mayoría de países de la OCDE. Aun así, la caída en España, es inferior a la observada Grecia (30%), Irlanda (11%) y Portugal (5%), que junto a España conforman el conjunto de países parcial o totalmente rescatados. Un análisis preliminar de las implicaciones sobre la salud de esta brusca reducción del gasto será el principal objetivo del presente boletín.¹

En este contexto económico nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Ha malogrado la crisis económica nuestro sistema sanitario? ¿En qué indicadores se notan los efectos? Si, siendo afortunados, no se notan aún los efectos, ¿tenemos indicios de se notarán en el futuro? El resumen anticipado de nuestros resultados sugiere algunos claroscuros, situación buena, pero en franco deterioro y todo ello sin contabilizar con el impacto que pueden haber tenido los recortes introducidos en 2012 (sobre gasto sanitario, derecho a asistencia, prestaciones y también sobre dependencia).

Al objeto de responder a estas y otras preguntas que pudieran surgir hemos seleccionado una serie representativa de indicadores de salud (estado de salud, riesgos, hábitos, uso y valoración del sistema) y de estado del sector (gasto y presupuesto, mercado de trabajo) que presentamos, en la medida de lo posible, en una doble perspectiva: europea y temporal. Nuestro análisis debe verse como una primera aproximación al problema, ya que una respuesta definitiva requeriría de un análisis más en profundidad que está fuera del alcance de este primer número del observatorio.

En cada uno de los indicadores presentados valoramos si su evolución reciente o comparada es positiva (color verde), preocupante (color naranja) y negativa (color morado). Dichas valoraciones serán actualizadas en cuanto dispongamos de nuevos

¹ Dejamos para un próximo boletín el análisis de la posible traslación de las disparidades regionales en los recortes sanitarios en inequidades regionales en salud.

datos sobre la evolución del sistema. De los 41 indicadores que presentamos, 14 están en verde, 14 en naranja y 13 en morado (véase la Tabla Resumen anexa). Ciertamente, la situación se puede catalogar de preocupante y podría ser aún peor cuando incorporemos plenamente en el análisis los recortes introducidos en Julio de 2012 y profundizados en 2013 y 2014. A continuación haremos una breve valoración para cada uno de los cuatro grupos de indicadores considerados (excluimos los indicadores de gasto y presupuesto que se resumieron en los párrafos precedentes).

Respecto a los indicadores generales de salud, encontramos que un buen número de indicadores de largo plazo sobre el estado de salud de la población no han sufrido ningún deterioro, ni absoluto ni relativo, en el periodo 2007-2012/2013, sino más bien todo lo contrario. La esperanza de vida (que gana 1,3 años entre 2007 y 2012) y la esperanza de vida en buena salud (2,3 años de mejora) no han parado de crecer y el número de años perdidos de vida potencial de disminuir (7 por ciento) en el periodo considerado. Además no observamos que el comportamiento sea peor que la media de los países de nuestro entorno, sino más bien al contrario. La evolución también es sumamente positiva en la valoración comparada del estado de salud general entre 2005 y 2012 según los datos de la OECD, impresión confirmada con los datos sobre el mismo indicador obtenidos del barómetro sanitario en los años recientes (2010-2013).

Alternativamente, los indicadores de salud más inmediatos, de respuesta más rápida, muestran una evolución preocupante, que bien puede ser reflejo de la crisis y los recortes que esta lleva aparejados. Por un lado, los indicadores de estado de salud de la población infantil presentan una evolución no positiva: la mortalidad infantil se ha prácticamente estancado desde 2009 y el peso al nacer ha empeorado durante los años de crisis. Por el otro, los indicadores de prevalencia de enfermedades crónicas, que han aumentado dos puntos en los tres últimos años disponibles (especialmente preocupante es el salto entre 2011 y 2012) y, sobre todo, los indicadores de hospitalizaciones a causa de la diabetes (ámbar) y depresión, ansiedad y otros trastornos mentales (rojo), que aumentaron sensiblemente, especialmente entre la población adulta.

Respecto a los indicadores de riesgos para la salud, la evolución de la incidencia del hábito tabáquico (los que nunca han fumado crecen 3 puntos en el periodo) y las muertes por accidentes (ambos en verde) son ejemplos de políticas públicas sanitarias que funcionan y funcionan bien. Otros indicadores de riesgos para la salud, tanto directos (obesidad), como indirectos (pobreza y desigualdad), no muestran una evolución tan favorable. La obesidad, probablemente la epidemia del siglo XXI, que crece 1,6 puntos en el periodo, y especialmente la obesidad infantil, siguen una evolución negativa y las políticas públicas puestas en marcha no dan signos de contenerla. Probablemente el impacto de la crisis se ha reflejado con gran crudeza tanto en la tasa de pobreza (según UNICEF España se confirma como el 3er país en términos de pobreza infantil en la actualidad) como en la desigualdad (medida por el índice de Gini de distribución de la renta), que son factores determinantes de la salud a medio y largo plazo, que han empeorado en estos años, 3,5 y 4,1 puntos porcentuales, respectivamente.

Como no podía ser de otra manera, reflejando la profunda percepción de crisis, todos los indicadores de opinión derivados del Barómetro Sanitario se están deteriorando ostensiblemente. Por ejemplo, la opinión favorable sobre el sistema sanitario cae entre 4 y 5 puntos porcentuales entre 2006 y 2013, dependiendo de la definición de la pregunta. Además, el porcentaje de la población que opina que hay que hacer cambios fundamentales y los que opinan que habría que rehacer por completo el sistema es del 32%, aumentando 4 puntos porcentuales en los últimos años. La valoración del sistema, ascendente hasta 2010, ha permanecido estancada desde entonces, e incluso ha caído ligeramente. Asimismo importante es constatar que el porcentaje de la población que opina que el problema de listas de espera (uno de los principales indicadores de calidad del sistema sanitario) ha empeorado asciende considerablemente, pasando de un 16,9% en 2011 a un 28,5% en 2012 y a un 34,2% en 2013. Finalmente, encontramos una importante reducción de las visitas al médico, especialmente entre las mujeres (entre 10 y 15 por ciento). ¿Es ello el resultado de un comportamiento más racional o más bien el reflejo de los recortes?

Para concluir, una breve reflexión sobre el impacto de la crisis y los recortes en el mercado de trabajo sanitario y las bases de cotización de sus trabajadores. Las cifras tanto de la Encuesta de Población Activa 2007-2014 como de la Muestra Continua de Vidas Laborales de 2013 revelan un innegable aumento de la participación del sector sanitario en los ocupados totales, más de 1,2 puntos porcentuales (que serían 2 puntos porcentuales (pp) si incluyésemos el sector sociosanitario), a lo largo de estos 7 años. Casi todo el avance se produce en el periodo 2007-2010, años en los que el presupuesto público en Sanidad se mantiene o se expande. A partir de la segunda mitad de 2011, el empleo se estabiliza en términos relativos y cae moderadamente en términos absolutos.

La incidencia de los recortes se detecta en mayor medida en la evolución de algunos indicadores de calidad y sobre todo a partir de 2011. Los salarios (bases de cotización) caen en términos relativos 10 pp y la fracción del empleo con contrato a tiempo parcial sube 4 pp en el periodo.

En suma, gran capacidad de conservación del empleo, aunque a costa de más precariedad y menos salarios. Por tanto, nuestra valoración de la evolución del mercado de trabajo sanitario, si bien en términos absolutos puede calificarse como negativa, en términos relativos es mucho mejor que la observada en el promedio de la economía.

de un vistazo: La valoración de los indicadores sanitarios

De un total de 41 indicadores analizados, **14** presentan una situación **positiva**, **14** están en un estado **preocupante** y **13** en una posición **negativa**:

INDICADORES DE ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

6 5 2

Esperanza de vida al nacer	pág. 16
Esperanza de vida en buena salud	pág. 17
Número de años perdidos de vida potencial	pág. 18
Mortalidad infantil	pág. 21
Bajo peso al nacer	pág. 22
Estado de salud percibido	pág. 23
Barómetro Sanitario. Estado de salud percibido	pág. 24
Barómetro Sanitario. Enfermedad crónica	pág. 24
Problemas enfermedades crónicas/larga duración	pág. 25
Altas en general y por enfermedades mentales	pág. 26
Variación interanual de altas hospitalarias y mentales	pág. 27
Defunciones según causas de muerte más frecuentes	pág. 19
Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes	pág. 20

INDICADORES DE RIESGO PARA LA SALUD

5 1 3

Consumo de tabaco	pág. 27
Número de cigarrillos consumidos al día	pág. 28
Consumo actual de tabaco respecto a hace 2 años	pág. 28
Víctimas de accidentes de tráfico	pág. 29
Accidentes de trabajo	pág. 29
Número total de horas efectivas trabajadas	pág. 30
Obesidad	pág. 30
Obesidad infantil	pág. 31
Tasa de pobreza y coeficiente de Gini	pág. 31

INDICADORES DE GASTO EN SANIDAD

2 1 5

Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	pág. 33
Variación gasto sanitario total	pág. 33
Gasto sanitario total per cápita	pág. 34
Variación gasto sanitario público	pág. 34
Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total	pág. 35
Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total (países OCDE)	pág. 36
Presupuestos iniciales CCAA por habitante	pág. 36
Variación presupuestos iniciales CCAA	pág. 37

BARÓMETRO SANITARIO

0 4 3

Opinión sistema sanitario	pág. 38
Escala de satisfacción del ciudadano	pág. 39
Listas de espera CCAA	pág. 39
El problema de las listas de espera	pág. 40
Visitas/consultas con un médico	pág. 42
Probabilidad de visitas hospital, cabecera, especialista	pág. 40
Número condicional de visitas al médico (cabecera y especialista)	pág. 42

INDICADORES DE SITUACIÓN LABORAL EN SANIDAD

1 3 0

Participación ocupados en sanidad sobre el empleo total	pág. 43
Variación interanual número de ocupados en sanidad	pág. 44
Empleo y salarios	pág. 44
Indicadores calidad de empleo y grado feminización	pág. 45

tribuna: sistema nacional de salud. ¿dónde estamos, dónde vamos?

por JUAN OLIVA

(Universidad de Castilla La Mancha)

Durante años ha sido un tópico reiterado el señalar que nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) representaba uno de los sistemas sanitarios de mayor éxito a nivel internacional. Sin duda, los indicadores generales de salud se encuentran entre los mejores del mundo (pero no olvidemos que la asistencia sanitaria es solo uno de sus determinantes) y los elementos rectores del SNS (universalidad, solidaridad, equidad) representan un logro social que ha demostrado todo su valor durante las últimas décadas y, especialmente, en los momentos más duros de la crisis. Y ello, puesto a disposición del ciudadano, financiado con impuestos generales, sin apenas copagos directos, y a un coste razonable en comparación con otros países.

Sin embargo, la crisis económica y la fuerte caída en los ingresos tributarios han puesto en estado de alerta a todas las partidas presupuestarias públicas. En el momento de escribir estas líneas, la información oficial sobre el gasto sanitario público consolidado nos indica que entre los años 2009 y 2012 se produjo una caída de 6.429 millones de euros. Adicionalmente, en el programa de estabilidad fiscal 2012-2015, el Ministerio de Economía se comprometía con el Consejo Europeo a rebajar el peso del gasto sanitario público en otros 7.267 millones de euros. Por tanto, el sistema sanitario público no está siendo una excepción al momento de fuerte contracción de recursos.

No obstante, más allá de la crisis y las restricciones presupuestarias actuales, desde hace tiempo se apuntaban elementos de tensión en el sistema sanitario que requerían cambios estructurales de profundo calado. La cuestión es si las políticas desarrolladas en los últimos tiempos, y las que están por llegar, están exclusivamente centradas en el control presupuestario o se han puesto en marcha medidas para avanzar en la eficiencia y equidad del sistema y apuntalar su solvencia. En otro lugar desarrollamos una hoja de ruta articulada en cuatro ejes básicos a aplicar en el sistema¹: reducción del despilfarro (infrautilización, sobreutilización, prevención de efectos adversos), unir financiación y utilización a la obtención de resultados en salud (financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías, rediseño de los copagos e integración de presupuestos huyendo de compartimentos entre niveles asistenciales), avanzar

¹ Oliva J, Peiró S, Puig-Junoy J. Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada. *Economistas*, 2013; 136: 6-14.

en la coordinación entre niveles y sistemas (atención primaria y especializada; sistemas sanitario y de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia; salud en todas las políticas) y promover el buen gobierno de la sanidad, buscando para ello la participación de los principales actores del sistema.

Un aspecto sobre el que conviene reflexionar es que si bien en numerosos documentos aparecidos en estos años hay amplio margen de coincidencia en el diagnóstico de los males que aquejan a nuestro sistema sanitario público, el pronóstico es mucho más incierto². Las decisiones colectivas y las políticas puestas en práctica tendrán la clave sobre qué tipo de sistema tendremos en el futuro, basado en qué nociones de aseguramiento, fuentes de financiación, calidad de la asistencia prestada y equidad en el acceso a los recursos.

Lo deseable sería que los ciudadanos jugaran un papel clave en la formulación, debate, acuerdos y toma de decisiones al respecto. Para ello, una condición necesaria, aunque no suficiente, es contar con ciudadanos bien informados. En este sentido, mi reconocimiento al Observatorio Sanidad-FEDEA por la aportación de su grano de arena en este proceso y mis mejores deseos para que su existencia sea larga y fructífera.

