La sanidad española en cifras

Edita: Círculo de Sanidad.
© 2013 SPA, S.L. Antonio López, 249, 1º. Edif. Vértice. 28041 Madrid.
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada en forma alguna ni por medios mecánicos ni electrónicos, sin el permiso escrito del titular del copyright.
D.L.: M-5387-2015
ISBN: 978-84-606-5926-6

La sanidad española en cifras

Autores

Alicia Coduras Martínez

Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales (1985) y Doctora en Ciencias Políticas y de la Administración (1999) por la Universidad Pompeu Fabra. Profesora de métodos cuantitativos en el Centro Universitario EDEM adscrito a la Universidad de Valencia y, anteriormente en la Universidad de Barcelona, la Universidad Pompeu Fabra, EAE e IE Business School.

Investigadora estadística senior de la Fundación Gaspar Casal desde el año 1999. Miembro del equipo técnico del Proyecto Global Entrepreneurship Monitor (GEM) desde el año 1999.

José Antonio Clemente Almendros

Licenciado en Administración y Dirección de empresas por La Florida Universitaria. Doctorando en el Programa de Finanzas por la Universidad CEU Cardenal Herrera. Executive Master in Business Administration, IEDE, Máster Bursátil y financiero, FEBF, Advanced Management Program-AMP, IE, Certified International Investment Analyst CIIA®, ACIIA, Certificado Experto en Valoración de empresas CEVE®, IEAF.

Desde el año 2010 desarrolla su actividad profesional en el campo de la consultoría financiera. Durante 1995-2010 fue Jefe de Contabilidad, Director Financiero, Gerente y Asesor Financiero, en pymes de diversos sectores (industrial, distribución, socio-sanitario, restauración).

Profesor Asociado en la Universidad Politécnica de Valencia (Departamento de Organización de Empresas), y en Centro Universitario EDEM. Colaborador académico en Fundación de Estudios Bursátiles y Financieros.

Juan E. del Llano Señarís

Licenciado en Medicina y Cirugía (1981) y Doctor en Medicina (1990) por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MIR 1982-85, Hospital La Paz). M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh (1985-86). European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (1999-2000). Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias, IESE,

Universidad de Navarra (2004). Advanced Health Leadership Forum, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona y University of California, Berkeley (2005).

Desde 1998 es Director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es Director Académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Master de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor Asociado de Gestión Clínica y Sanitaria, desde 1999. Investigador Asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra, desde 2000. Evaluador del Área de Biomedicina, Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Profesor Ayudante Doctor, Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (PAD: 2012-7582).

ÍNDICE

Presentación 7

Introducción 11

1. Configuración socio-económica del entorno del usuario del sistema sanitario 15

1.1. Caracterización demográfica de la población objetivo 17

1.2. Caracterización social, educativa y económica de la población objetivo 25

2. Estado de salud 33

2.1. Morbilidad 35

2.2. Mortalidad 37

2.3. Caracterización epidemiológica básica 47

2.4. Incidencia de tuberculosis, prevalencia de diabetes mellitus y trastornos mentales, incidencia de hepatitis B y tasa de SIDA 53

2.5. Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio como indicador complementario de morbilidad 59

3. Sistema sanitario 63

3.1. Algunas actuaciones de prevención destacadas 65

3.2. Indicadores sobre recursos sanitarios 69

3.3. Indicadores sobre utilización de la atención sanitaria 75

3.4. Algunos indicadores sobre calidad y resultados de la atención sanitaria 87

4. Determinantes 93

4.1. Indicadores sobre tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y sobrepeso 95

5. La distribución territorial del gasto sanitario público 99

6. Diferencias y similitudes acerca de la satisfacción percibida en torno a la salud **107**
7. El posicionamiento del sistema sanitario de España en el contexto de la OCDE **111**
8. Modelos de relaciones entre los indicadores clave del sistema sanitario **119**
8.1. Introducción 121
8.2. Análisis de la incidencia de las características de la población sobre el estado de salud 123
8.3. Análisis de la incidencia de los estilos de vida de la población sobre el estado de salud 127
8.4. Análisis de los indicadores de población sobre el sistema de salud y del sistema de salud sobre el estado de salud 129
8.5. Análisis de los indicadores de estilos de vida y gasto sanitario 133
8.6. Relaciones entre las patologías más prevalentes y el gasto sanitario territorializado 135
8.7. Relaciones entre uso de los recursos y el gasto sanitario como porcentaje del PIB 137
8.8. Relaciones entre el grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público y el gasto sanitario público territorializado por habitante protegido 139
8.9. Otros análisis de relaciones entre indicadores clave del sistema nacional de salud 143
Conclusiones y reflexiones **145**
Referencias y fuentes de información **151**

PRESENTACIÓN

Es para mi una gran satisfacción el poder presentar este nuevo libro editado por el Circulo de la Sanidad.

Nuestra Asociación que este año celebrará su decimoquinto aniversario, continua en la línea de seguir trabajando y colaborando en hacer una sanidad mejor.

El mayor valor que tenemos y nuestro activo, los socios, la mayoría representando a empresas y organizaciones líderes en sus sectores y comprometidas con la sociedad, se han interesado mucho por trabajar en un volumen que fuera de máximo interés para el sector. Tenemos por objetivo, ser un referente de opinión y colaboración con la sanidad, participando en eventos de relevancia, promoviendo reuniones con los políticos y gestores sanitarios y buscando fórmulas de colaboración que puedan ayudar a hacer más eficiente nuestro sistema de salud.

Otro de nuestros objetivos, es la publicación de libros que puedan añadir valor en aquellos temas y aspectos que puedan estar en debate o aportar conocimiento facilitando información, uno de los bienes mas preciados de una sociedad moderna. Son ya cinco los volúmenes publicados en nuestra colección. Hemos tratado temas como “El Futuro de la Sanidad en España.”, “Mitos y Paradojas.”, “Sanidades Autonóimicas, Solución o Problema.”, “Sanidad y Dependencia, Matrimonio o Divorcio ”, “Sanidad 2020 un Futuro Incierto” En todas estas publicaciones han participado personas expertas, con prestigio y reconocimiento profesional que dieran fiabilidad al contenido. Si sumamos el contenido de todos los temas tratados, nos dará una radiografía del estado del sistema sanitario y sus retos. A la hora de plantearnos que tema podría ser de interés general y que sirviera de herramienta de consulta, pensamos que tener una foto actual de los indicadores sanitarios, nos podría servir de referencia a la hora de afrontar decisiones y poderlas comparar entre las diferentes Comunidades Autónomas, y con sistemas sanitarios de otros países. De aquí parte “La Sanidad Española en cifras”, una publicación que ha dirigido y supervisado D. Juan de Llano, Director de la Fundación Gaspar Casal y elaborada por Dña. Alicia Coduras y D. José Antonio Clemente, profesores del Centro Universitario Edem.

El sistema sanitario español que es universal y financiado a través de los impuestos, necesita que los ingresos estén equilibrados a los gastos. Sabemos que independientemente del partido político que ha venido gobernando nuestro país, estos no han podido cumplir con esta premisa fundamental. Año tras año ha habido que dotar de partidas presupuestarias extraordinarias a la sanidad. Las transferencias a las comunidades autónomas han incrementado el déficit, fundamentalmente por la no unificación de criterios en cuanto a prestaciones y gestión del capítulo I y la falta de presupuestos del Capitulo VI que se han tenido que solventar a través del Capitulo II.

La sanidad que supone en algunos casos más del 40% del presupuesto de las comunidades autónomas, se utiliza como argumento político, intentando ofrecer cada comunidad mas que la vecina que suele ser adversaria política. El ministerio, intenta poner los mimbres para conseguir una unificación de criterios y un objetivo común que suponga un resultado de igual atención al ciudadano independientemente de donde resida, pero se encuentra con grandes dificultades. Habría que plantearse la necesidad de dotar al ministerio de la autoridad necesaria para poder afrontar estos temas.

Los modelos de colaboración publica privada que han estado en debate están dando sus frutos. Es perfectamente compatible este modelo, con la sanidad pública, poniendo los medios adecuados de control. Sin duda y por la situación económica que estamos viviendo en este momento y que se esta alargando en el tiempo mucho mas de lo previsto, esta fórmula de gestión es necesaria para seguir modernizando , hospitales y centros de atención primaria allí donde sean necesarios. Es muy importante hacer un estudio exhaustivo, para antes de construir un centro sanitario, ver si realmente es necesario y no para dar satisfacción a una población con el objetivo de conseguir el voto, para ello sería necesario un pacto de Estado donde la Sanidad no fuese utilizada con fines electorales.

No quiero dejar de citar, la aportación que desde la sanidad privada se hace al sistema. Sabemos que casi el 30% de la población tiene seguro privado, lo que supone una ayuda importante desde el punto de vista económico a nuestro sistema público. Tenemos grandes profesionales en nuestros sistemas sanitarios en los diferentes modelos, comprometidos e implicados. Debemos ser más exigentes y contar con fórmulas laborales que permitan a los gestores tomar decisiones y cumplir sus presupuestos.

Es importante en el sistema, la aportación de los diferentes proveedores tanto de servicios como de productos. En la actualidad, muchas de estas empresas del sector están pasando por serias dificultades debido a los modelos de concursos tipo subasta que permiten que cualquier empresa sin experiencia y en algunas ocasiones con intereses económicos en otros sectores, puedan ser adjudicataria de un contrato solo por haber hecho la mejor oferta económica.

Creo que tanto la intervención, como las plataformas de Contratación, deberían reflexionar sobre esto, pues está demostrado que a largo plazo supone un sobre coste. Las empresas proveedoras del sector también sufren las consecuencias de los plazos de pago o las quitas que en algunos casos se han aplicado. No deben ser estas las formulas a utilizar, busquemos a los mejores en cada sector y que luego compitan en igualdad de condiciones, lo cual evitará que al final el paciente y los profesionales tenga que sufrir las consecuencias de una adjudicación por incumplimiento de contrato.

Factores como el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, la disminución progresiva de los contribuyentes por el alto nivel de desempleo, además de alguno de los factores comentados anteriormente, pueden hacer peligrar el sistema sanitario.

Creo que hay tres conclusiones claras: Podemos tener un sistema con los servicios adecuados que razonablemente podamos pagar, siempre y cuando definamos un paquete básico de prestaciones financiadas públicamente. Debemos establecer procedimientos que eviten el gasto innecesario, introduciendo criterios y herramientas que permitan la evo-

lución del modelo y de lo que realmente necesita. Se tienen que establecer fórmulas de contratación, que ya existen en otros países, para la selección de los mejores gestores sanitarios, con independencia del poder político que gestionen los Centros Sanitarios, separando así la función de los políticos de la gestión.