² Artells JJ (dir.) (2012). Visión de la crisis de la sanidad pública en España: Análisis prospectivo Delphi. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Indicadores del estado de salud de la población

Esperanza de vida al nacer

Dentro de los indicadores tradicionales que reflejan el estado de salud el principal es la esperanza de vida (medida en número medio de años) o media de la cantidad de años que vive, a mortalidad constante, una determinada población, en un cierto periodo. También son excelentes indicadores la esperanza de vida en buena salud (que incluye una corrección por el número de años vividos en mala salud) y el número de años de vida perdidos. Como veremos la crisis no parece haber frenado el avance de este tipo de indicadores en el caso español.

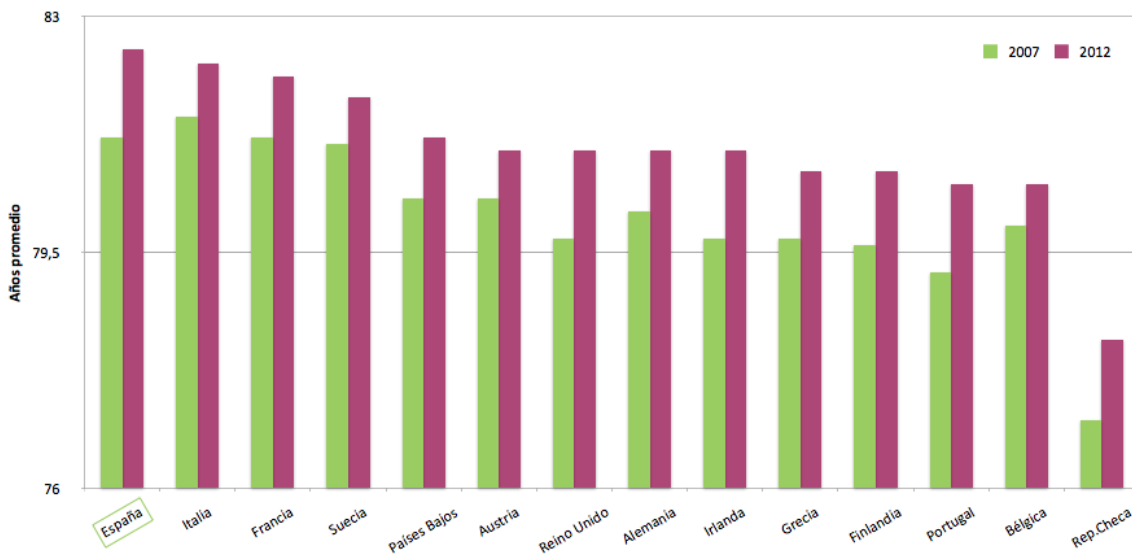


Gráfico 1: **Esperanza de vida al nacer. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012** Fuente: OCDE.

A vuelapluma observamos que la esperanza de vida en España ha subido algo más de un año, hasta 82,5 años, en el periodo que va de 2007 a 2012. En estos momentos ocupa la primera posición en los países seleccionados superando a Italia (Gráfico 1).

Esperanza de vida en buena salud

El segundo indicador que consideramos es la Esperanza de vida en buena salud, publicado por Eurostat, y que mide la salud relativa de las poblaciones en la Unión Europea. En el caso de España en el año 2012 la esperanza de vida en buena salud para las mujeres es de 65,8 años mientras que en los varones dicha esperanza de vida es un año menos, de 64,8 años. Comparando dichos valores con el año 2007 se puede ver una leve mejora de 2,6 años para las mujeres y 1,3 años para los varones (Gráfico 2).

Sin embargo, no todos los países han experimentado mejoras en este indicador. En Grecia, R. Unido, Francia, Italia, P. Bajos, Alemania y Finlandia se ha registrado una disminución en el número de años entre ambos periodos, especialmente en el caso de las mujeres .

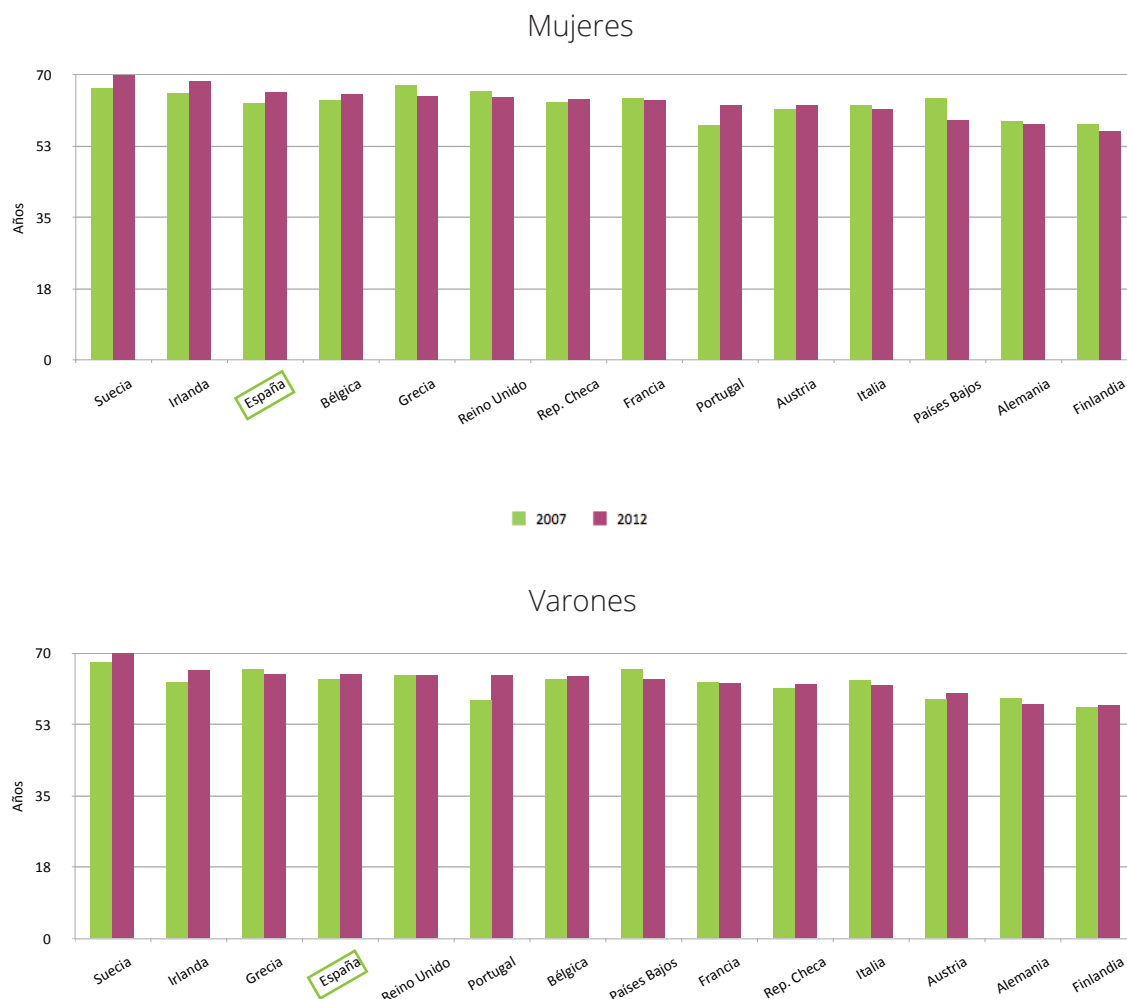


Gráfico 2: **Esperanza de vida en buena salud al nacer por sexo. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012** Fuente: EUROSTAT.

Número de años perdidos de vida potencial

Otro indicador de especial relevancia es el *número de años perdidos de vida potencial*¹ tanto para varones como mujeres. Se observa que el número de años perdidos ha descendido entre periodos y España lidera los primeros lugares en menor número de años entre el grupo de países seleccionados de la OCDE (Gráfico 3). Cabe destacar la notable mejora observada entre 2007 y 2012, especialmente en el caso de los hombres.

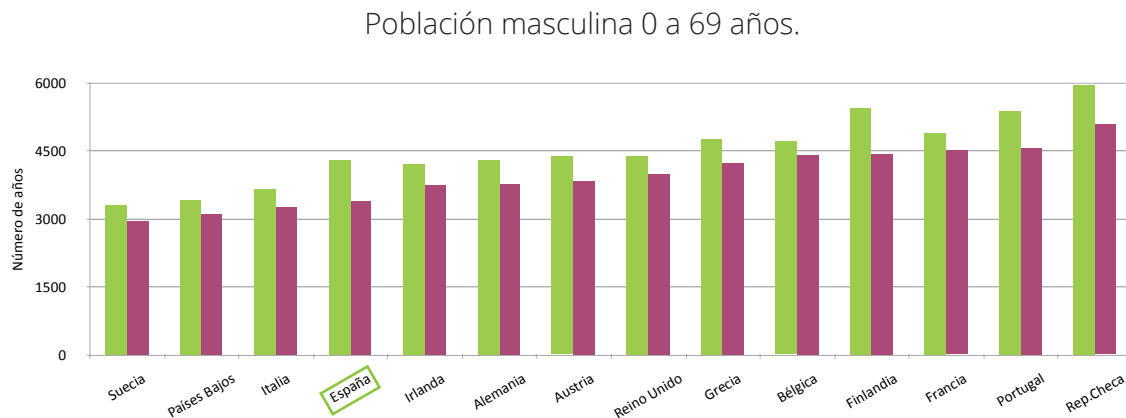
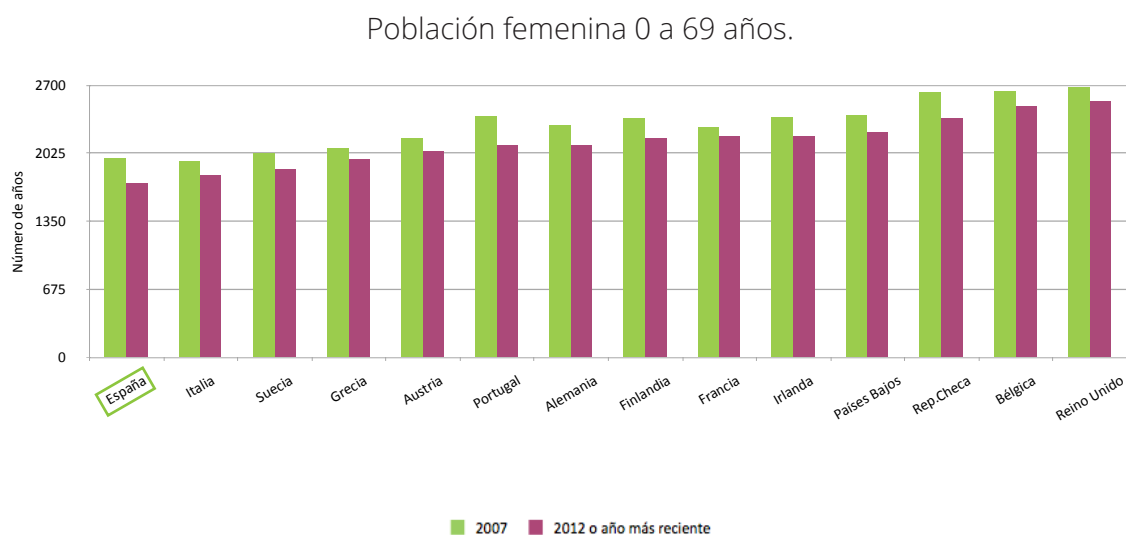


Gráfico 3: Número de años de vida perdidos de vida potencial por cada 100.000 habitantes. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012 o año más reciente Fuente: OECD. Nota: Varones y mujeres: Bélgica, Italia, Irlanda y Reino Unido (datos 2010); Francia y Grecia (datos 2011).

¹ Según la definición de OECD Health Statistics 2014 el número de años perdidos de vida potencial es una medida de la mortalidad prematura que pondera las muertes que suceden en edades tempranas que son a priori prevenibles. El cálculo de este indicador requiere sumar todas las muertes ocurridas a cada edad y multiplicar este resultado por el número de años de vida que quedan hasta una edad límite determinada, que en este caso es 70 años a efectos comparables entre países.

Causas de defunción más frecuentes

¿cuáles son las causas de defunción más frecuentes entre los españoles? En la Tabla 1 se puede ver que el grupo de enfermedades que causan mayores muertes son los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio (representando un 60% del total de muertes).

Además, en la Tabla 1 se pueden ver las variaciones en las causas de muertes entre los periodos 2007 y 2012, es decir aquellas que han aumentado su participación sobre el total de defunciones (sombreadas en rosa) y las que no.

Todas las causas	2007	2012
Enfermedades del sistema circulatorio	32,2	30,3
Tumores	26,8	27,5
Enfermedades del sistema respiratorio	11,4	11,7
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	4,3	5,5
Enfermedades del sistema digestivo	5	4,9
Trastornos mentales y del comportamiento	3,2	4,3
Causas externas de mortalidad	4,1	3,5
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,2	3,2
Enfermedades del sistema genitourinario	2,6	2,9
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,0	2,5
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,0	1,6
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,9	0,9
Enfermedades de la sangre	0,3	0,4
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0,3	0,3
Afecciones originadas en el periodo perinatal	0,3	0,2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,2	0,2
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0

Tabla 1: Defunciones según causas de muerte más frecuentes por sexo (% total de muertes). España. 2007 y 2012 o año más reciente Fuente: INE.

Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes

En cuanto a la comparación internacional sobre defunciones por causa de muerte, España forma, junto con Italia y Francia, el conjunto de países que muestran menores tasas estandarizadas de muertes por 100.000 habitantes (véase Tabla 2).

En la mayoría de los países tanto los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio son las causas de muerte más significativas. Por ejemplo, en República Checa y Polonia representan cerca del 70% del total de muertes (véase Tabla 2).

Países	Todas las causas	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema digestivo	Accidente transporte	Suicidios
Finlandia	787,7	176,5	305,6	30,3	99,7	37,3	5,2	15,6
Suecia	752,4	188,3	277	49,6	33,2	23,5	3,5	11,6
Grecia	801,6	193,4	343,6	74,3	10,9	20	11,5	3,9
España	694,1	194,1	204,3	78,4	36,9	34,5	4,4	6,9
Portugal	813	196,7	242	102,1	25,4	34,7	6,5	9
Alemania	784,8	201,6	308,6	53,4	22	36,8	4,6	10,5
Austria	775,8	201,9	322,5	38,3	26,2	30	6,3	13,7
Francia	679,3	204,8	166,4	40,9	39,9	29,2	6,2	15,8
Italia	699,2	207,1	256	44,6	26,5	28,8	7,3	5,8
Reino Unido	790,6	226,3	248,7	104,9	29,4	42,4	3,6	6,7
Países Bajos	779,2	235	213,2	80,6	31,2	29,1	4,2	10
Rep. Checa	996,9	236,6	504,7	54,4	23,6	39,6	7,6	14,7
Polonia	1020,5	240,3	483,7	54,2	15,2	42,5	10,7	15,7

Tabla 2: **Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes según la causa de muerte. Países seleccionados OCDE. Año 2012** Fuente: INE. Notas: Francia y Grecia (datos 2011). Italia y Reino Unido (datos 2010).

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud más sensible a la mejora en la calidad de los servicios sanitarios. Los últimos datos confirman el buen comportamiento de este indicador en la última década. Sin embargo, el estancamiento del indicador desde 2009 añade un punto de preocupación a la evolución del indicador, que deberá ser confirmado en los próximos años (Gráfico 4).

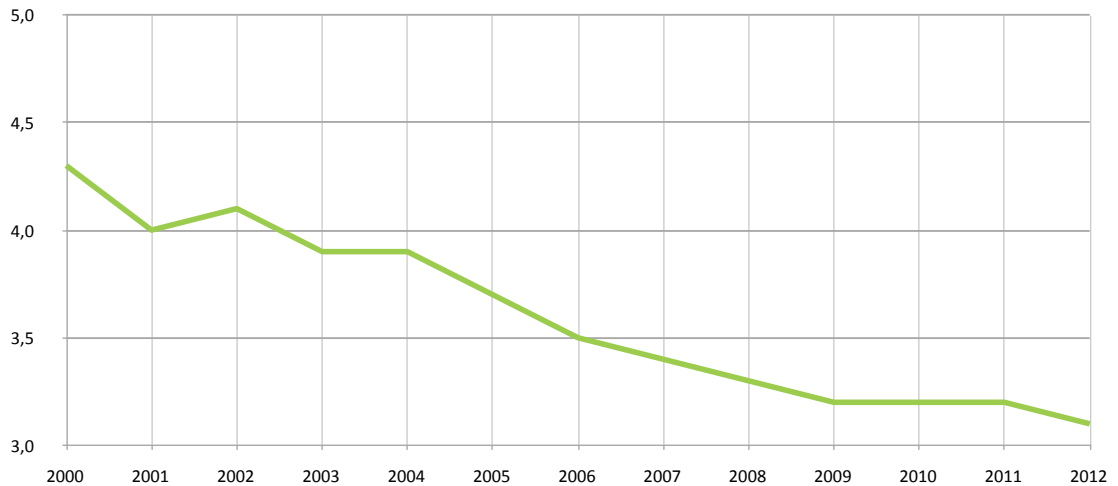


Gráfico 4: **Mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos. España. 2000-2012** Fuente: OECD.

A nivel internacional, España se encuentra bien posicionada en términos de mortalidad infantil, solo por detrás de Finlandia, Suecia, Rep. Checa, Italia y Grecia, países que en Europa se caracterizan por una ola de inmigración mucho menos acusada que el caso español (Gráfico 5).

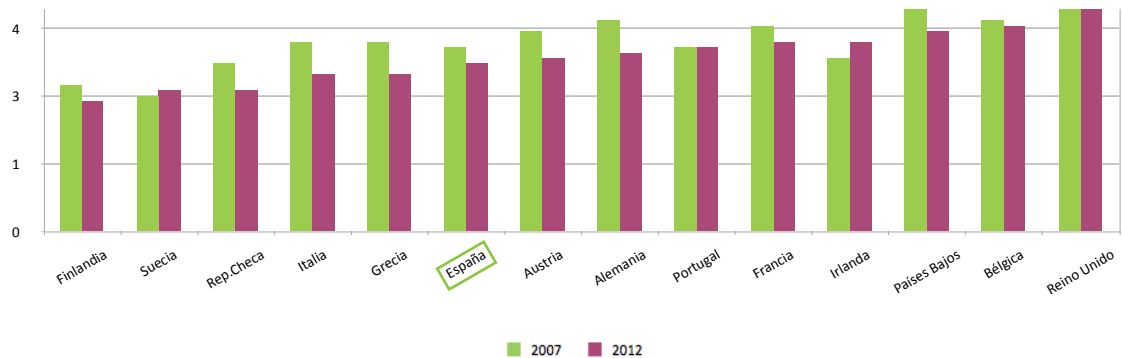


Gráfico 5: **Mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012** Fuente: OECD.

Bajo peso al nacer

En cuanto al indicador que mide la proporción de nacimientos con un peso anormalmente bajo, se observa que, en los países más afectados por la reciente recesión (sur de Europa e Irlanda), ha crecido la fracción de nacidos con peso anormalmente bajo. Afortunadamente en España el incremento aún no es muy importante (apenas 2 décimas), pero debemos mantener la alerta ya que podría haber empeorado en los dos últimos años. La causa más probable es el retraso en la maternidad de las mujeres españolas inducido por la crisis (Gráfico 6).



Gráfico 6: **Porcentaje de niños nacidos con un peso anormalmente bajo. Países seleccionados OCDE. 2012 o año más reciente** Fuente: OECD. Notas: Bélgica (datos 2010); Francia (datos 2011).

En este caso, la posición de España no es buena respecto al conjunto, situándose a la cola de los países seleccionados, sólo superada por República Checa, Portugal y Grecia. Además la tasa ha crecido hasta el 7,7% en 2012.

Estado de salud percibido

Por último, la proporción de población mayor de 15 años con buena o muy buena salud ha seguido una evolución diferente en los últimos años en cada país del grupo seleccionado de la OCDE. En general, el porcentaje supera el 60% (a excepción de Portugal) y la media se sitúa por encima del 70% (Gráfico 7).



Gráfico 7: **Porcentaje de la población mayor de 15 años con buena o muy buena salud. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012 o año más reciente.** Fuente: OECD. Notas: Irlanda (datos de 2011).

Para España los datos son muy positivos, habiendo experimentado un incremento de 7 puntos porcentuales en el periodo estudiado (2007-2012). En la actualidad el porcentaje de población mayor de 15 años con buena o muy buena salud se acerca al 75 %, cifra similar a la que muestran Bélgica, Reino Unido, Grecia o los Países Bajos y claramente superior a la de Austria, Italia, Francia, Finlandia o Alemania.

Barómetro sanitario. Estado de salud percibido

En base a los datos del Barómetro Sanitario podemos analizar la evolución del estado de salud autodeclarado aunque solo en los años recientes (2010-2013). El mismo no parece haberse deteriorado significativamente en los años más agudos de la reciente crisis. En términos generales los ciudadanos consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno, alrededor del 72% de los casos en los últimos 4 años. Nótese, además, que el balance entre ambas categorías se ha decantado relativamente hacía más individuos declarando un estado de salud muy bueno (19% en 2013) (Gráfico 8).

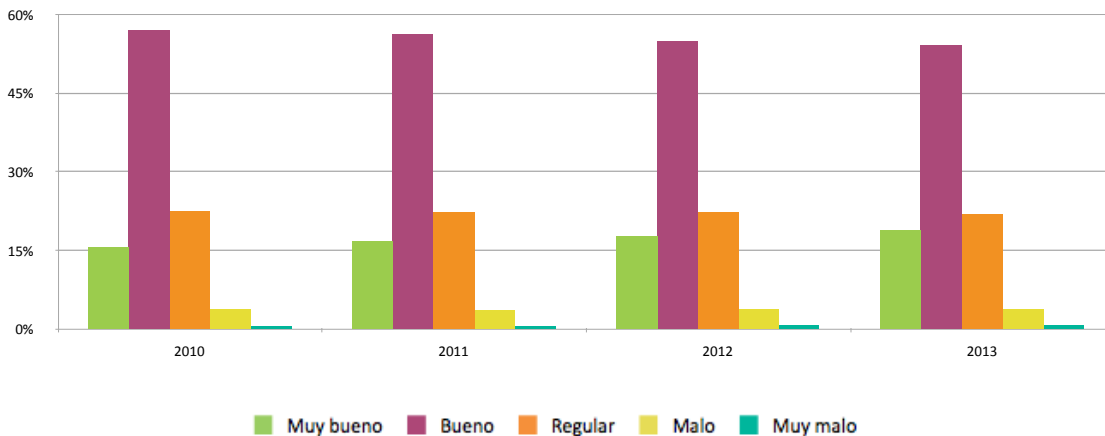


Gráfico 8: **Cómo considera su estado de salud en general? Barómetros Sanitarios 2010-2013.** Fuente: OECD. Notas: Irlanda (datos de 2011).

Barómetro sanitario. Enfermedad crónica

Otra pregunta relacionada con el estado de salud cuestiona sobre si se tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico. En 2013 cerca del 30% de la población ha afirmado tener algún tipo de enfermedad de estas características. Entre 2011 y 2013 dicho porcentaje se ha elevado en cerca de 2 puntos porcentuales (Gráfico 9).

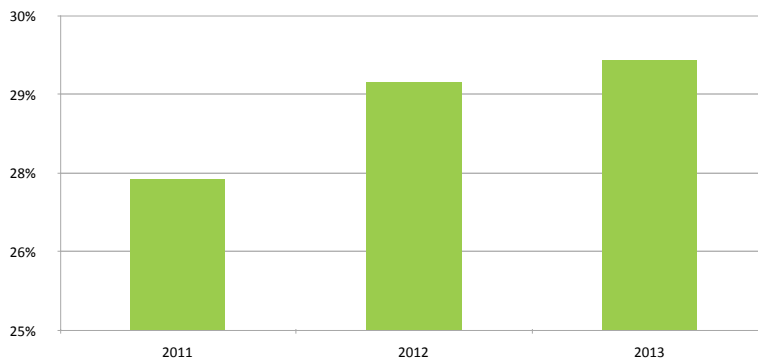


Gráfico 9: **Población con alguna enfermedad o problema de salud crónico. Barómetros Sanitarios, 2011-2013 (años con información).** Fuente: Barómetro Sanitario. Notas: este dato puede no coincidir con el valor de la ENS 2011/2012 dado que en ambas muestras las poblaciones pueden diferir.

Problemas enfermedades crónicas/larga duración

Más importante si cabe es el hecho de que en el devenir de la crisis, algunas enfermedades crónicas o de larga duración (como por ejemplo diabetes o trastornos mentales) han aumentado su incidencia entre 2006 y 2012. En el caso de la diabetes, en el grupo de población de 55-64 años y el de 75 o más, la proporción aumentó cerca de 2 y 3 puntos porcentuales, respectivamente (Gráfico 10).

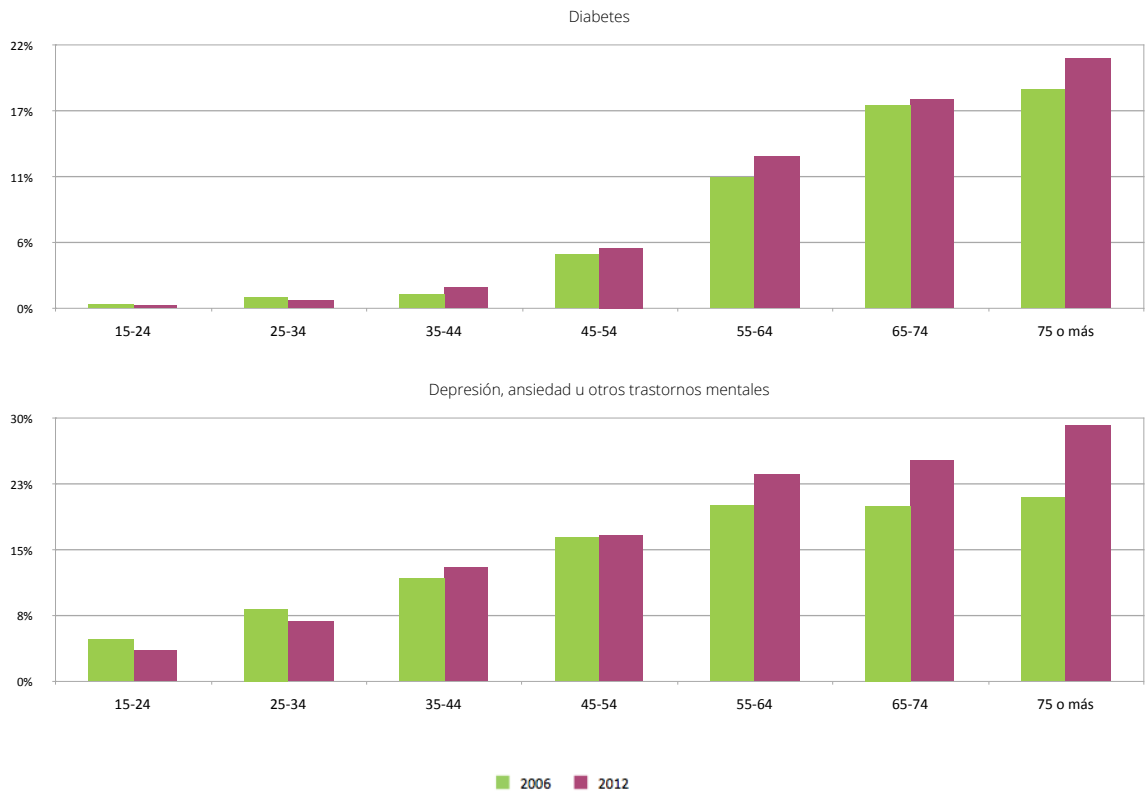


Gráfico 10: **Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses por grupo de edad. ENS 2006 y 2011/2012.** Fuente: ENS 2006 y 2011/2012. Nota: en el caso de la ENS 2006 el primer grupo de referencia es de 16 a 24 años.