El estudio recoge cifras que demuestran que estamos ante un modelo sanitario con un déficit crónico y que si no se incorporan las medidas correctoras adecuadas, estamos muy lejos de conseguir la sostenibilidad del mismo.

Por este motivo desde el Circulo apostamos por una reflexión en profundidad de todos los implicados, para la búsqueda de un nuevo escenario que garantice nuestro modelo sanitario .

Este volumen aporta un título más a la colección, con un contenido de consulta interesante y de transparencia en los datos que pueden ser de gran utilidad para los gestores sanitarios y directores de hospitales.

Para terminar, espero que la lectura de este libro sea de interés y sea una herramienta para tomar decisiones en ciertos aspectos de la gestión.

Angel Puente Ortés

Presidente Circulo de la Sanidad

INTRODUCCIÓN

La administración estatal española y, por extensión, las autonómicas, se enfrentan al reto de ajustar el presupuesto destinado a sanidad con el objetivo de contribuir al saneamiento general de sus economías. La planificación de estos ajustes conlleva una problemática añadida derivada de una situación de partida en que el sistema sanitario descentralizado, ha venido generado diferencias entre Comunidades Autónomas acerca de la disponibilidad y el acceso de la prestación de los servicios sanitarios.

A todo ello hay que añadir el extenso período de crisis por el que ha estado atravesando España, cuyo impacto se ha plasmado en la aplicación de recortes en sanidad, así como en la toma de medidas de contingencia que no han tenido buena acogida entre la población y el colectivo profesional sanitario. La recuperación económica no se percibe como consolidada, por lo que, en el momento de confección del presente informe, no es posible afirmar que estemos en la antesala de una etapa desahogada en cuanto a la gestión del sistema sanitario.

La elaboración de estudios centrados en la descripción sintética de indicadores clave del sistema nacional de salud y en analizar su distribución geográfica, así como establecer modelos de comportamiento capaces de señalar el tipo de impacto que se puede producir si se incide en alguno de ellos, es necesaria por cuanto aporta información de base para el diagnóstico de la situación actual y el diseño de medidas correctoras.

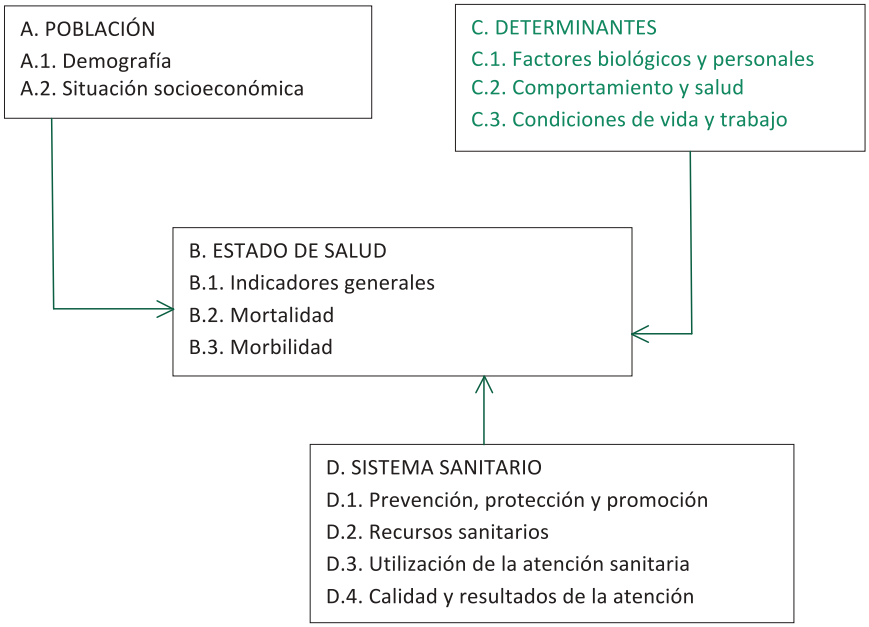
Sin embargo, la información sobre los indicadores económicos, de funcionamiento y de resultados del sistema nacional de salud, es de elaboración compleja y aparece distribuida en diversas fuentes. Por este motivo, es necesario realizar un esfuerzo de síntesis en cuanto a su recopilación y presentación. Por otro lado, uno de los problemas que hay que enfrentar en la elaboración de este tipo de informes, es que la periodicidad de los datos no siempre se ajusta a necesidades de análisis. Estas necesidades son más acuciantes en una situación de crisis, pues en ese contexto es necesario evaluar constantemente las cifras para la toma de decisiones.

El propio organismo que recopila la información acerca de los indicadores clave del sistema nacional de salud realiza revisiones periódicas de la lista que los compone y progresa en cuanto a su elaboración y selección, pues la configuración de la salud de la población es, en sí misma, una estructura cambiante. En la revisión

más reciente, correspondiente a Enero de 2014, la lista ha pasado a comprender 247 indicadores, de los cuales, 50 se consideran esenciales, mientras que el resto se califican de auxiliares.

En el documento que expone la metodología sobre estos indicadores, se señala que "la aportación de los indicadores clave al conjunto del sistema es doble: comparabilidad y accesibilidad". La comparabilidad se puede utilizar de forma eficiente porque, al tratarse de indicadores que se basan en definiciones ya estandarizadas y de uso extendido tanto en nuestro sistema de salud como internacionalmente, no se dan problemas en cuanto a la comprensión de las cifras que se esgrimen. Por otro lado, para la realización de estudios como el que aquí se presenta, se dispone de la ventaja de que uno de los criterios que han primado en la recopilación de los datos es la disponibilidad de los mismos a nivel de comunidad autónoma.

Por consiguiente, la fuente de información de base para la elaboración de este trabajo ha sido justamente el compendio de indicadores esenciales que, a su vez, se basan en el modelo conceptual sugerido por los Indicadores Europeos de Salud (ECHI por sus siglas en inglés) y que se expone en el siguiente diagrama.



Fuente: Indicadores Europeos de Salud (ECHI)

Dado que, en el caso de la sanidad, las decisiones son muy trascendentes, pues se trata de impactos en los ajustes presupuestarios en un apartado que es probablemente el más sensible desde el punto de vista de los usuarios del sistema, es importante analizar periódicamente cómo evoluciona el esquema anterior a lo largo del tiempo. Por todo ello, la síntesis que se ofrece en los siguientes apartados,

muestra los datos más actuales para un conjunto amplio de variables seleccionadas para cada apartado del esquema anterior.

Asimismo, dado que el presente estudio se ha realizado con el propósito de profundizar acerca de las diferencias territoriales recientes en cuanto a los principales indicadores de la sanidad española, el principal recurso utilizado para la presentación de los resultados y comparaciones, son tablas y gráficos.

Dado que existe un precedente en la realización de este estudio, es oportuno señalar que el informe constituye una actualización del que fue realizado con el mismo propósito el año 2008, por lo que muchos de los indicadores han sido comparados con los obtenidos en aquella edición.

Asimismo, es un objetivo complementario de este estudio el plantear diversas hipótesis sobre las relaciones entre variables clave descriptoras del sistema nacional de salud, variables descriptoras de la composición socio-demográfica de la población y también del desarrollo económico de las Comunidades y Ciudades Autónomas, con el ánimo de contribuir a la explicación de las diferencias que se advierten entre las mismas en cuanto a la provisión de servicios sanitarios.

Finalmente, acerca de la metodología, es importante establecer que, a partir del segundo apartado, los resultados acerca de los indicadores seleccionados se ofrecen en tablas y mapas coloreados sobre una escala de cinco grados que se interpreta de la siguiente forma:

Muy bajo	Bajo	En la media	Alto	Muy alto

La comparación siempre se realiza respecto de la media (España) y los territorios se organizan en función del resultado de un análisis de conglomerados que fuerza a cada Comunidad o Ciudad Autónoma a posicionarse en uno de cinco grupos formados quedando así, por debajo o por encima de la media.

Téngase presente que cada mapa es una fotografía independiente de la situación de un indicador en un momento dado. Los territorios se sitúan con respecto a la media de un año en concreto. La lectura de los mapas debe realizarse teniendo en cuenta estas premisas.

1

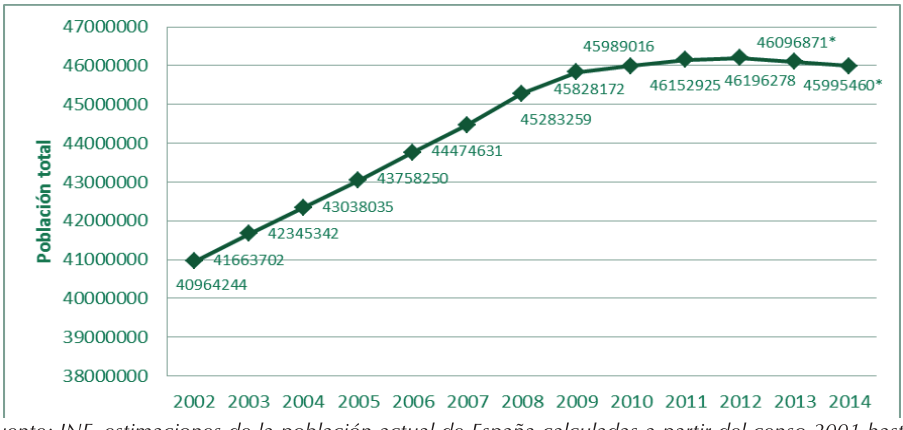
Configuración socio-económica del entorno del usuario del sistema sanitario

1.1 Caracterización demográfica de la población objetivo

La población total española ha experimentado un aumento del 12,5% entre los años 2002 y 2014 según las estimaciones de la población actual de España efectuadas por el Instituto nacional de Estadística (INE en adelante) y las proyecciones más recientes obtenidas para los años 2013 y 2014.

Desde el punto de vista de la gestión sanitaria, este incremento constituye un reto, dado que implica un aumento de la inversión de recursos humanos y económicos para cubrir las necesidades de este diferencial, que aunque se canaliza de forma progresiva en cuanto a su impacto en la población, no deja de ser intenso. Los años más críticos son los que corresponden al período 2008-2014, por haber afrontado el sistema sanitario las contingencias derivadas de la situación de crisis económica y social.