Las cifras más sorprendentes pueden observarse en el aumento de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales, especialmente en la población de 55 años o más. En el grupo de mayores (75 años o más) el porcentaje de la población que padece dicho problema ha aumentado en casi 10 puntos porcentuales (Gráfico 10).

Altas en general y por enfermedades mentales

Al objeto de profundizar sobre este último problema analizamos el número de altas hospitalarias a través de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria disponible hasta 2013. El número de altas hospitalarias totales respecto de la población total española ha venido descendiendo lentamente desde 2005 aunque a partir de 2012 se puede apreciar un suave aumento de dicha proporción. Por otra parte la evolución de la relación entre las altas por enfermedades mentales y la población ha sido también descendente, con un aumento más pronunciado en 2013. (véase Gráfico 11.)

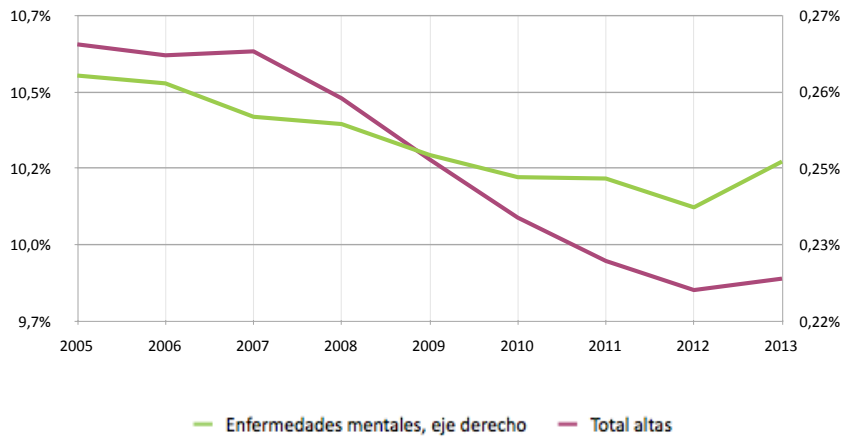


Gráfico 11: Participación total altas y altas por enfermedades mentales respecto de la población total. 2005-2013. Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, INE.

Variación interanual de altas hospitalarias y mentales

Si analizamos las tasas de crecimiento del número de altas observamos que el número total de altas hospitalarias aumentó un 0,1% en 2013 tras cuatro años de descensos. Por otra parte, las enfermedades mentales han dado un salto significativo en el número de altas respecto de 2012 en cerca del 3% (Gráfico 12).

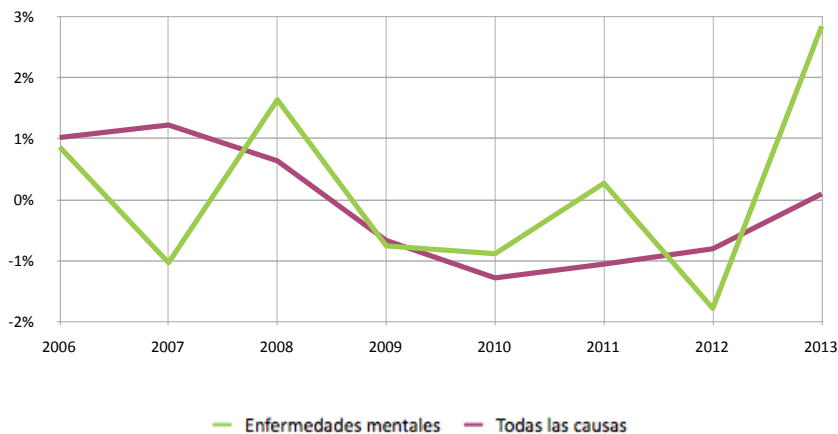


Gráfico 12: Variación interanual de altas hospitalarias. Todas las causas y enfermedades mentales. 2006-2013. Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, INE.

Indicadores de riesgo para la salud

Algunos indicadores de riesgo para la salud han evolucionado favorablemente como la incidencia del hábito tabáquico y las muertes registradas por accidentes de tráfico y laborales, mientras que otros indicadores (obesidad, tasa de pobreza e índice de Gini) no han evolucionado tan favorablemente, en gran parte debido a la persistente crisis. En el primer caso, gran parte del mérito se debe atribuir a regulación en la buena dirección. En el segundo caso, son expresiones de la crudeza y profundidad de la crisis.

Consumo de tabaco

En cuanto a la prevalencia del hábito tabáquico analizamos las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y 2011/2012. En el Gráfico 13 se observa el consumo de tabaco como fumador diario y ocasional, ex-fumador y que nunca ha fumado.

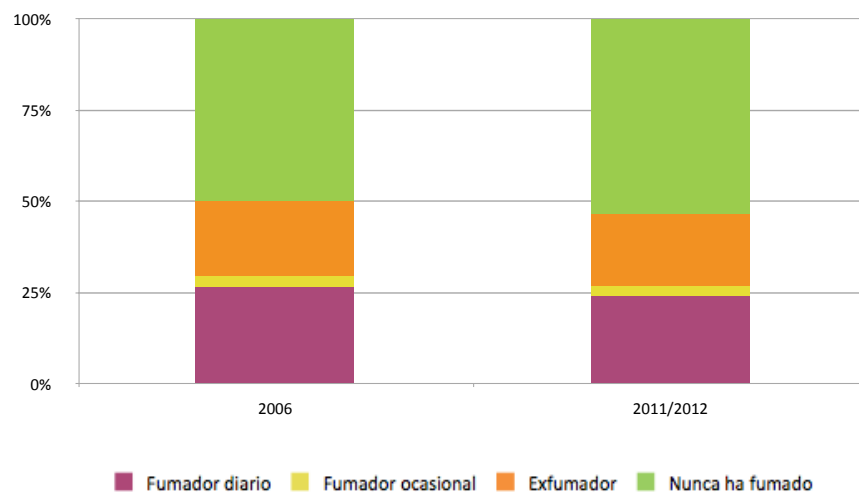


Gráfico 13: **Consumo de tabaco. España. ENS 2006 y 2011/2012.** Fuente: INE

Entre ambos periodos, y probablemente como consecuencia del endurecimiento de las leyes que restringen el consumo de tabaco en España, se puede ver un leve descenso del porcentaje de personas fumadores a diario de un 26% a un 24% al mismo tiempo que se percibe un aumento del porcentaje de personas que nunca han fumado, de un 50% a un 53% (Gráfico 13).

Número de cigarrillos consumidos al día

En cuanto a la distribución del consumo de cigarrillos por día de los fumadores diarios, observamos que ha descendido de manera significativa el porcentaje de fumadores que consumen 20 cigarrillos o más (de un 42% a un 37%), aumentando sobre todo el porcentaje de personas que fuman entre 1 y 9 cigarrillos (de un 25% a un 29%) (Gráfico 14).

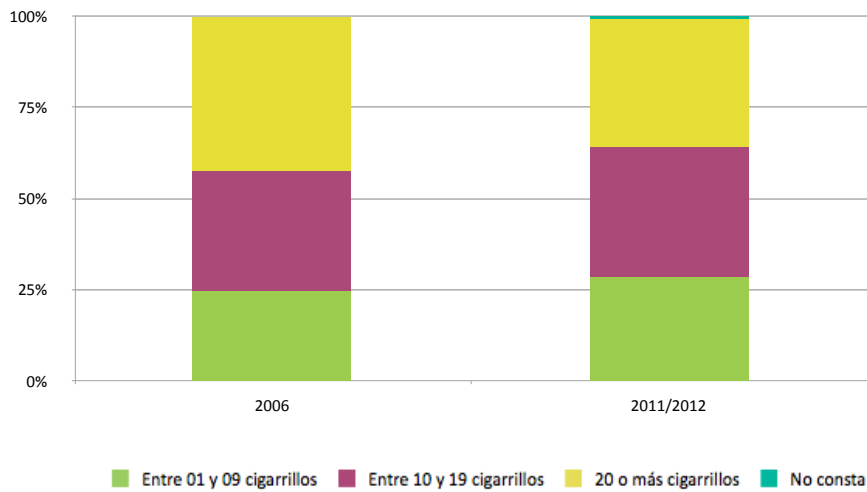


Gráfico 14: Número de cigarrillos consumidos al día. España. ENS 2006 y 2011/2012. . Fuente: INE

Consumo actual de tabaco respecto a hace 2 años

En relación al consumo actual de tabaco respecto al consumo hace 2 años, el porcentaje de personas que dicen haber consumido más ha pasado de un 23% en 2006 a un 17% en 2011/2012 (Gráfico 15).

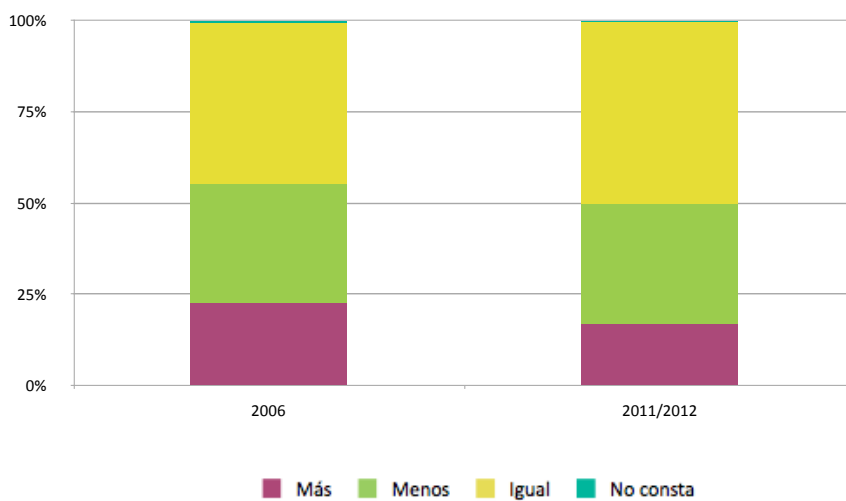


Gráfico 15: Consumo actual de tabaco respecto a hace 2 años de los fumadores diarios. España. ENS 2006 y 2011/2012. Fuente: INE

Víctimas de accidentes de tráfico

Otro ejemplo de que las políticas públicas puede funcionar es el caso de los accidentes de tráfico. En el Gráfico 16 observamos, coincidiendo con un significativo endurecimiento de la legislación sobre conducción, una significativa bajada de las muertes por este tipo de accidentes en los tres periodos señalados. Específicamente, si comparamos el año 2012 y el año 2009 el descenso de muertes por accidentes de tráfico alcanzó el 30% (Gráfico 16).

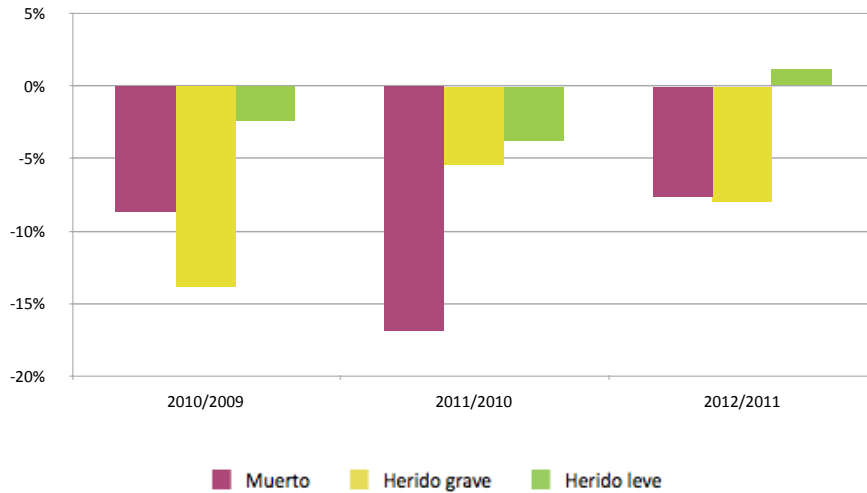


Gráfico 16: **Víctimas de accidentes de tráfico. Variación interanual del número de víctimas. España. 2009-2012.** Fuente: INE

Accidentes de trabajo

Los accidentes laborales también presentan una trayectoria descendiente. Así, en el periodo 2007-2012, el número de accidentes laborales cayó en un 53% (Gráfico 17).