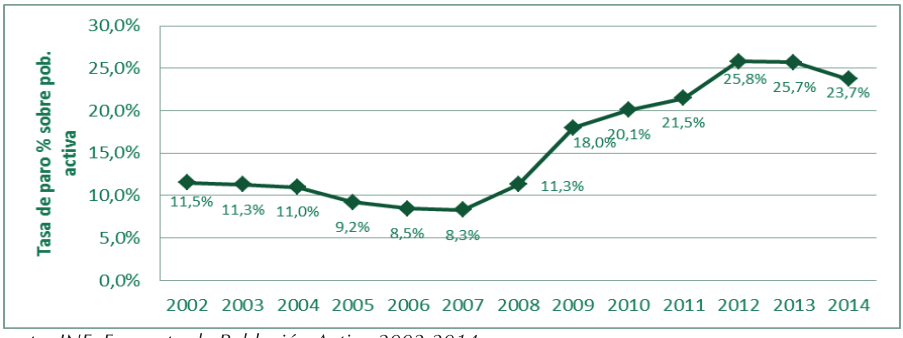
Figura 1. Evolución de la población total española 2002-2014



*Fuente: INE, estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo 2001 hasta 2011. *Proyecciones de población a largo plazo.*

El aumento del paro hasta niveles superiores al 25% en los años 2012 y 2013 unido a las condiciones adversas del mercado para crear empleo, han supuesto una disminución de ingresos a la seguridad social muy significativa, por lo que el sistema sanitario ha sufrido recortes, una menor incorporación de personal y un endurecimiento de las condiciones laborales del colectivo de atención socio-sanitaria. En el año 2014, la situación no se percibe como superada a pesar de la mejora de los indicadores macroeconómicos. La tasa de paro, según la EPA, todavía es del 23,7% en el tercer trimestre del año.

Figura 2. Evolución de la tasa de paro 2002-2014



Fuente: INE, Encuesta de Población Activa 2002-2014.

La evolución de la población en las Comunidades Autónomas se ha desarrollado de forma que se han mantenido las posiciones de cabecera en cuanto a la misma. Así, Andalucía sigue siendo la región más poblada, seguida de Cataluña, Madrid y la Comunidad Valenciana. Aragón cede su puesto a Murcia el año 2009, de forma que esta última comunidad pasa a superarla en población. También sucede lo mismo con Extremadura, que supera a Baleares y Asturias, si bien, el año 2011 Baleares recupera una posición y vuelve a situarse por encima de Extremadura. La Comunidad Autónoma menos poblada es La Rioja, por debajo de Cantabria y de Navarra, las otras regiones de una provincia sin contar con Madrid, Murcia y Baleares.

Tabla 1. Clasificación decreciente de las CC.AA. en función del número absoluto de población total durante el periodo 2008-2012.

	2008		2009	2010		2011	2012
Andalucía	8046131	Andalucía	8150467	8206076	Andalucía	8256297	8286376
Cataluña	7238051	Cataluña	7290292	7301132	Cataluña	7333530	7318520
Madrid	6189297	Madrid	6295011	6335780	Madrid	6369167	6387824
C Valenciana	4892475	C Valenciana	4991789	4994340	C Valenciana	5004475	5011548
Galicia	2735078	Galicia	2738930	2738591	Galicia	2736636	2728903
Castilla León	2501860	Castilla León	2510545	2499159	Castilla León	2491420	2479328
País Vasco	2138739	País Vasco	2136061	2138590	País Vasco	2140339	2128398
Canarias	2041468	Canarias	2076585	2088214	Canarias	2100235	2114214
Castilla La Mancha	1977596	Castilla La Mancha	2022647	2035510	Castilla La Mancha	2046717	2050815
Aragón	1411623	Murcia	1443383	1460671	Murcia	1468127	1476344
Murcia	1297581	Aragón	1313735	1313021	Aragón	1314906	1314871
Asturias	1078908	Extremadura	1080439	1082796	Baleares	1088514	1094269
Extremadura	1059136	Baleares	1070066	1079089	Extremadura	1083259	1083067
Baleares	1045008	Asturias	1058923	1058116	Asturias	1055557	1052707
Navarra	606234	Navarra	614526	619013	Navarra	622125	624606
Cantabria	570613	Cantabria	576418	577995	Cantabria	578632	578901
La Rioja	311773	La Rioja	315718	314009	La Rioja	313149	312206
Ceuta	71989	Ceuta	72561	74399	Ceuta	75763	76981
Melilla	69699	Melilla	70076	72514	Melilla	74078	76399

*Fuente: INE, estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo 2001 hasta 2011. *Proyecciones de población a largo plazo.*

En la Tabla 2 y en la Figura 3, se muestran las variaciones porcentuales que se han producido entre los años 2008 y 2012 en las poblaciones de España y de sus autonomías. El último balance (2011-2012) pone de manifiesto que, salvo el caso de Melilla, y el de Ceuta en menor medida, las variaciones positivas de población son muy moderadas. Asimismo, en siete casos se dan variaciones negativas. La media del período arroja balances positivos con amplia dispersión, produciéndose un rango que oscila entre un discreto aumento del 0,13% en Galicia hasta un 2,07% en Aragón. Estas variaciones afectan, al menos hasta el año 2012, a la necesidad de recursos sanitarios en los distintos territorios, pudiendo suponerse que, a mayor aumento de población más necesidades. Sin embargo, no hay que olvidar que la edad juega un papel muy relevante en la necesidad de recursos socio-sanitarios y que hay que tener en cuenta no sólo el aumento de población, sino también su envejecimiento. Las poblaciones con mayores tasas de personas de 70 y más años, tienen que tener un mayor impacto en cuanto a necesidad de atención al colectivo más mayor dado que en él se concentran las proporciones más elevadas de crónicos y dependientes.

Tabla 2. Variación porcentual bianual y media global que presentan las CC.AA. y España, sobre su propia población en números absolutos entre los años 2008 y 2012.

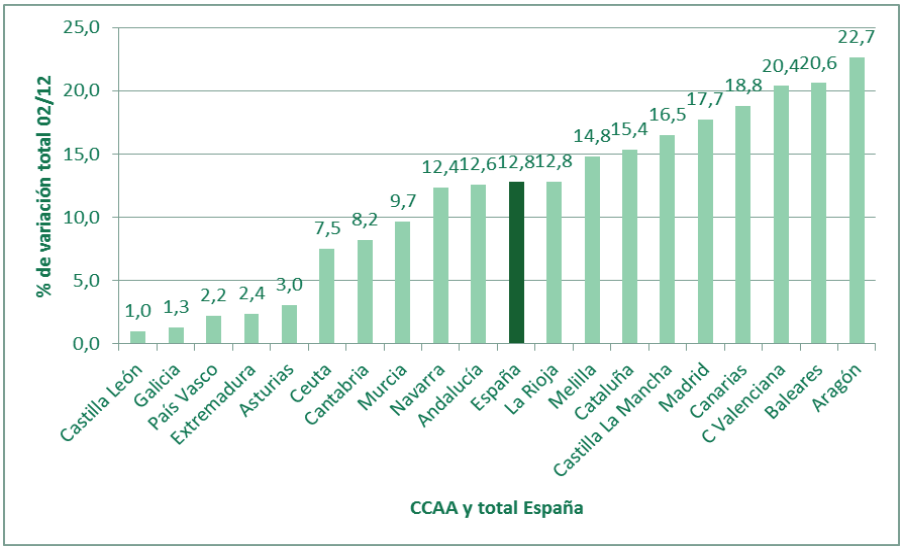
Territorio	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	Media 2002/12
Andalucía	1,30	0,68	0,61	0,36	1,19
Aragón	2,25	1,20	0,51	0,56	2,07
Asturias	0,14	0,22	0,53	0,53	0,30
Baleares	1,33	-0,08	-0,24	-0,27	1,90
Canarias	1,72	0,56	0,58	0,67	1,74
Cantabria	1,02	0,27	0,11	0,05	0,79
Castilla La Mancha	2,28	0,64	0,55	0,20	1,54
Castilla León	0,35	-0,45	-0,31	-0,49	0,10
Cataluña	0,72	0,15	0,44	-0,20	1,44
C Valenciana	2,03	0,05	0,20	0,14	1,88
Extremadura	1,03	0,84	0,39	-0,02	0,23
Galicia	0,14	-0,01	-0,07	-0,28	0,13
La Rioja	1,27	-0,54	-0,27	-0,30	1,22
Madrid	1,71	0,65	0,53	0,29	1,65
Murcia	1,24	-0,05	0,14	0,00	0,93
Navarra	1,37	0,73	0,50	0,40	1,17
País Vasco	-0,13	0,12	0,08	-0,56	0,22
Ceuta	0,79	2,53	1,83	1,61	0,73
Melilla	0,54	3,48	2,16	3,13	1,40

Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

El análisis sobre la evolución de las poblaciones de los territorios autonómicos españoles se completa con los datos de la Tabla 3, donde aparecen las autonomías clasificadas en función del porcentaje sobre la población total que han representado cada año. Esta clasificación se mantiene estable a lo largo del período en su cabecera, igual que sucede con los números absolutos de población. Andalucía,

Cataluña, Madrid, la Comunidad Valenciana y Galicia son las cinco autonomías con mayor peso. Baleares, arroja un mayor peso que Asturias el año 2009 ganando una posición en la clasificación y todavía asciende un escalón más en el año 2011 superando a Extremadura.

Figura 3. Índice de variación de la población total de las CC.AA. y España entre el año 2008 y el año 2012



Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

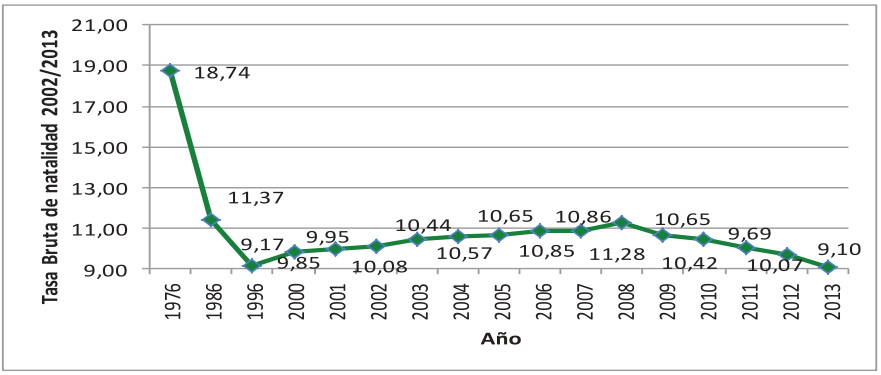
Tabla 3. Clasificación de las CC.AA. en el período 2008-2013 en función del porcentaje de población total española que han representado cada año.