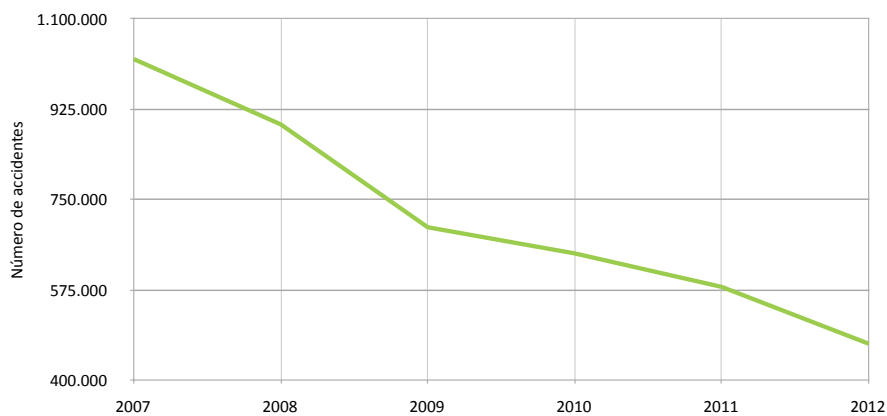


Gráfico 17: **Accidentes de trabajo con baja. España. 2007-2012.** Fuente: INE

Número total de horas efectivas trabajadas

Es importante reseñar, que este caso parte de la sustancial mejora pueda ser debida al menor número de horas trabajadas durante la crisis. Como puede verse en el Gráfico 18, según los datos de la EPA, el número total de horas efectivas semanales ha venido descendiendo de manera considerable desde 2007. Sin embargo, la reducción (27 %) es algo menor que la observada en el caso del número de accidentes de trabajo (fundamentalmente a causa de la reducción de los accidentes en el sector de la construcción) por lo que, en conjunto, la valoración es positiva.

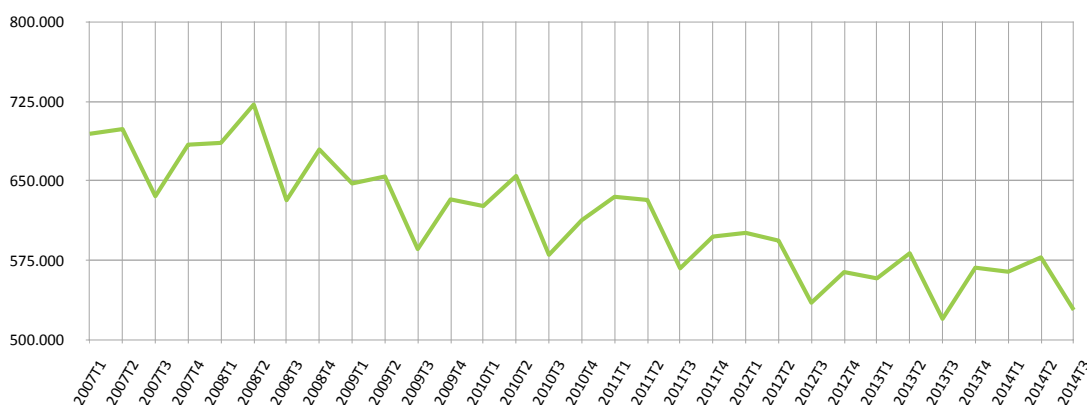


Gráfico 18: **Número total de horas efectivas semanales trabajadas por todos los ocupados. España. 2007T1-2014T3.** Fuente: EPA, INE

Obesidad

Otros factores de riesgo como el sobrepeso y la obesidad han ido aumentando en los últimos años en España de manera considerable y probablemente sin una relación demasiado estrecha con la crisis. Como consecuencia, en los últimos 20 años el porcentaje de personas obesas se ha prácticamente doblado, con lo que nos estamos acercando a la cabeza de Europa, en un caso donde claramente nos gustaría estar en la cola (Gráficos 19 y 20).

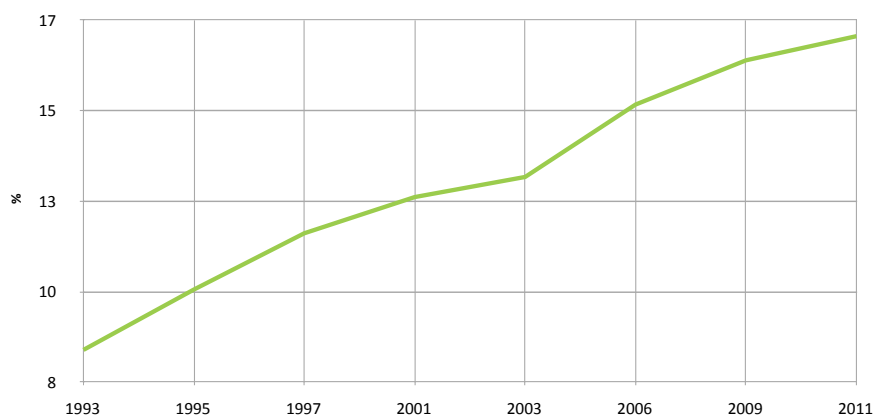


Gráfico 19: **Porcentaje de personas obesas sobre el total de la población. España. 1993-2011 (años con información).** Fuente: OECD.

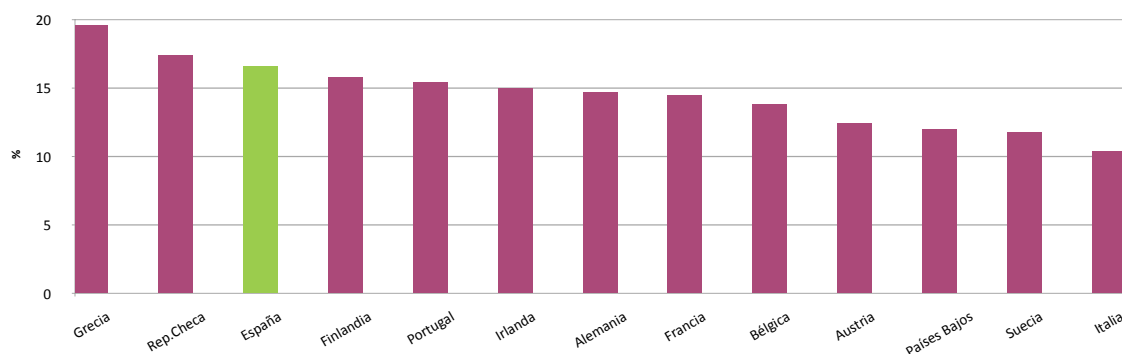


Gráfico 20: **Porcentaje de personas obesas sobre el total de la población. Países seleccionados OCDE. 2012 o año más reciente.** Fuente: OECD. Notas: Portugal y Austria (datos 2006); Irlanda (datos 2007), República Checa y Bélgica (datos 2008); Alemania (datos 2009); Grecia (datos 2010); España (datos 2011).

Obesidad infantil

En cuanto a la obesidad infantil, el estudio Aladino reporta suficientes argumentos como para ser pesimista. Los datos, referentes a niños y niñas de entre 6 y 9 años, muestran que la proporción de sobrepeso y obesidad infantil es cada vez mayor. En varones, el sobrepeso roza el 50% y la obesidad un espeluznante 20% (véase Gráfico 21). Sin lugar a dudas un claro ejemplo de semáforo rojo.

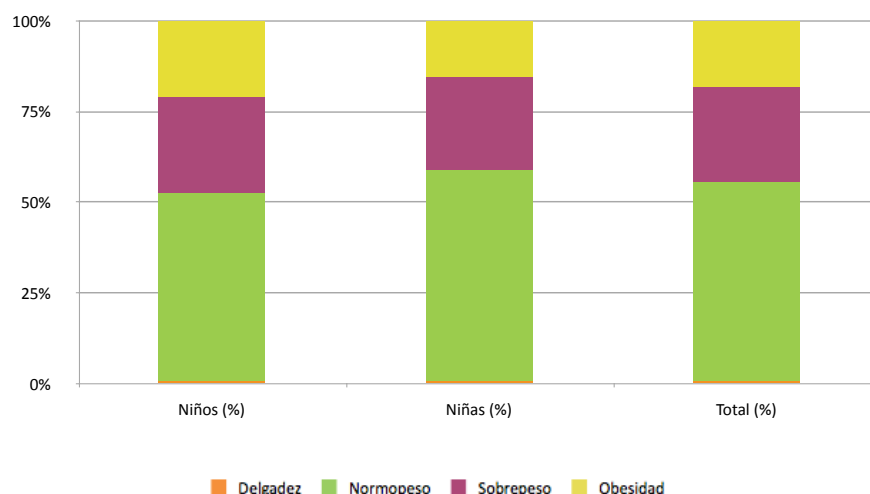


Gráfico 21: **Distribución de la población infantil (de 6 a 9 años) en función de su peso. España. 2011.** Fuente: Aladino.

Tasa de pobreza y coeficiente Gini

Por último, otros factores determinantes de la salud a medio y largo plazo, como las tasas de pobreza y el grado desigualdad (medido por el índice de Gini de distribución de la renta), han empeorado sustancialmente en estos años, 3,5 y 4,1 puntos porcentuales, respectivamente (véase Tabla 3). En consecuencia, si no se pone remedio rápidamente, dichos aumentos, agravados con las restricciones de acceso a servicios

introducidas en 2012, pueden derivar en empeoramiento sustanciales de la salud de los individuos más desfavorecidos. Es decir, pueden inducir en un aumento en las inequidades en salud entre la población española.

Año	Tasa de pobreza	Coef. Gini
2007	19,7	31,9
2008	20,8	31,9
2009	20,1	33
2010	21,4	34,4
2011	22,2	34,5
2012	22,2	35

Tabla 3: Tasa de pobreza y Coeficiente de Gini. España. 2007-2012. Fuente: INE

Indicadores de gasto en sanidad

Gasto sanitario total como porcentaje del PIB

En todos los países, con la excepción de Grecia, el gasto sanitario como porcentaje del PIB ha aumentado en gran medida en los últimos años. Y ello no tanto, por que haya crecido la partida de gasto sanitario, sino por que el PIB no ha crecido e incluso ha decrecido en algunos casos. Cabe reseñar que España se sitúa en un nivel similar al de Suecia y Reino Unido que son países (al igual que España) con sistemas nacionales de salud. Por otro lado, en países con sistemas contributivos a la Seguridad Social como Alemania, Austria y Francia, el esfuerzo relativo en sanidad es aún mayor (Gráfico 22).

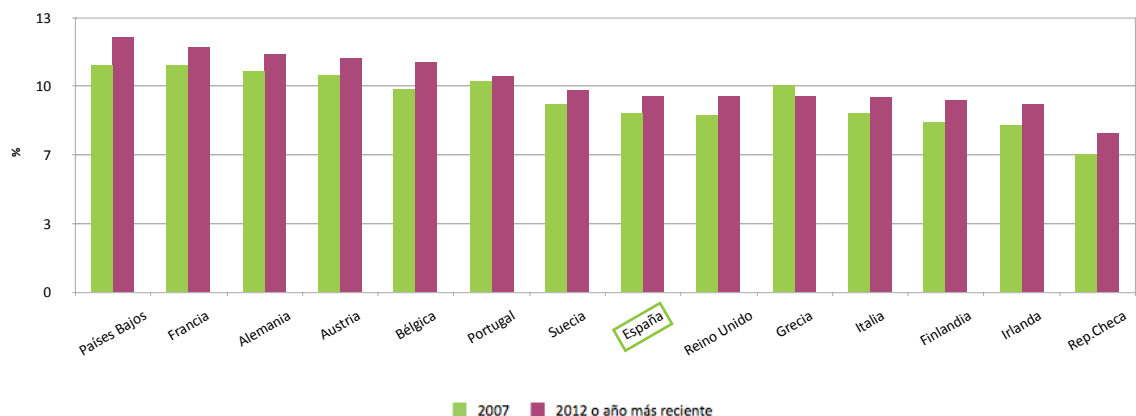


Gráfico 22: **Gasto sanitario total como % del PIB. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012 o año más reciente.** Fuente: OECD. Notas: Países Bajos y Portugal (datos 2011).

Variación gasto sanitario total

El contraste existente entre la variación del gasto total en sanidad en el periodo 2000-2009 y el periodo 2009-2012 muestra con claridad el golpe de la crisis económica en la mayoría de países de la OCDE seleccionados. Son varios los países que han experimentado recortes en el gasto sanitario y en la mayoría, si ha habido crecimiento, éste ha sido escaso (Gráfico 23).

En España, el gasto sanitario total ha caído un 5% en el periodo 2009-2012 al igual que Portugal (-4%), viéndose sólo superado por Grecia (-24%) e Irlanda (-10%) justamente el resto de integrantes del conjunto de países parcial o totalmente rescatados. Sigue de cerca Italia, que siempre estuvo en un tris de ser también rescatada (véase Gráfico 23).

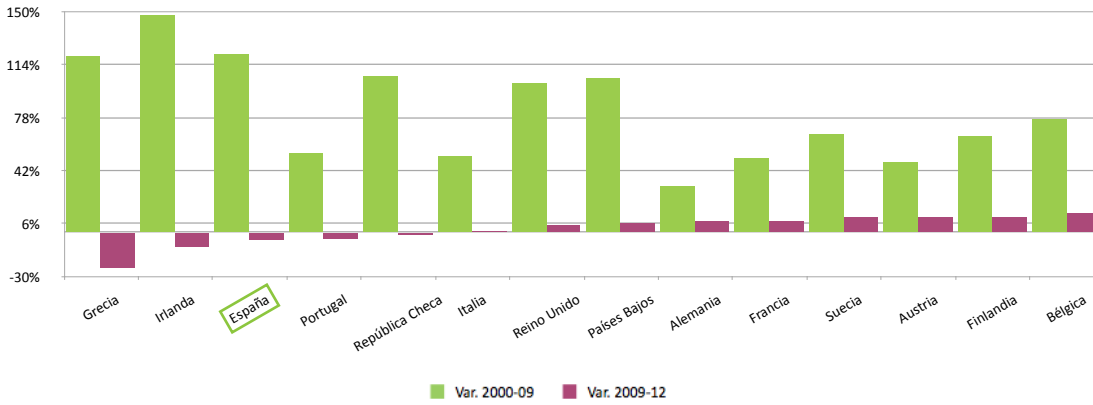


Gráfico 23: **Variación del gasto sanitario total en los periodos 2000-2009 y 2009-2012 o año más reciente.** Fuente: OECD. Notas: Países Bajos y Portugal (datos 2011).

Gasto sanitario total per cápita

En cuanto al gasto sanitario total per cápita se puede observar que en general el nivel de gasto ha aumentado entre los dos periodos señalados aunque para los países de Europa del Sur el aumento ha sido mucho menor (para Grecia no se disponen de datos para el 2007). Este grupo de países junto con República Checa son los que poseen un gasto en salud per cápita más bajo (Gráfico 24).

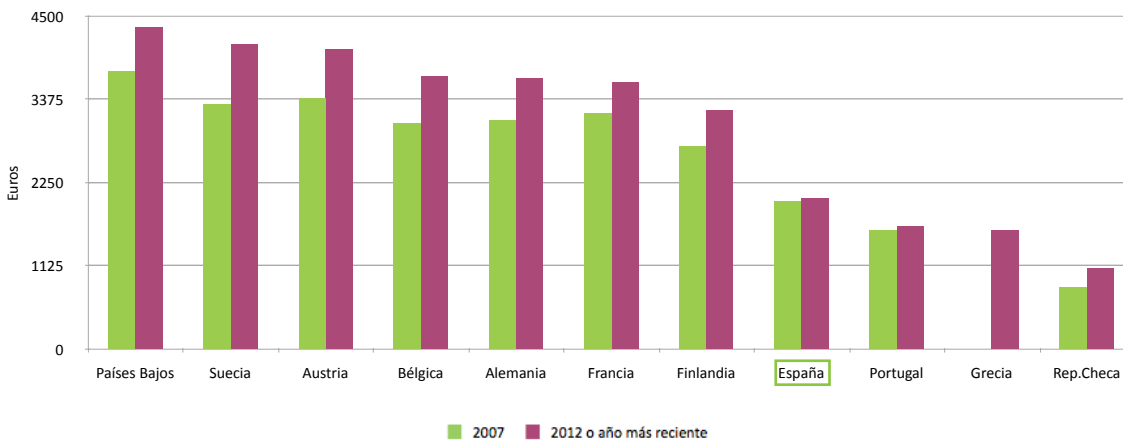


Gráfico 24: **Gasto total en salud per cápita. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012 o año más reciente.** Fuente: Eurostat. Notas: Países Bajos y Portugal (datos 2011).

Variación gasto sanitario público

Profundizando en el caso español (Gráfico 25), observamos que la tasa interanual de crecimiento del gasto público en sanidad de todas las Administraciones españolas (datos Ministerio de Salud), que había estado estabilizada entorno al 8-9% nominal en el periodo 2002-2008, lleva cayendo ininterrumpidamente desde 2008 y es negativa desde el periodo 2009-2010. Las consecuencias sobre la disponibilidad y calidad de los servicios no por conocidas han sido menos dramáticas.

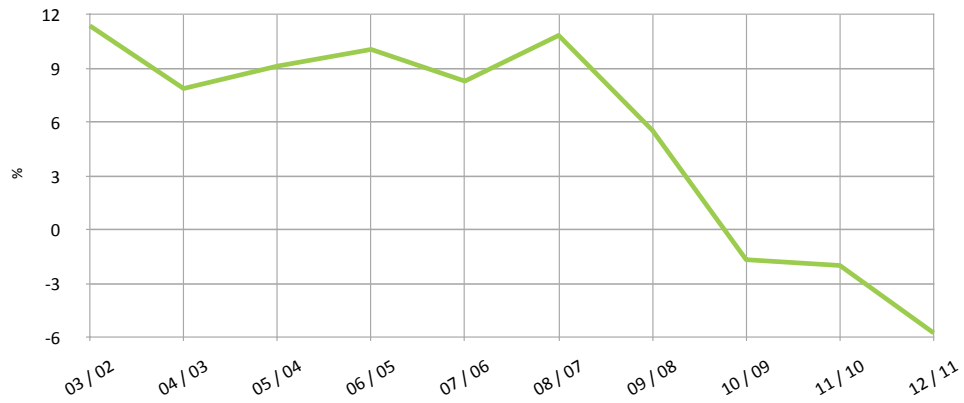


Gráfico 25: **Variación interanual del gasto público sanitario. España 2002-2012.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total

Uno de los damnificados es el consumo farmacéutico. España se ha caracterizado tradicionalmente por un alto consumo farmacéutico. Sin embargo, la tendencia del gasto relativo, como consecuencia de las continuas medidas de restricción del consumo farmacéutico por receta en farmacia, ha sido a la baja en los últimos años. Así la fracción que ha representado el gasto farmacéutico en el gasto en sanidad ha pasado del 22 por ciento en 2002 al 16 por ciento en 2012. Además, se esperan reducciones adicionales, a raíz de la reforma del nivel de copago introducida el 1/07/2012. Una excepción importante es el consumo hospitalario que al no depender de ningún tipo de copago ni restricción, ha seguido creciendo a un ritmo de entre el 1 y el 2 por ciento anual. En conjunto, la reducción del gasto farmacéutico en el periodo 2010-2013 ha sido del 16 por ciento (fuente: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales) (Gráfico 26).

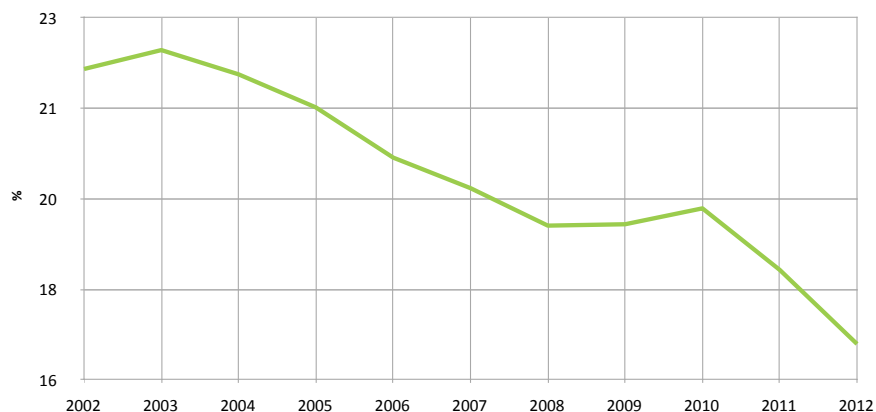


Gráfico 26: **Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total. España. 2002-2012.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad..

Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total (OCDE)

Sin embargo, en términos relativos, España supera ampliamente a los países del centro y el norte de Europa, lo que muestra que aún tenemos amplio margen de mejora (Gráfico 27).

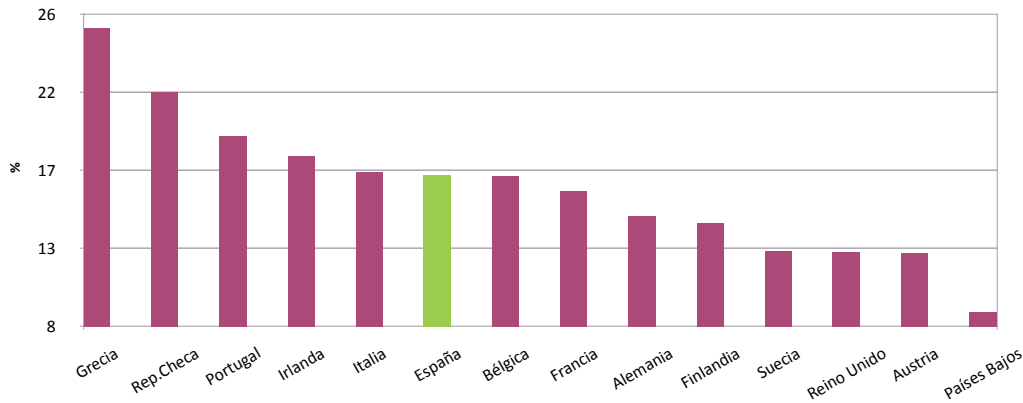


Gráfico 27: **Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total. Países seleccionados OCDE. 2012 o año más reciente.** Fuente: OECD. Notas: Austria (datos 2008); Portugal (datos 2011). España (datos del Ministerio de Sanidad).

Presupuestos iniciales CCAA por habitante

Por último, nos referiremos al presupuesto sanitario de las comunidades autónomas. Como puede verse existe una gran heterogeneidad en los presupuestos por habitante en las comunidades autónomas, siendo Valencia la que menor presupuesto por habitante dispone y el País Vasco la que mayor, habiendo ensanchándose las diferencias en los años de recesión (Gráfico 28).

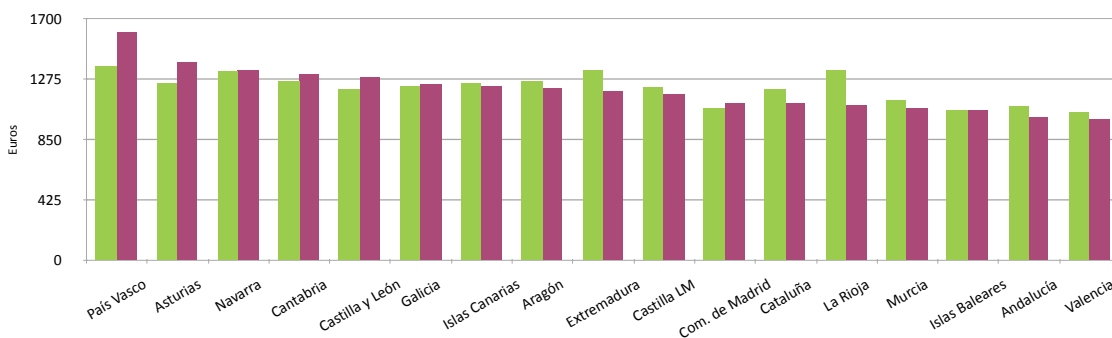


Gráfico 28: **Presupuestos iniciales CCAA por habitante (en euros). 2007 y 2013.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Variación presupuestos iniciales CCAA

En el periodo analizado, las comunidades que recortaron en mayor medida su presupuesto por habitante han sido, de mayor a menor: La Rioja (-18%), Extremadura (-11%), Cataluña (-8%), Andalucía (-7%), Murcia (-5%), Aragón, Castilla La Mancha y Valencia (-4%) e Islas Canarias (-2%).

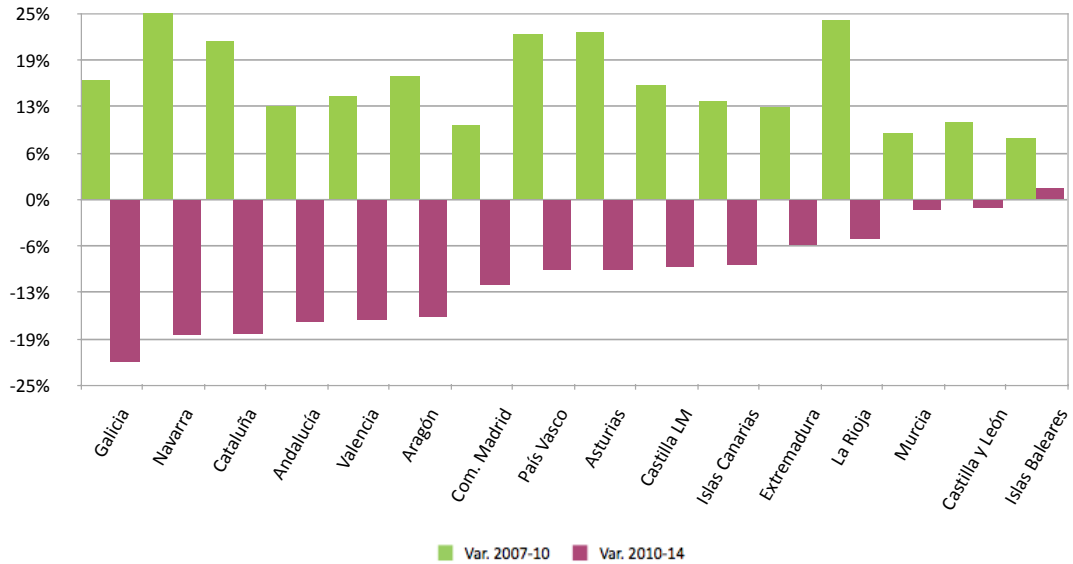


Gráfico 29: **Presupuestos sanitarios iniciales CCAA. Variación entre los periodos 2007-2010 y 2010-2014.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Analizando un poco más en profundidad los datos disponibles se pueden distinguir dos periodos: mientras la variación durante 2007 y 2010 ha sido positiva de manera importante, en el periodo 2010-2014 la situación es a la inversa, siendo la variación negativa en más del 15% en Aragón, Valencia, Andalucía, Cataluña, Navarra y Galicia (que experimenta la mayor variación, de más del 20%) (Gráfico 29).

barómetro sanitario

El Barómetro Sanitario, que ya hemos mencionado anteriormente, es una encuesta de carácter anual que permite valorar el sistema sanitario español a través de la opinión y la percepción de sus ciudadanos.

Opinión sistema sanitario

Una de las preguntas claves que se ha mantenido en el barómetro sanitario estos últimos años es la opinión que tiene el ciudadano acerca del sistema sanitario español (véase Gráfico 30).