Territorio	2008	Territorio	2009	2010	Territorio	2011	2012
Andalucía	17,77	Andalucía	17,78	17,84	Andalucía	17,89	17,94
Cataluña	15,98	Cataluña	15,91	15,88	Cataluña	15,89	15,84
Madrid	13,67	Madrid	13,74	13,78	Madrid	13,80	13,83
C Valenciana	10,80	C Valenciana	10,89	10,86	C Valenciana	10,84	10,85
Galicia	6,04	Galicia	5,98	5,95	Galicia	5,93	5,91
Castilla León	5,52	Castilla León	5,48	5,43	Castilla León	5,40	5,37
País Vasco	4,72	País Vasco	4,66	4,65	País Vasco	4,64	4,61
Canarias	4,51	Canarias	4,53	4,54	Canarias	4,55	4,58
Castilla Mancha	4,37	Castilla Mancha	4,41	4,43	Castilla Mancha	4,43	4,44
Murcia	3,12	Murcia	3,15	3,18	Murcia	3,18	3,20
Aragón	2,87	Aragón	2,87	2,86	Aragón	2,85	2,85
Extremadura	2,38	Extremadura	2,36	2,35	Baleares	2,36	2,37
Asturias	2,34	Baleares	2,33	2,35	Extremadura	2,35	2,34
Baleares	2,31	Asturias	2,31	2,30	Asturias	2,29	2,28
Navarra	1,34	Navarra	1,34	1,35	Navarra	1,35	1,35
Cantabria	1,26	Cantabria	1,26	1,26	Cantabria	1,25	1,25
La Rioja	0,69	La Rioja	0,69	0,68	La Rioja	0,68	0,68
Ceuta	0,16	Ceuta	0,16	0,16	Ceuta	0,16	0,17
Melilla	0,15	Melilla	0,15	0,16	Melilla	0,16	0,17

Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

En la Figura 4 se proporcionan los datos de evolución de la tasa de natalidad española entre los años 2002 y 2013 más los antecedentes de los años 1976, 1986, 1996, 2000 y 2001. El cambio experimentado por esta tasa entre finales de los setenta y el período actual es dramático y supone una reducción de aproximadamente la mitad. La tasa del año 2013 es la menor registrada en todo el período. Las consecuencias derivadas de esta evolución son diversas, pero la más evidente es el paulatino envejecimiento de la población. Desde el punto de vista del sistema socio sanitario, este tipo de evolución supone afrontar un cambio progresivo en la aplicación de recursos desde unos tramos de edad hacia otros y un aumento de necesidades a cubrir del colectivo de 70 y más años a muy corto plazo o, en el que ya se puede afirmar que estamos inmersos.

Figura 4. Evolución de la Tasa de Natalidad española entre el año 2002 y el año 2013 (unidad: nacimientos por cada 1.000 habitantes), más los antecedentes de los años 1976, 1986, 1996, 2000 y 2001



Fuente: elaboración propia a partir de datos de natalidad del INE

Por autonomías, la evolución de esta tasa ha dado lugar a interesantes cambios de posición. Así, si bien durante el período 2008-2013 se mantiene la cabecera de la clasificación de los territorios por encima de la media con Melilla, Ceuta, Murcia y Madrid en las cuatro primeras posiciones, el quinto lugar ha sufrido cambios entre Andalucía, Cataluña y Navarra. Las regiones de Asturias, Galicia y Castilla León son las que muestran tasas más bajas durante todo el período, quedando unos 2 puntos porcentuales por debajo de la media española.

La Figura 5 resume la evolución total del período de forma visual. Una de las variaciones más llamativas es la que se produce en Canarias que acusa una significativa disminución de la tasa de natalidad en cinco años. Por otro lado, la gráfica pone en evidencia la evolución negativa en todos los territorios salvo en Melilla. Asturias es la Comunidad Autónoma que muestra un balance nulo, permaneciendo al final del período tal y como estaba al principio del mismo.

Los datos sugieren que las sociedades desarrolladas como la nuestra tienden hacia un rápido envejecimiento que ni siquiera la aportación inmigrante va a paliar. La trasformación social que ello supone ya se está fraguando y apunta hacia un entorno

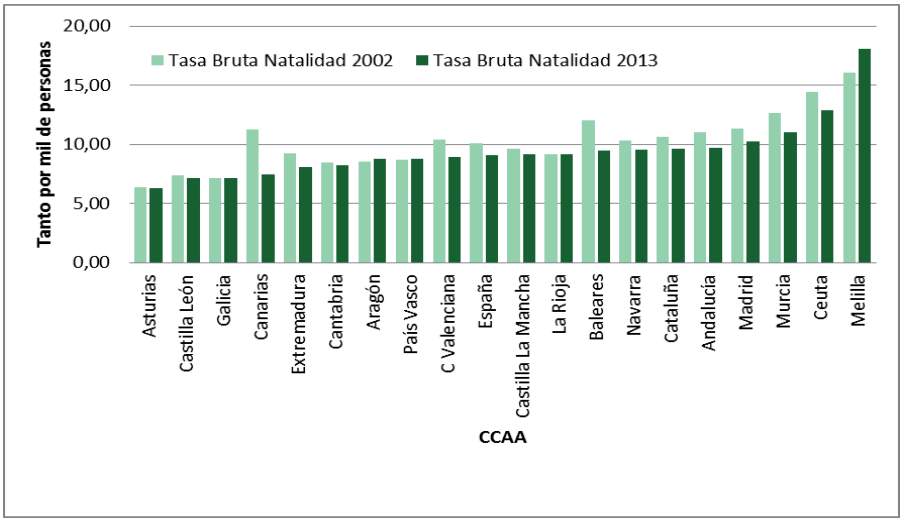
complejo en que las personas mayores con necesidades socio-sanitarias van a depender de un complejo sistema para cubrirlas, dado que una notable proporción de las familias no puede acometer esta labor debido a los condicionantes laborales, económicos y de otros tipos. El tema suscita múltiples interrogantes mientras la tendencia parece ser la de ir adoptando medidas y diseños a medida que el escenario se agudiza en lugar de obedecer a una planificación previa basada en simulaciones y en previsiones de necesidades, recursos humanos e infraestructuras.

Tabla 4. Tasa de natalidad: evolución en las CC.AA. españolas entre los años 2008 y 2013, ordenadas de mayor a menor valor cada año, distinguiendo las que estaban por encima (verde claro) y por debajo (verde oscuro) de la media nacional y mostrando el máximo y el mínimo de todo el período

CCAA	2008	CCAA	2009	CCAA	2010	CCAA	2011	CCAA	2012	CCAA
Melilla	17,34	Melilla	17,09	Melilla	17,55	Melilla	18,15	Melilla	18,34	Melilla
Ceuta	15,37	Ceuta	14,81	Ceuta	14,79	Ceuta	14,06	Ceuta	13,40	Ceuta
Murcia	13,54	Murcia	12,82	Murcia	12,38	Murcia	11,91	Murcia	11,42	Murcia
Madrid	12,54	Madrid	11,95	Madrid	11,57	Madrid	11,24	Madrid	10,80	Madrid
Andalucía	12,28	Andalucía	11,48	Cataluña	11,28	Cataluña	10,83	Navarra	10,53	Andalucía
Cataluña	12,10	Cataluña	11,44	Andalucía	11,10	Andalucía	10,72	Cataluña	10,33	Cataluña
Baleares	12,02	Baleares	11,17	Baleares	11,00	Navarra	10,57	Andalucía	10,30	Navarra
C Valenciana	11,51	Navarra	10,86	Navarra	10,67	Baleares	10,28	Baleares	9,96	Baleares
Navarra	11,30	C. La Mancha	10,75	La Rioja	10,55	C. La Mancha	10,16	La Rioja	9,96	La Rioja
España	11,28	España	10,65	C. La Mancha	10,52	España	10,07	C. La Mancha	9,71	C. La Mancha
C. La Mancha	11,24	C Valenciana	10,51	España	10,42	C Valenciana	9,89	España	9,69	España
La Rioja	11,05	La Rioja	10,41	C Valenciana	10,36	La Rioja	9,88	C Valenciana	9,52	C Valenciana
Canarias	10,28	Aragón	9,72	País Vasco	9,71	País Vasco	9,69	País Vasco	9,42	País Vasco
Aragón	10,23	País Vasco	9,60	Aragón	9,63	Aragón	9,38	Aragón	8,94	Aragón
Cantabria	10,13	Cantabria	9,58	Cantabria	9,46	Cantabria	9,03	Cantabria	8,57	Cantabria
Extremadura	9,84	Extremadura	9,40	Extremadura	9,20	Extremadura	9,01	Extremadura	8,55	Extremadura
País Vasco	9,83	Canarias	9,32	Canarias	8,92	Canarias	8,40	Canarias	8,22	Canarias
Galicia	8,40	Galicia	8,14	Castilla León	8,05	Castilla León	7,82	Galicia	7,63	Galicia
Castilla León	8,37	Castilla León	8,01	Galicia	7,95	Galicia	7,79	Castilla León	7,54	Castilla León

Fuente: elaboración propia a partir de datos de natalidad del INE

Figura 5. Tasas brutas de natalidad de los años 2008 y 2012 de cada una de las CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de natalidad del INE

SÍNTESIS 1:
Evolución de la población española y necesidad de recursos socio-sanitarios

La necesidad de recursos socio-sanitarios guarda una estrecha relación con el tamaño de la población que los demanda.

Dado que la población española aumentó de forma cuasi lineal entre los años 2002 y 2009, se puede deducir que la necesidad de dichos recursos evolucionó de forma similar entre esos años, dejando de lado otros factores como la mejora de resultados en sanidad.

Sin embargo, la crisis económica ha condicionado tanto la evolución de las necesidades como su cobertura.

Así, el año 2009 se produce un cambio en la función de evolución de la población española de forma que su serie temporal tiende a estancarse hasta lograr un punto álgido en el año 2012 con una cifra de 46.196.278 personas residentes en nuestro país.

Por otro lado, la población española cae un 0,43% en los dos años siguientes situándose finalmente en una estimación de 45.995.460 residentes.

Los datos y su evolución sugieren que ha tenido que haber un aumento de necesidades de recursos socio-sanitarios debido al balance positivo de incremento de la población del 12.5% entre los años 2002 y 2014, pero que este aumento ha tendido a moderarse e incluso a disminuir de forma relativa entre los años 2009 y 2014.

Expresado de otra forma, la cobertura socio-sanitaria no planteó problemas extraordinarios entre los años 2002 y 2009, de forma que absorbió de manera natural el aumento de necesidades derivadas del incremento de población.

En cambio, a partir de ese año, sufrió importantes recortes cuyo impacto ha quedado amortiguado, al menos en una parte significativa, por la moderación e incluso decrecimiento de la cifra de población susceptible de atención.

Ello no implica que el tipo de necesidades se haya mantenido constante o distribuido de forma similar a las que se daban antes de la crisis, por lo que una de las grandes incógnitas a despejar acerca del período 2009-2014 es el tipo de impacto que ha tenido la crisis es dicha distribución.

La dinámica de procesamiento de la información para la elaboración de indicadores condiciona el dar una respuesta a este tipo de pregunta y será necesario esperar.

Por el momento, los tipos de datos que sugieren la posibilidad de cambios en la distribución de necesidades de atención socio-sanitaria son los referentes a la tasa de paro, los que señalan un empeoramiento de condiciones y calidad de vida, y los referentes al aumento de su esperanza, cuyos incrementos parecen haber derivado en un mayor número de casos psicológicos y de crónicos. Sin embargo, no es posible determinar la magnitud de estos aumentos ni qué parte de su coste ha podido ser compensado por la disminución de población, la menor natalidad y por una mayor racionalización de la inversión de recursos.

Desde un punto de vista territorial, las Autonomías que han sufrido mayores aumentos de población en el período más crítico (2009-2012) han sido Ceuta y Melilla con incrementos superiores el 6%. Baleares y Murcia superaron el 2%, mientras que Andalucía, Canarias, Castilla La Mancha, Madrid y Navarra el 1%. La Comunidad Valenciana, Cantabria, Cataluña y Extremadura, no alcanzaron el 1%. Aragón permaneció bastante estable y Asturias, Castilla y León, Galicia, La Rioja y el País Vasco, arrojaron disminuciones de población que, en ningún caso alcanzaron el 1,3%.

1.2 Caracterización social, educativa y económica de la población objetivo

En cuanto a la caracterización social, la distribución de la población en función del sexo se mantiene bastante estable en la mayoría de los territorios con un porcentaje de hombres algo inferior al de mujeres (ver Tabla 5). El año 2008 sólo presentaban una distribución inversa, es decir, con mayor proporción de hombres que de mujeres: Baleares, Canarias, Castilla y León, Madrid, País Vasco y Ceuta. El año 2012, las proporciones se equiparan en Baleares y quedan con proporciones inversas: Castilla La Mancha, Murcia, Ceuta y Melilla. El análisis de la distribución de la población en función del género es relevante desde la óptica de los indicadores clave del sistema sanitario porque determinadas patologías son más prevalentes en la población femenina (trastornos de la mama y otras) o en la masculina (trastornos de próstata y otras). Asimismo, la esperanza de vida es superior en el caso de la mujer, por lo que su predominio en determinadas poblaciones tiene impacta en algún grado en el uso y distribución de recursos determinados recursos.

Tabla 5. Distribución de la población en función del sexo por CC.AA.

CC.AA.	Total hombres 2008		Total hombres 2012		Total mujeres 2008		Total mujeres 2012	
	N	% Fila	N	% Fila	N	% Fila	N	% Fila
Andalucía	3985154	49,53	4097921	49,45	4060977	50,47	4188455	50,55
Aragón	646511	49,82	651399	49,54	651070	50,18	663472	50,46
Asturias	506593	47,83	502541	47,74	552543	52,17	550166	52,26
Baleares	523605	50,11	547114	50,00	521403	49,89	547155	50,00
Canarias	1021438	50,03	1052707	49,79	1020030	49,97	1061507	50,21
Cantabria	278971	48,89	282058	48,72	291642	51,11	296843	51,28
Castilla La Mancha	1235990	49,40	1030676	50,26	1265870	50,60	1020139	49,74
Castilla León	995127	50,32	1222644	49,31	982469	49,68	1256684	50,69
Cataluña	3584002	49,52	3583650	48,97	3654049	50,48	3734870	51,03
C Valenciana	2435164	49,77	2484485	49,58	2457311	50,23	2527064	50,42
Extremadura	535331	49,62	537040	49,59	543577	50,38	546027	50,41
Galicia	1316976	48,15	1314240	48,16	1418102	51,85	1414664	51,84
La Rioja	3003001	48,52	154415	49,46	3186296	51,48	157791	50,54
Madrid	715072	50,66	3081302	48,24	696551	49,34	3306522	51,76
Murcia	302207	49,85	746083	50,54	304027	50,15	730261	49,46
Navarra	1044490	48,84	309654	49,58	1094249	51,16	314952	50,42
País Vasco	156846	50,31	1030343	48,41	154927	49,69	1098055	51,59
Ceuta	36008	50,02	38603	50,15	35981	49,98	38378	49,85
Melilla	34396	49,35	38569	50,48	35303	50,65	37831	49,52
España	22356882	49,37	22705444	49,15	22926377	50,63	23490833	50,85

Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

La distribución de la población en función de la edad (ver Tabla 6) también constituye un rasgo a tener en cuenta debido a que parte de la variabilidad de las necesidades de atención socio-sanitaria depende de este factor. Así, en principio, bajo

condiciones equiparables de desarrollo territorial, es lógico atribuir un menor grado de necesidades de atención a los colectivos que forman parte de los grupos más jóvenes (incluso contando con los servicios de control y prevención obligatoria sobre la población infantil) y un incremento progresivo de necesidades a medida que aumenta la edad de las poblaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la Tabla 6 se proporcionan distribuciones porcentuales de población autonómica por grupos de edad para los años 2008 y 2014. El año 2008, Ceuta y Melilla fueron los territorios con mayor proporción de población infantil (0-14 años), situación que no sólo se mantiene el año 2014, sino que tiende a intensificarse. Asturias es la Comunidad con menor proporción de población de este grupo, situación que no varía en el año 2014. Los territorios con mayor proporción de adolescentes y jóvenes (15-29 años) el año 2008 fueron Melilla, Madrid, Ceuta y Andalucía. En el año 2014 se advierte una importante diferencia habiendo disminuido la proporción de población de este segmento en todas las zonas mencionadas y en todas las autonomías en general. El cambio acusado en estos seis años pone en evidencia no sólo el envejecimiento paulatino de la población sino también el impacto de la crisis y la consecuente emigración tanto de anteriores inmigrantes como de jóvenes españoles. El mismo fenómeno, pero no tan acusado, se observa en el siguiente tramo de edad (30-44 años) en todas las autonomías. En cambio, el punto de inflexión se sitúa en el tramo de 45 a 59 años que muestra un incremento moderado entre los años 2008 y 2009 en todos los territorios. Este hecho unido a la observación del mismo tipo de movimiento en el tramo de 60 a 74 años e incluso en el tramo de 75 y más años en la mayoría de autonomías, es el que más pone en evidencia el progreso inevitable hacia el envejecimiento de la población española a muy corto plazo.

Tabla 6. Distribución porcentual de la población en función del grupo de edad dentro de cada zona territorial comparando los años 2008 y 2014

	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014
CC.AA.	0-14	0-14	15-29	15-29	30-44	30-44	45-59	45-59	60-74	60-74	75 +	75 +
Andalucía	16,29	16,52	21,24	17,36	25,12	24,21	18,08	21,02	12,37	13,22	6,89	7,66
Aragón	13,06	14,24	17,61	14,76	24,22	23,36	19,57	21,49	14,66	14,78	10,88	11,36
Asturias	10,22	11,01	16,57	12,62	23,40	22,69	22,04	23,35	16,06	17,47	11,73	12,85
Baleares	15,80	15,48	19,95	16,69	27,04	26,92	18,78	20,85	11,91	13,13	6,52	6,94
Canarias	15,61	14,49	20,72	17,04	28,00	26,39	18,63	22,30	11,65	13,22	5,38	6,56
Cantabria	12,40	13,65	18,24	13,79	24,65	23,91	20,98	22,64	13,84	15,34	9,89	10,66
C La Mancha	11,62	15,62	17,50	16,97	23,18	23,92	19,93	20,71	15,39	12,64	12,38	10,14
Castilla León	14,81	12,18	20,06	14,11	24,76	21,55	17,86	22,55	12,83	16,16	9,68	13,46
Cataluña	14,82	15,97	18,45	15,02	25,70	24,88	19,22	20,72	13,57	14,21	8,24	9,21
C Valenciana	14,86	15,29	19,58	15,42	25,82	24,46	18,81	21,17	13,46	14,87	7,46	8,79
Extremadura	14,68	14,29	20,14	17,40	23,18	21,75	18,42	21,84	13,80	14,05	9,78	10,66
Galicia	11,40	11,96	18,06	13,67	23,48	23,22	19,76	21,47	16,21	17,03	11,10	12,65
La Rioja	15,35	14,95	19,13	14,72	26,53	23,69	19,17	21,56	12,85	14,52	6,96	10,56
Madrid	17,19	15,85	21,57	15,44	26,46	26,00	17,07	21,03	11,20	13,50	6,50	8,18
Murcia	14,68	17,68	17,49	17,36	25,25	25,50	19,64	19,97	13,68	12,08	9,25	7,41
Navarra	12,63	15,71	16,31	15,01	24,83	23,82	21,35	21,26	15,50	14,49	9,38	9,71
País Vasco	13,56	14,11	18,40	13,14	25,13	23,00	19,54	22,63	13,70	16,35	9,68	10,78
Ceuta	19,69	21,08	21,50	20,22	23,95	23,39	18,19	20,05	11,26	10,29	5,40	4,98
Melilla	21,60	23,68	22,17	20,97	23,44	22,21	17,61	19,41	9,93	9,09	5,26	4,63
España	14,62	15,19	19,26	15,62	25,34	24,39	19,06	21,29	13,46	14,26	8,27	9,25

Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

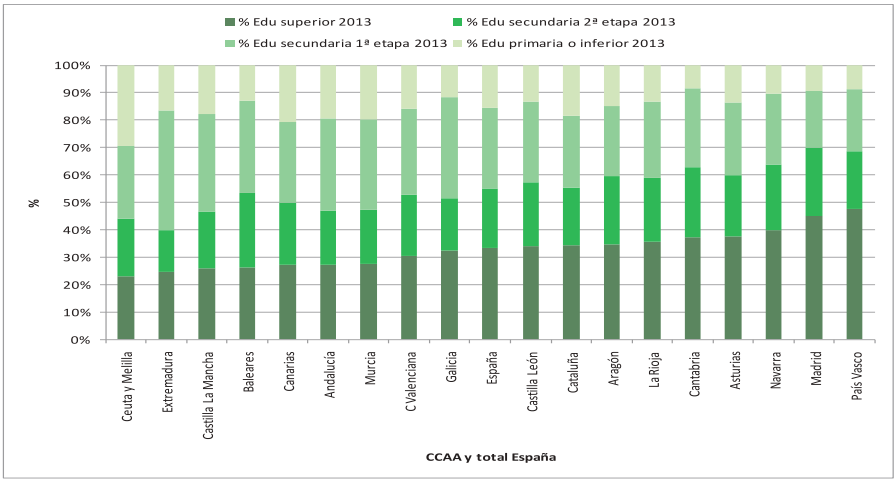
El impacto de este fenómeno sobre el sistema sanitario, aunque progresivo, será notable y cambiará en una parte sustancial la distribución de los recursos y la orientación de muchos servicios y profesionales. Asimismo, será necesaria la realización de análisis acerca de la sostenibilidad de un sistema en el cual cada vez habrá más usuarios con necesidades y menos personas realizando aportaciones para mantener su cobertura. Se puede pensar que aún es pronto para especular si todo ello podría derivar en el planteamiento de un nuevo modelo de prestaciones sanitarias pero, en realidad, las condiciones para abordar la controversia están ya frente a la sociedad española y las entidades que la gobiernan. Uno de los puntos que se advierte como interesante para analizar, es el que estime cuál puede llegar a ser la generación de nuevo empleo en un sector que tendrá que ampliar sus efectivos para poder abarcar la demanda de servicios. El aumento de empleo relacionado con la atención socio-sanitaria de una población de las características etarias que va a tener la española a corto plazo, puede suponer, cuando menos, una inyección de liquidez para un sistema que va a necesitar un modelo de financiación muy efectivo para ser viable a largo plazo.

El fenómeno descrito vendrá acompañado, además, de un progresivo aumento de la población mayor con niveles educacionales y culturales más elevados, al menos por término medio, que los de generaciones anteriores (ver Figura 6). El tratamiento de una sociedad de personas mayores de estas características tendrá sus ventajas y sus inconvenientes. Entre las ventajas hay que incluir una mayor capacidad de las personas para auto-gestionar su salud y tener una menor dependencia del médico de cabecera. Así, salvo casos de enfermedades que requieran una atención especializada e intensa, el hacerse mayor no será sinónimo de estar enfermo, sino que, con gran probabilidad, se irán implantando nuevos modelos de afrontar este período de la vida como una segunda plenitud en que la persona dispone de tiempo libre para realizar todo tipo de actividades. Una gestión acertada de este modelo de sociedad puede estar más condicionada a conseguir que las personas aborden esta etapa desde una perspectiva psicológica sana y optimista que a otros factores materiales. En España se tiene una oportunidad tal vez única en el mundo y en este momento histórico, de diseñar políticas, programas y mecanismos para orientar mejor a las personas que van alcanzando el estadio de la tercera edad. Asimismo, este escenario supone un terreno excelente para el emprendimiento en el sector de servicios para estos colectivos buscando la innovación y la transformación de las actividades para la tercera edad desde una perspectiva mucho más optimista que la que se ha venido adoptando en el pasado. De hecho, en los países nórdicos, que siempre van un paso por delante ya se percibe este espíritu. En España, uno de los ingredientes que se necesitan para mejorar el entorno de las personas mayores es progresar en la conciliación de la vida personal con la profesional pues, por excelentes que sean los servicios geriátricos, no se puede suplir con ellos el entorno familiar. Las personas mayores más felices y equilibradas siguen y seguirán siendo aquellas que cuenten con un entorno personal de afecto y atención, aunque éste se complemente en determinados aspectos con servicios profesionales.

Otro aspecto en el cual el progreso del nivel educacional y cultural de la población

puede jugar a favor, pero también en contra, de un mejor abordaje de la tercera edad es el hecho que las personas llegaran a esta fase con más conocimientos y muchos más recursos de información. Así, por un lado, tendrán una mejor comprensión de los procesos socio-sanitarios y mucha más información acerca de la prevención y gestión de muchas enfermedades crónicas, lo cual les permitirá afrontarlas mejor en caso de producirse. Sin embargo, la otra cara de la moneda puede ser una mayor propensión a la auto-medicación o a la demanda y consumo de más fármacos que no sean indicados o necesarios. En cualquier caso, a corto plazo, la población española va a afrontar un reto que no ha tenido previamente y que, según como se gestione, puede suponer una gran oportunidad para cambiar por completo la perspectiva de la tercera edad y un ámbito de innovación, investigación y desarrollo sin precedentes.

Figura 6. Distribución de la población adulta de cada CC.AA. y de España en función de su nivel educacional en el 2013. CC.AA. ordenadas de menor a mayor proporción de adultos con educación superior.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de población y educación del INE

El nivel de renta per cápita también constituye un factor en el que se advierten diferencias que condicionan múltiples aspectos de la atención sanitaria y de las perspectivas bajo las cuales se va a abordar la transformación social necesaria para cubrir las necesidades de la población mayor a medida que crezca. En la Figura 7 se puede apreciar que no ha existido una evolución realmente significativa en cuanto a la equiparación de los territorios que forman España y su convergencia hacia un mismo nivel de desarrollo. La renta per cápita ha disminuido en prácticamente todas las zonas y la variabilidad entre el valor mínimo y el máximo es notable.

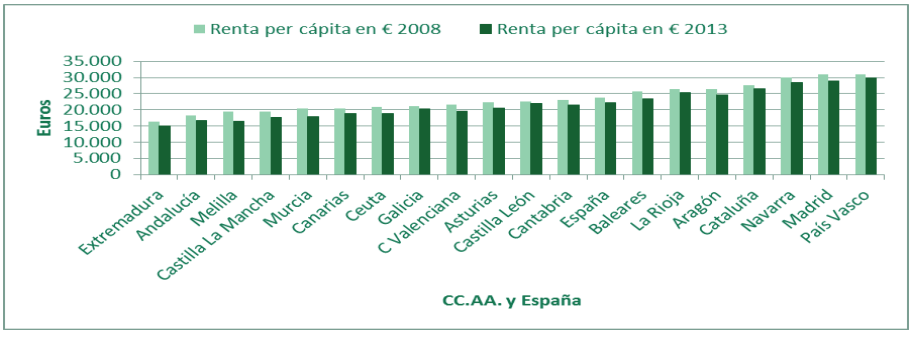
Desde un punto de vista actual y realista, la literatura sobre economía geográfica advierte de la gran dificultad que supone alcanzar un objetivo de convergencia regional en cuanto a desarrollo dentro de un país y, las tendencias actuales de análisis, abogan más bien por la potenciación de los factores diferenciales de cada territorio en lugar de per-

seguir su equiparación con otros con cuyas características no tienen mucho en común. Así, siguiendo este enfoque hay que concluir que las diferencias que se dan en renta per cápita entre Extremadura y el País Vasco o Madrid, por ejemplo, pueden tratar de remitirse, pero no a base de tratar de hacer que Extremadura se parezca al País Vasco o a Madrid, sino analizando qué características diferenciales propias pueden contribuir, si se potencian adecuadamente, a incrementar la renta per cápita de sus habitantes.

El impacto de estas diferencias desde el punto de vista de la cobertura sanitaria no es tan evidente como el de la calidad del entorno y de vida en que desarrolla su día a día la población. Aspectos como la suficiencia y distribución equilibrada de centros de atención primaria y especializada, hospitales, farmacias y resto de infraestructura sanitaria están entre los que marcan diferencias en cuanto a la percepción de disponer de una buena cobertura. Por otro lado, el acceso a determinadas especialidades o incluso especialistas concretos desde lugares de residencia distantes también constituye otro elemento a tener en cuenta. A todo ello hay que añadir la atención a personas con discapacidades y/o con dependencias severas como otra variable que puede verse afectada por el nivel de renta de la población a que pertenecen dichos casos así como por su ubicación.

En definitiva, las desigualdades actuales constituyen otro reto a considerar por parte, en este caso, de los gobiernos autonómicos y, dado que ellos tienen las competencias para gestionarlo, es posible que deban plantearse diseños innovadores para salvar las diferencias allí donde realmente sea más necesario. La innovación puede marcar la diferencia en cuanto a saber hacer más con menos: la identificación de problemas diferenciales y el análisis de sus posibles soluciones puede proporcionar cambios a gran escala si se prueban primero a pequeña escala y con equipos focalizados en la mejora de procesos concretos en los que incluso pueden participar especialistas multidisciplinares y no sólo del ámbito sanitario.

Figura 7. Renta per cápita en euros de cada CC.AA. y de España en el 2008 y en el 2013, ordenadas de menor a mayor respecto del año 2008.