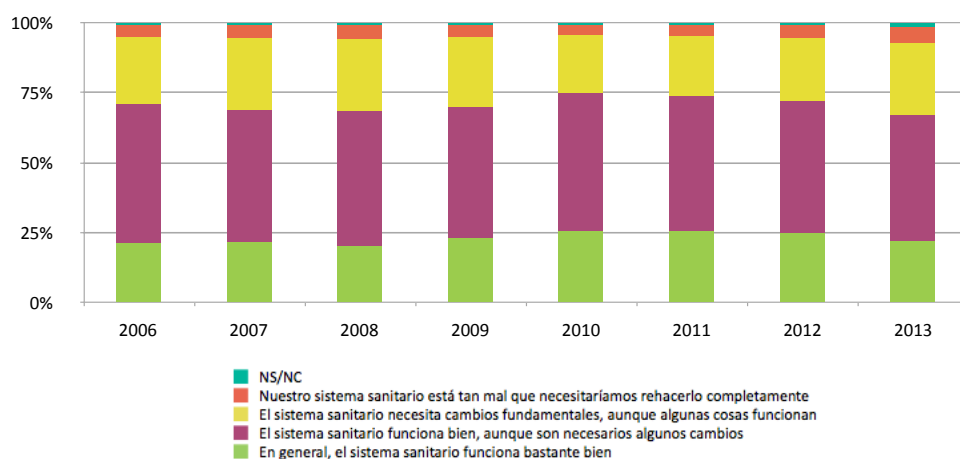


Gráfico 30: Qué afirmación expresa mejor la opinión sobre el sistema sanitario en España. Barómetros Sanitarios 2006-2013.

Una gran proporción de la población en 2013 afirma que el sistema sanitario funciona bien (45,1%), aunque son necesarios algunos cambios. Es de destacar que la percepción favorable es en 2013 5 puntos porcentuales menor de lo que lo era en 2006 (49,9%).

Si sumamos el porcentaje de la población que afirma que el sistema funciona bastante bien y aquel que afirma que está bien pero son necesarios algunos cambios, el total asciende a un 67% de la población que valora positivamente el sistema sanitario. La variación entre 2013 y 2006 ha sido negativa, de 4 puntos porcentuales.

En cuanto al porcentaje de la población que opina que hay que hacer cambios fundamentales y los que opinan que habría que rehacer por completo el sistema es del 32%, aumentando 4 puntos porcentuales (pasando de un 28,1% a un 31,7%) entre 2006 y 2013.

Escala de satisfacción del ciudadano

Otra pregunta que destaca la valoración del sistema sanitario es la escala de satisfacción de los ciudadanos. Es una escala que va del 1 al 10, siendo 1 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho (hemos agrupado las escalas para una mejor visualización) (Gráf.31).

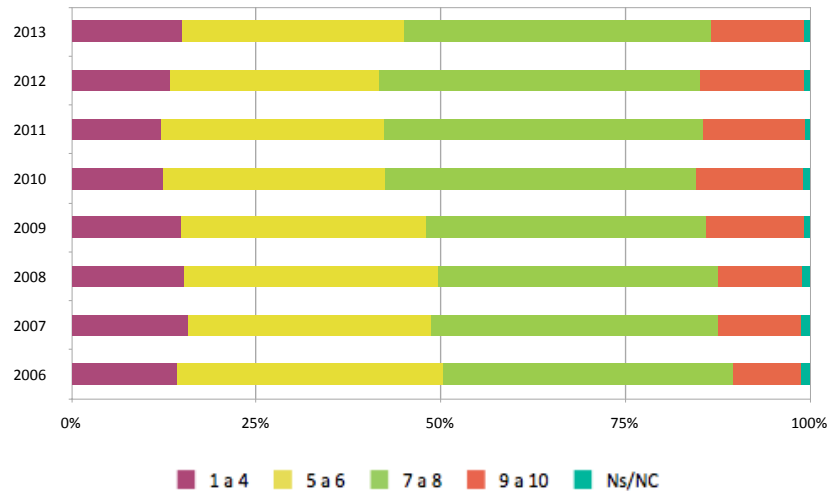


Gráfico 31: Escala de satisfacción del modo en que el sistema sanitario funciona en España. Barómetros Sanitarios 2006-2013. Porcentaje de la población en cada valor de la escala.

En 2013 el 30% de la población afirma que se encuentra medianamente satisfecho (valores de 5 a 6), aunque este porcentaje ha descendido 6 puntos porcentuales respecto de 2006.

Por otra parte, casi un 42% de la población se encuentra bastante satisfecho, situándose en los valores 7 a 8. Y un 12,7% afirma que se encuentra muy satisfecho. De esta manera, un 84% de la población se encuentra como mínimo medianamente satisfecho del modo en que el sistema sanitario funciona en España.

Sin embargo, comparando con 2010, la valoración del sistema, mostrando cierto paralelismo con la evolución de los recortes, ha permanecido estancada e incluso ha caído ligeramente.

Listas de espera CCAA

Uno de los aspectos en donde se observan cambios importantes entre 2006 y 2013 es en las listas de espera. La percepción de la población sobre si las CCAA están llevando a cabo acciones para mejorar las listas es mucho más negativa en la actualidad que antes de la crisis. Como puede verse, en 2006 cerca de un 50% de la población entrevistada afirmaba que las CCAA estaban llevando acciones destinadas a mejoras en las listas de espera mientras que en 2013 esa cifra es muy inferior y sólo alcanza el 23,5% (véase Gráfico 32).

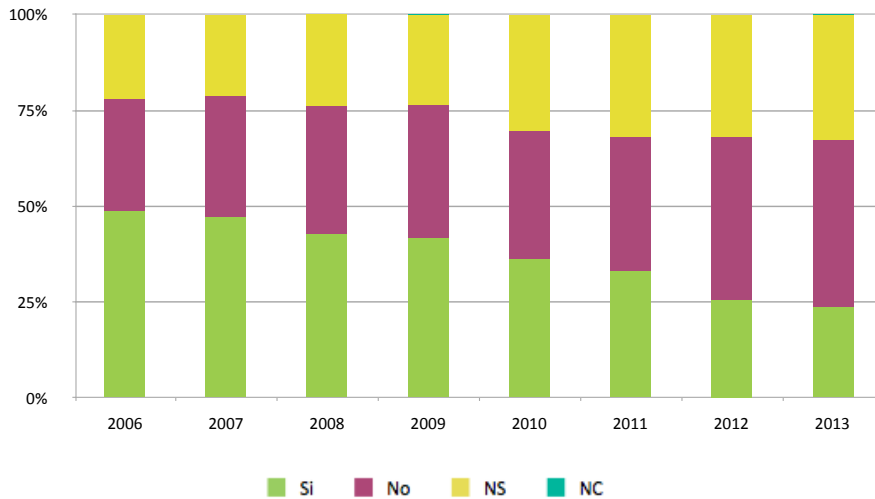


Gráfico 32: Si cree que las CCAA están llevando a cabo acciones destinadas a mejoras en las listas de espera. Barómetros Sanitarios 2006-2013

El problema de las listas de espera

Otra pregunta ligada a las listas de espera es si la población cree que durante los últimos doce meses este problema ha mejorado, empeorado o sigue igual. Como se ve en los últimos dos años, el porcentaje de la población que opina que el problema ha empeorado asciende considerablemente, pasando de un 16,9% en 2011 a un 28,5% en 2012 y a un 34,2% en 2013 (Gráfico 33).

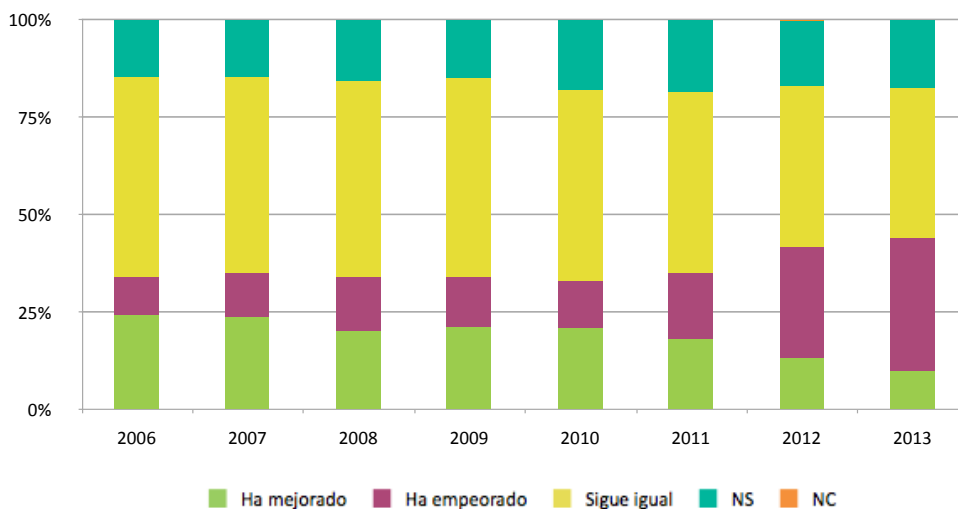


Gráfico 33: En general, ¿cree Ud. que durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...? Barómetros Sanitarios 2006-2013.

Probabilidad de visitas hospital, cabecera, especialista

Otro aspecto interesante que permite analizar el barómetro sanitario son las estadísticas de visitas al hospital o al médico. En la encuesta se pregunta si durante los últimos 12 meses ha acudido a la consulta de un médico de cabecera, si ha acudido a

la consulta de un médico especialista y si ha estado ingresado en un hospital. Al mismo tiempo se pregunta acerca del número de veces que ha estado en cada uno de los ámbitos de atención, tanto en una institución pública como privada (Tabla 4).

En el caso de atención primaria, cerca de un 70% de las personas entrevistadas han acudido al médico de cabecera por lo menos una vez durante los últimos 12 meses (al momento de la entrevista). Por otra parte, el porcentaje de personas que ha acudido a una consulta con el médico especialista ronda el 45% mientras que el 9-10% de las personas han visitado un hospital (véase Tabla 4). En ningún caso observamos una disminución de la probabilidad de tener contacto médico en los últimos años.

Según el sexo, hay una mayor incidencia de mujeres en cada uno de los ámbitos visitados, aunque las mayores diferencias se observan en el caso de atención primaria y especializada (Tabla 4).

Tabla 4: **Porcentaje de personas que han visitado alguna vez el hospital, acudido al médico de cabecera y especialista por sexo (público y privado). Barómetros Sanitarios 2006-2013**

Visitas hospital	Varón	Mujer	Total
2006	8,4	10,2	9,3
2007	9,1	12,0	10,6
2008	8,8	11,2	10,0
2009	8,9	11,4	10,1
2010	8,8	11,0	9,9
2011	8,3	11,5	9,9
2012	8,4	10,6	9,5
2013	8,2	10,3	9,3

Visitas primaria	Varón	Mujer	Total
2006	63,6	73,4	68,5
2007	s/d	s/d	s/d
2008	67,7	76,9	72,4
2009	66,5	75,4	71,1
2010	64,7	74,2	69,5
2011	64,5	75,8	70,3
2012	63,8	73,7	68,8
2013	62,3	75,4	69,0

Visitas especialista	Varón	Mujer	Total
2006	37,2	48,0	42,6
2007	38,0	50,7	44,5
2008	40,5	52,0	46,4
2009	36,9	51,9	44,5
2010	39,0	51,5	45,3
2011	39,0	51,2	45,2
2012	39,1	50,2	44,8
2013	39,2	51,1	45,2

Según el sexo, hay una mayor incidencia de mujeres en cada uno de los ámbitos visitados pero principalmente las diferencias son mayores en el caso de atención primaria y especializada (véase Tabla 4).

Número condicional de visitas al médico (cab. y esp.)

En la Tabla 5 presentamos información sobre el número de visitas al médico de cabecera y al especialista condicional a haber hecho al menos una visita. Es fácil detectar que a partir de 2010 desciende el número de visitas para ambos sexos. De hecho la diferencia entre 2006 y 2013 oscila entre el 5 y 7 por ciento para los hombres y el 10-14 por ciento para las mujeres. ¿Es ello resultado de la mejora de los servicios o de los recortes? En nuestra opinión, la gran reducción observada entre las mujeres apunta más a lo segundo que a lo primero.

	Varón (%)			Mujer (%)			Total (%)		
	CAB	ESP	TOTAL	CAB	ESP	TOTAL	CAB	ESP	TOTAL
2006	4,1	2,6	5,2	5,2	2,9	6,4	4,7	2,8	5,8
2007	s/d	2,7	s/d	s/d	2,8	s/d	s/d	2,7	s/d
2008	4,2	2,7	5,3	5,0	2,9	6,4	4,6	2,8	5,9
2009	4,1	2,6	5,1	5,0	2,9	6,4	4,6	2,8	5,8
2010	4,0	2,4	5,0	4,8	2,7	6,1	4,4	2,6	5,6
2011	3,8	2,5	4,8	4,6	2,8	6,0	4,2	2,7	5,4
2012	3,9	2,6	5,0	4,4	2,8	5,7	4,2	2,7	5,4
2013	3,9	2,5	4,9	4,4	2,6	5,6	4,2	2,6	5,3

Tabla 5: Número de visitas al médico de cabecera y especialista por sexo (público y privado). Barómetros Sanitarios 2006-2013

Visitas / Consultas con un médico

Por último, si realizamos una comparación internacional del promedio de visitas/consultas con un médico, observamos que en España sigue siendo alto, ya que sigue estando dentro del grupo de países con mayor número de visitas junto con Bélgica, Alemania y Rep. Checa (Gráfico 34).