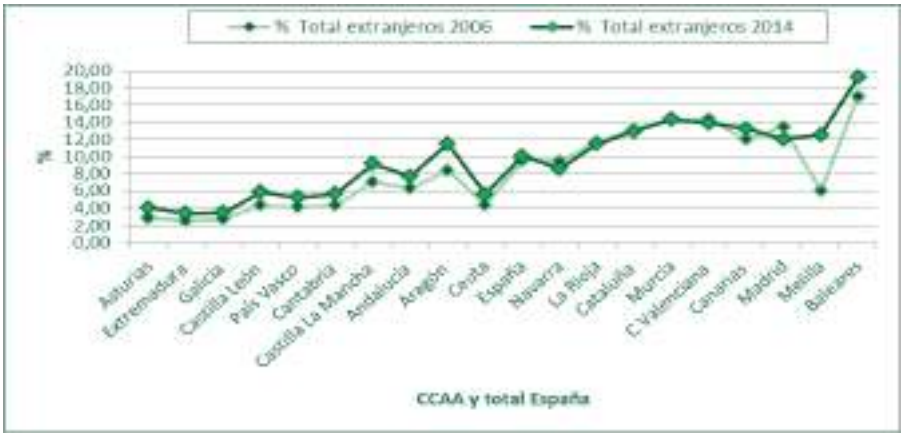
Fuente: elaboración propia a partir de datos de renta del INE

Además de las variables típicas de caracterización de la población, en el caso de España (y cada vez de más países debido a la globalización), es importante atender a la com-

posición de la población en cuanto a la proporción de personas extranjeras residiendo en nuestro país. En la Figura 8 se comparan las proporciones de extranjeros en cada territorio autónomo y el cambio que ha experimentado entre los años 2006 y 2014. La cobertura sanitaria a personas extranjeras ha sido y, en parte sigue siendo, motivo de controversia en aquellos casos en que no se da una situación de legalidad por parte del usuario. En tiempos de bonanza económica, la población no suele reclamar acerca del hecho de que nuestro sistema sanitario proporcione cobertura, pero a lo largo del período de crisis sí que ha habido cierta agitación social ante hechos como la menor disponibilidad de personal sanitario para atender la afluencia de usuarios en los servicios de urgencias; casos de atención a personas extranjeras sin medios frente a desatención de casos de personas autóctonas sin medios por causa de la crisis; atención a extranjeros procedentes de la UE a los que no les corresponde atención quirúrgica en nuestro país frente a esperas para recibir esta atención por parte de pacientes autóctonos y otras muchas situaciones que han afectado de manera sensible a nuestra población.

El gráfico muestra un incremento de la proporción de extranjeros en prácticamente todas las autonomías salvo La Rioja, Cataluña y Murcia que siguen al mismo nivel y Navarra, la Comunidad Valenciana y Madrid donde se aprecian disminuciones. Melilla constituye el caso más llamativo de incremento, resultado que no sorprende dada su situación fronteriza con una zona especialmente afectada por la afluencia de inmigrantes procedentes del África subsahariana. Asimismo, tanto Ceuta como esta ciudad tienen un continuo trasiego de personas procedentes de Marruecos que buscan atención sanitaria en sus estructuras, especialmente para casos de atención de partos. En conclusión, nuestro sistema sanitario tiene, como elemento añadido a su problemática, el proporcionar una atención a la que no se puede negar por razones humanitarias, a un importante colectivo extranjero, labor que hay que tratar de equilibrar con la sensibilidad de la población autóctona acerca de su propia cobertura y atención.

Figura 8. Porcentaje de extranjeros residentes en cada CC.AA. y de España en el 2006 y en el 2014, ordenado de menor a mayor respecto del año 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de población extranjera del INE

Los datos de la Tabla 7, complementan la información anterior con los números absolutos concretos y con las variaciones porcentuales correspondientes.

Tabla 7. Distribución en números absolutos y porcentuales de la población extranjera dentro de cada CC.AA. comparando los años 2006 y 2014 y variación porcentual entre ambos años.

CC.AA	2006	2014	2006	2014	Variación 06-14
Andalucía	488928	641711	6,27	7,65	31,25
Aragón	105361	152878	8,37	11,48	45,10
Asturias	30258	42658	2,86	4,03	40,98
Baleares	167751	214684	17,02	19,25	27,98
Canarias	233447	280189	11,95	13,25	20,02
Cantabria	23834	33205	4,28	5,65	39,32
C La Mancha	132725	190549	7,01	9,17	43,57
Castilla León	106159	145442	4,29	5,83	37,00
Cataluña	913757	960478	13,17	12,96	5,11
C Valenciana	668075	689572	14,39	13,89	3,22
Extremadura	27467	36634	2,56	3,34	33,37
Galicia	73756	94482	2,71	3,44	28,10
La Rioja	35037	35980	11,65	11,43	2,69
Madrid	800512	764234	13,48	12,00	-4,53
Murcia	189053	210041	14,16	14,37	11,10
Navarra	55444	54708	9,42	8,59	-1,33
País Vasco	85542	113380	4,05	5,23	32,54
Ceuta	3078	4703	4,31	5,56	52,79
Melilla	3982	10496	6,00	12,54	163,59
España	4144166	4676021	9,47	10,05	12,83

Fuente: elaboración propia a partir de datos de población extranjera del INE

SÍNTESIS 2:
Evolución de las características socio-económicas de la población objetivo

En el año 2012, la población femenina era al menos un punto porcentual superior a la masculina en las CCAA de: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Galicia, Madrid y el País Vasco. Este fenómeno sugiere la posibilidad de una mayor necesidad de atención socio-sanitaria en estas zonas motivada por la mayor esperanza de vida al nacer de las mujeres, así como derivada de los procesos de gestación, maternidad y ciertas patologías femeninas como el cáncer de mama.

La baja natalidad, unida a los efectos de la crisis sobre el empleo juvenil ha propiciado una disminución de la población del segmento de 15 a 29 años en todas las Autonomías. Las caídas entre los años 2008 y 2014, superan los tres puntos porcentuales en todas las zonas salvo en Murcia (0,13), Navarra (-1,3), Ceuta y Melilla (-1,2 puntos porcentuales).

En cambio, quince autonomías han acusado un aumento de población de 75 y más años en el mismo período. La lista la encabezan Castilla y León y La Rioja con aumentos cercanos a los cuatro puntos porcentuales.

Castilla La Mancha (-2,24) y Murcia (-1,84 puntos porcentuales) son llamativas por sus disminuciones de este segmento de la población.

El porcentaje de población con educación secundaria y superior ha aumentado sensiblemente en casi todos los territorios. Como consecuencia, se aborda una nueva era en la gestión de los servicios socio-sanitarios a la tercera edad que constituye una oportunidad única para el sector en España.

El nivel de renta per cápita ha disminuido en todas la Autonomías entre los años 2008 y 2014, lo cual unido a los recortes en sanidad y a la aplicación de algunos copagos, ha podido marcar diferencias en cuanto al acceso a servicios socio-sanitarios, pendientes de evaluación en cuanto a su magnitud.

La crisis ha frenado la incorporación de población extranjera en Madrid, Navarra y otras zonas desarrolladas de España. Sin embargo, la globalización sigue alentando los movimientos migratorios, de forma que el balance de este fenómeno en nuestro país sigue siendo positivo. El cambio que se advierte es el de una mayor diversificación y búsqueda de oportunidades en más zonas.

2
Estado de salud

2.1 Morbilidad

La OMS define la morbilidad como la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. Se trata de un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones en un territorio determinado. En este apartado se presenta la morbilidad por todas las causas en las autonomías españolas y se comparan sus cifras en los años 2008 y 2012, el más reciente acerca del cual se dispone de datos.

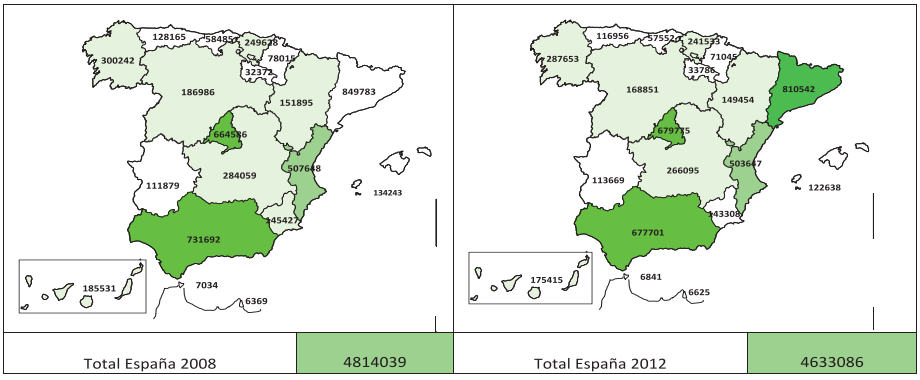
La información que se presenta en este apartado se ha extraído de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria que proporciona el INE. Concretamente, la siguiente tabla y el mapa que la acompaña proporcionan dos fotografías acerca de la distribución territorial de los enfermos dados de alta por cualquier causa. Acerca de los resultados de esta prospección cabe destacar que la cifra absoluta de altas disminuye entre los años 2008 y 2012 para España en su conjunto. En el año 2008, La Comunidad Valenciana estaba en la media, mientras que Madrid y Andalucía la superaban y el resto de autonomías quedaban por debajo de ella. En el año 2012, la configuración presenta rasgos similares en cuanto a la situación relativa de las autonomías con algunos cambios significativos. Así, Cataluña se desmarca del resto quedando bastante por encima de la media cuando en 2008 era una de las comunidades más por debajo de la misma. También experimenta un cambio de posición relativa Murcia que pasa a estar bastante por debajo de la media cuando en el 2008 se aproximaba más a la misma.

Tabla 8. Altas hospitalarias todas las causas según comunidad autónoma.

Todas las causas	2008	2012
Andalucía	731692	677701
Aragón	151895	149454
Asturias (Principado de)	128165	116956
Baleares	134243	122638
Canarias	185531	175415
Cantabria	58485	57552
Castilla y León	284059	266095
Castilla - La Mancha	186986	168851
Cataluña	849783	810542
C Valenciana	507648	503647
Extremadura	111879	113669
Galicia	300242	287653
Madrid	664586	679775
Murcia	145427	143308
Navarra	78015	71045
País Vasco	249628	241533
Rioja (La)	32372	33786
Ceuta	7034	6841

Melilla	6369	6625
España (Total)	4814039	4633086
Fuente: Instituto Nacional de Estadística		

Fuente: Instituto Nacional de Estadística



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

La variación en la población no parece ser la variable que puede explicar estos cambios de situación, pues ambas Comunidades Autónomas han crecido entre los años 2008 y 2012 a pesar de la disminución de población total en el conjunto de España. Para poder profundizar en las causas de estos cambios, sería necesario analizar las causas de las altas de forma detallada y ver qué patologías causan el aumento de altas hospitalarias y si existe algún tipo de fenómeno que justifique su aumento. De forma especulativa se pueden señalar dos posibilidades entre las que realmente deben producir este resultado: el progresivo envejecimiento de la población y los efectos de la crisis económica que han impactado en la población incrementando sus necesidades de atención socio-sanitaria.

2.2 Mortalidad

Se conoce como tasa de mortalidad a un índice creado para reflejar la cantidad de defunciones por cada mil ciudadanos de una determinada comunidad en un periodo de tiempo concreto (por lo general, doce meses). Es habitual mencionar a este indicador demográfico como tasa bruta de mortalidad o, simplemente, como mortalidad.