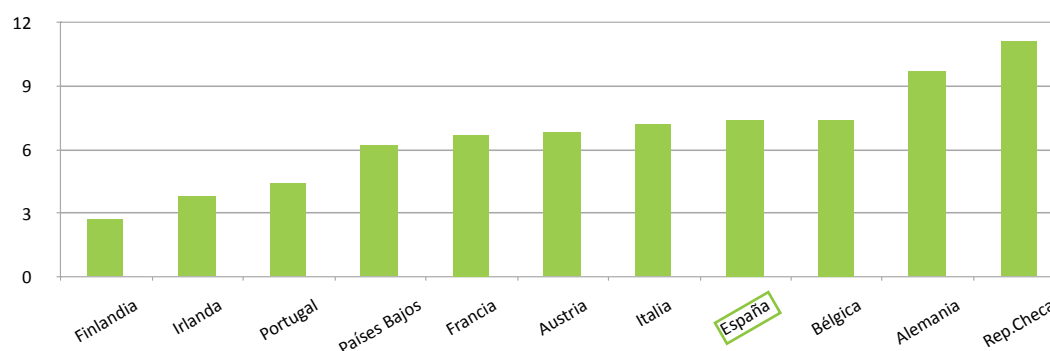


Gráfico 34: Promedio de visitas/consultas con un médico per cápita. Países seleccionados OCDE. 2012 o año más reciente. Fuente: OECD Notas: Bélgica y España (2011), Irlanda (2010).

indicadores de situación laboral en sanidad

Participación ocupados en sanidad sobre el empleo total

El hecho más destacable es el notable aumento de la participación de ocupados del sector de la sanidad (excluido el sector sociosanitario que trataremos en un informe aparte) sobre el total de ocupados a lo largo de estos 7 años. En 2014 el porcentaje de ocupados respecto del total alcanzó cerca del 5,6%, 1,2 puntos porcentuales más que en 2007. Es decir, el empleo en el sector sanitario ha sufrido, pero ha sufrido relativamente menos que el de otros sectores económicos. De hecho, el empleo en el sector solo empezó a caer a partir de 2011, coincidiendo con la segunda recesión (Gráfico 35).

En cuanto a la variación del número de ocupados en términos interanuales se puede ver un comportamiento bastante inestable. La primera caída pronunciada del número de ocupados se produjo en el último trimestre 2009 (-2,2%). Sin embargo, la mayor caída, como consecuencia de los recortes presupuestarios, se registró en el primer trimestre 2013 del orden del -6,2%. Luego, la variación interanual retomó una senda creciente, alcanzando en la actualidad un aumento del 2% respecto de 2013 (Gráfico 35).

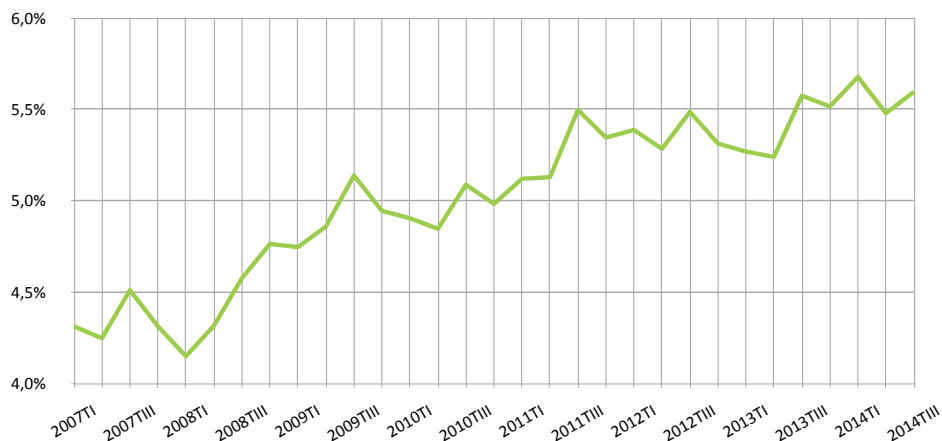


Gráfico 35: Participación ocupados en el sector de la sanidad sobre el empleo total. España. 2007TI-2014TIII. Fuente: EPA

Variación interanual número de ocupados en sanidad

A pesar del crecimiento relativo en el sector, a partir del tercer trimestre 2011 se puede observar la pérdida absoluta del número de ocupados en el sector sanitario que en la actualidad no llega a alcanzar el pico registrado en dicho periodo.

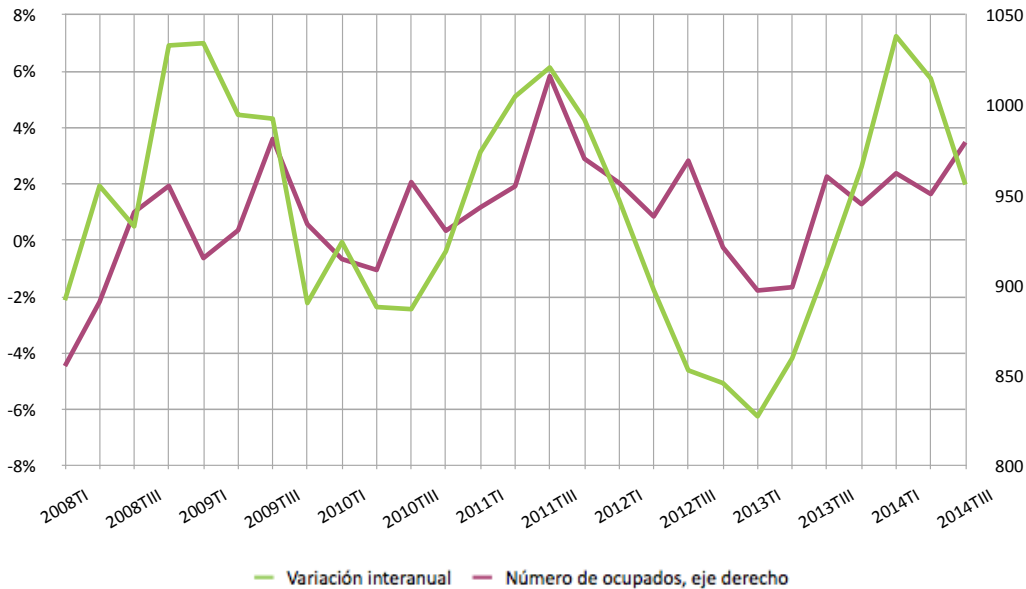


Gráfico 36: Variación interanual del número de ocupados y número de ocupados en el sector de la sanidad (miles). España. 2007TI-2014TIII. Fuente: EPA

Empleos y salarios

El Gráfico 37 presenta un resumen de la evolución del empleo asalariado y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales corregidas por censura) en el sector sanitario en el periodo 2007-2013 en base a datos de la Muestra Continua de Vidas Laborales 2013. De forma parecida a lo que muestra la EPA, el empleo asalariado en el sector crece en la primera parte de la crisis, hasta 2010, para después de un cierto estancamiento decaer suavemente, aunque sin volver al nivel previo de 2007. La evolución relativa del sector, nos muestra que no es de los más afectados de la economía española, ya que su peso en el empleo asalariado total suave desde el 5.2 al 7 por ciento. Es decir, el empleo en el sector gana casi dos puntos en el periodo.

En lo que respecta a los salarios nominales, contrastan dos periodos: 2007-2009, marcado por el crecimiento salarial; y 2010-2013, marcado por el estancamiento nominal y, por tanto, una ligera caída en términos reales. En términos relativos, el diferencial entre los salarios en el sector sanitario y los salarios en general se ha reducido alrededor de 10 puntos porcentuales. En suma, el sector ha mantenido gran parte de su empleo a costa de una cierta renuncia salarial, casi siempre forzada a través del presupuesto público (véase Gráfico 37).

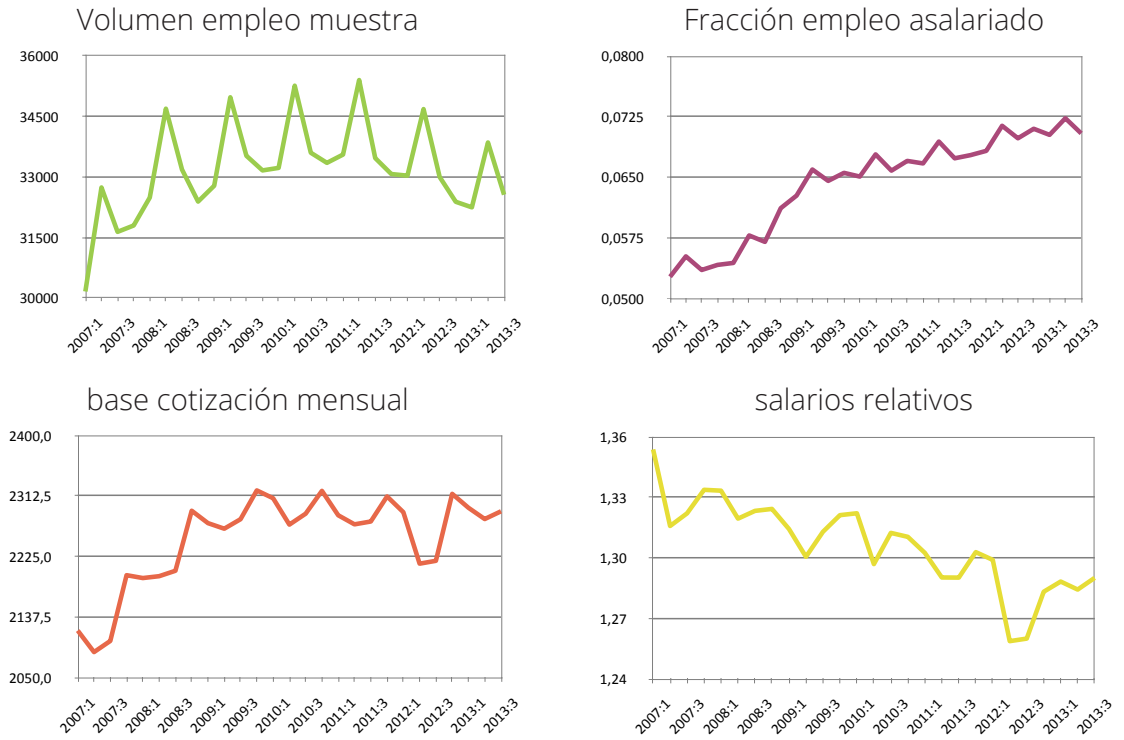


Gráfico 37: Evolución empleo y salarios salud. Fuente: MCVL 2013

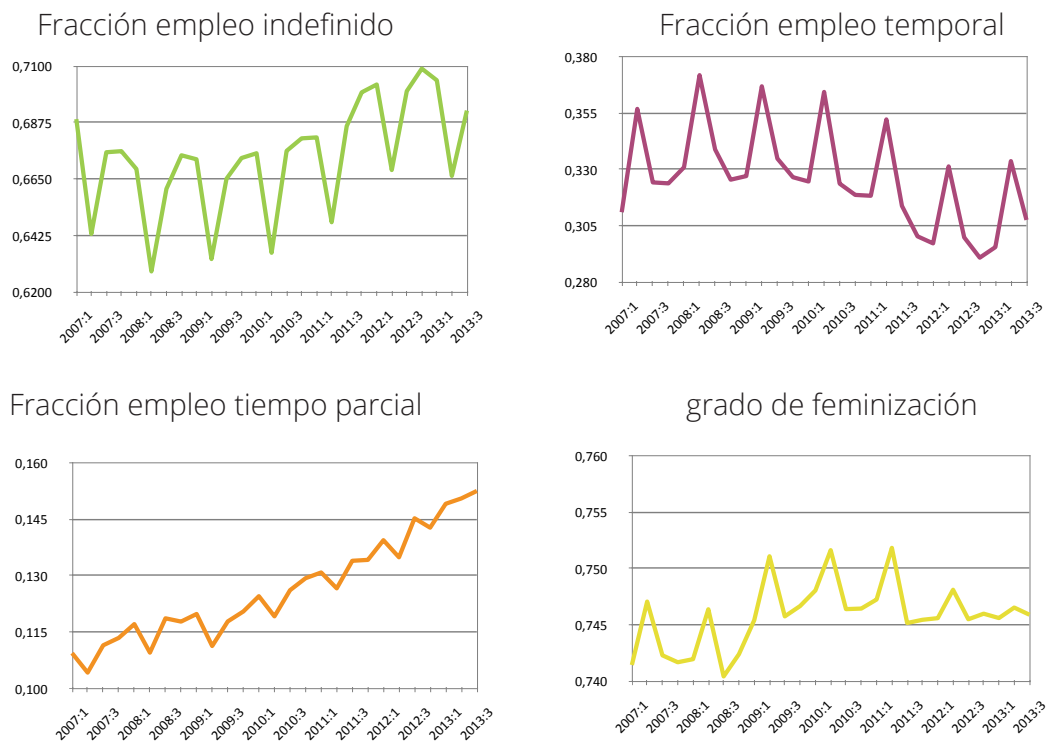


Gráfico 38: Evolución empleo y salarios salud. Fuente: MCVL 2013

Indicadores calidad de empleo y grado feminización

Finalmente, el Gráfico 38 presenta la evolución reciente de indicadores de calidad de empleo en el sector. Cabe reseñar el aumento de la fracción de empleo temporal en la primera parte de la crisis y su posterior descenso en la segunda, para acabar con-

vergiendo en 2013 a una distribución entre empleo temporal e indefinido parecida a la de 2007, aunque algo más decantada hacia empleo indefinido. Si destaca, por contra, el aumento de la contratación a tiempo parcial, que ha aumentado 4 pp en el periodo, de 11 a 15 por ciento. Finalmente, el grado de feminización se ha mantenido relativamente estable en el periodo, solo alterado en los momentos donde las sustituciones adquieren mayor peso.

fuentes de información estadística utilizadas

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2013), "Estudio ALADINO: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2011", Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales Igualdad.

Barómetros Sanitarios 2006-2013 (microdatos) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Estadísticas sobre esperanza de vida en buena salud (EUROSTAT).

Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) y Presupuestos iniciales de las CCAA del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

INE: Accidentes de tráfico (INEbase), Accidentes laborales (INEbase), Estadísticas sobre defunciones, Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de Condiciones de Vida Base 2004, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, Información sobre horas trabajadas (EPA), Información mercado laboral del sector salud (EPA)

OECD Health Statistics 2014.

Seguridad Social: Muestra Continua de Vidas Laborales de 2007 a 2013.

fedea