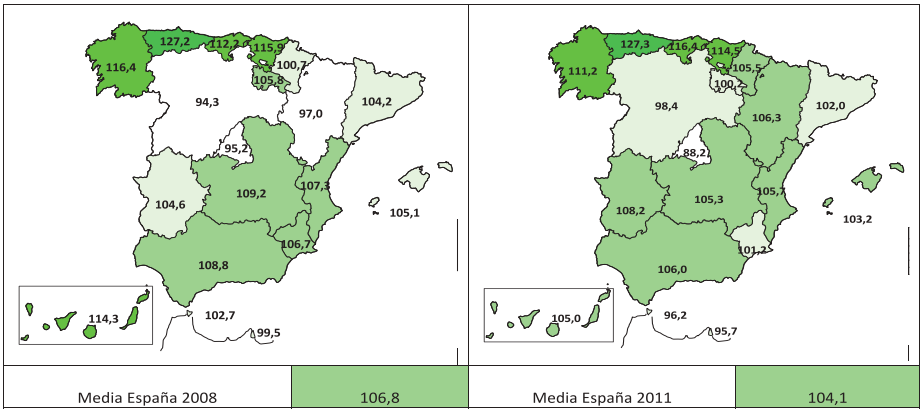
En este estudio se han seleccionado indicadores de mortalidad prematura por causas significativas para efectuar comparaciones territoriales y temporales. Los resultados se muestran a continuación.

En primer lugar, la Tabla 9 y el mapa que la acompaña, muestran la situación de la tasa de mortalidad prematura por cáncer en los años 2008 y 2011, el más reciente acerca del que se dispone de datos. La tasa ha disminuido entre ambos años a nivel estatal. En cambio, como se comenta más abajo, se dan cambios significativos en la distribución geográfica de este indicador.

Tabla 9. Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100000 habitantes

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	108,8	108,6	105,6	106,0
Aragón	97,0	103,3	109,8	106,3
Asturias	127,2	122,5	126,1	127,3
Baleares	105,1	110,3	109,1	103,2
Canarias	114,3	105,9	109,4	105,0
Cantabria	112,2	157,1	116,8	116,4
Castilla La Mancha	109,2	93,5	103,4	105,3
Castilla León	94,3	106,4	92,9	98,4
Cataluña	104,2	102,9	105,4	102,0
C Valenciana	107,3	103,6	105,4	105,7
Extremadura	104,6	114,6	115,8	108,2
Galicia	116,4	115,3	112,0	111,2
Madrid	95,2	94,9	89,9	88,2
Murcia	106,7	99,1	103,4	101,2
Navarra	100,7	103,6	88,6	105,5
País vasco	115,9	116,8	111,9	114,5
Rioja	105,8	99,3	96,3	100,2
Ceuta	102,7	115,7	107,8	96,2
Melilla	99,5	84,6	84,0	95,7
España	106,8	105,6	104,7	104,1
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)				

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



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

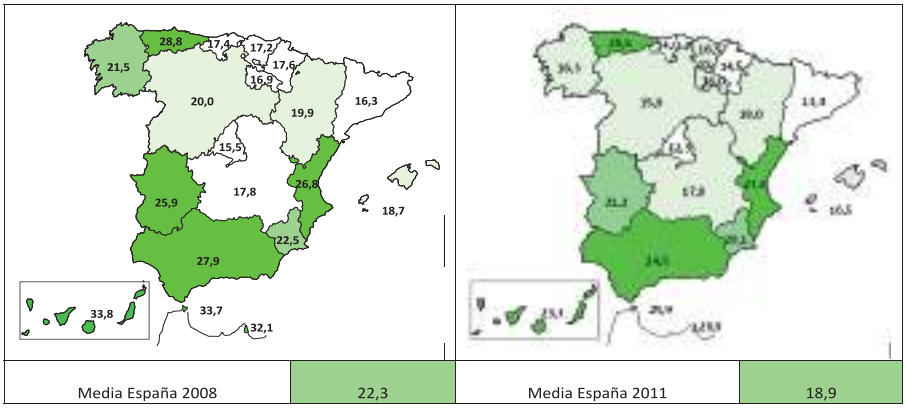
Así, observando los mapas del 2008 y del 2011, se advierte que, en el primero de estos dos años, había 4 zonas bastante por debajo de la media: Castilla y León, Madrid, Aragón y Melilla. En cambio, en el año 2011, aunque la media es inferior, tan sólo Madrid queda bastante por debajo de la misma. Asturias destaca en ambos años como la Comunidad Autónoma que queda más por encima de la media. En cambio, algunas autonomías han variado sus posiciones relativas: Navarra, Aragón Baleares, Extremadura y Canarias se sitúan en la media viniendo algunas de posiciones que estaban por debajo y otras por encima de ella en el 2008. Murcia y la Rioja descienden sus tasas para quedarse por debajo de la media y Castilla y León asciende una posición quedan por debajo de la media. Ceuta mejora su posición relativa quedando también por debajo de la media. El resto permanece en posiciones estables.

En segundo lugar se presenta la tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica. La Tabla 10 y el mapa que la acompaña muestran las configuraciones de los años 2008 y 2011. Al igual que sucede con la tasa de cáncer, la de esta patología disminuye a nivel estatal. En el año 2008 siete autonomías estaban por encima de la media, incluyendo a Ceuta y Melilla, mientras que en el año 2011 seis de ellas tenían esta posición relativa. Sin embargo, la tasa disminuye en todos los territorios salvo en La rioja donde se produce un aumento de poco más de un punto.

Por consiguiente, aunque el mapa tiende a oscurecerse, no hay que olvidar que muestra una fotografía de un año diferente en que la situación general estatal ha mejorado alrededor de dos puntos, de forma que, aunque hay menos Comunidades Autónomas muy por debajo de la media, en realidad la situación del año 2011 es mejor que la del 2008. La consolidación de la legislación antitabaco y otras medidas y programas que se han ido implementando pueden haber contribuido a la consecución de este cambio, si bien no hay que olvidar el hecho de que la población española ha disminuido a lo largo del período. Asimismo, también hay que tener en cuenta el continuo progreso y avances en el tratamiento de múltiples patologías y en la gestión de procesos sanitarios.

Tabla 10. Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía Isquémica, ajustada por edad, por 100000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	27,9	26,5	25,3	24,5
Aragón	19,9	20,0	18,8	18,0
Asturias	28,8	28,2	27,5	25,6
Baleares	18,7	21,7	19,7	16,5
Canarias	33,8	26,8	26,2	23,3
Cantabria	17,4	14,0	15,1	14,0
Castilla La Mancha	17,8	18,6	18,1	17,0
Castilla León	20,0	19,1	17,0	15,9
Cataluña	16,3	14,3	16,2	13,3
C Valenciana	26,8	25,8	23,7	23,6
Extremadura	25,9	22,7	23,8	21,2
Galicia	21,5	18,6	18,3	16,3
Madrid	15,5	15,4	13,3	12,3
Murcia	22,5	22,1	19,2	20,1
Navarra	17,6	15,3	14,0	14,5
País vasco	17,2	17,2	16,2	16,5
Rioja	16,9	17,7	16,6	18,0
Ceuta	33,7	33,4	29,8	25,9
Melilla	32,1	22,9	22,2	29,9
España	22,3	20,8	20,1	18,9



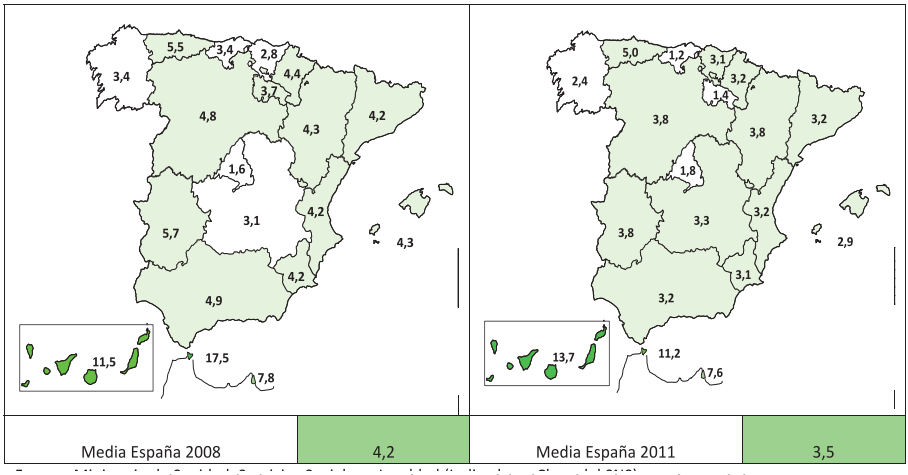
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Los siguientes resultados corresponden a la tasa de mortalidad prematura por causa de Diabetes Mellitus, una patología que tiende a aumentar entre la población y que es objeto de preocupación tanto para la población como para las autoridades sanitarias. Uno de los temas en los que se está trabajando más es en su prevención y en su detección, ya que parte del problema es el desconocimiento de su padecimiento en una proporción significativa de la población. Al comparar los mapas se advierte una disminución de esta tasa a nivel estatal y la persistencia de Canarias, Ceuta y Melilla en ocupar la posición territorial más destacada bastante por encima de la media en ambos años. El caso de Canarias es más preocupante porque la tasa, en lugar de tender a moderarse como sucede en Ceuta y en Melilla, ha seguido aumentado y es el caso atípico que más contribuye a aumentar la media estatal.

Tabla 11. Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus, ajustada por edad, por 100000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	4,9	4,9	4,6	3,2
Aragón	4,3	3,5	2,9	3,8
Asturias	5,5	4,6	4,4	5,0
Baleares	4,3	3,1	3,9	2,9
Canarias	11,5	13,0	11,5	13,7
Cantabria	3,4	2,2	0,5	1,2
Castilla La Mancha	3,1	4,2	3,6	3,3
Castilla León	4,8	2,6	4,3	3,8
Cataluña	4,2	3,8	3,5	3,2
C Valenciana	4,2	4,6	3,3	3,2
Extremadura	5,7	2,5	3,0	3,8
Galicia	3,4	3,4	2,8	2,4
Madrid	1,6	1,7	1,3	1,8
Murcia	4,2	3,8	3,7	3,1
Navarra	4,4	2,4	4,2	3,2
País vasco	2,8	2,4	2,7	3,1
Rioja	3,7	3,2	3,3	1,4
Ceuta	17,5	10,4	11,6	11,2
Melilla	7,8	10,0	19,5	7,6
España	4,2	4,0	3,7	3,5

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



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

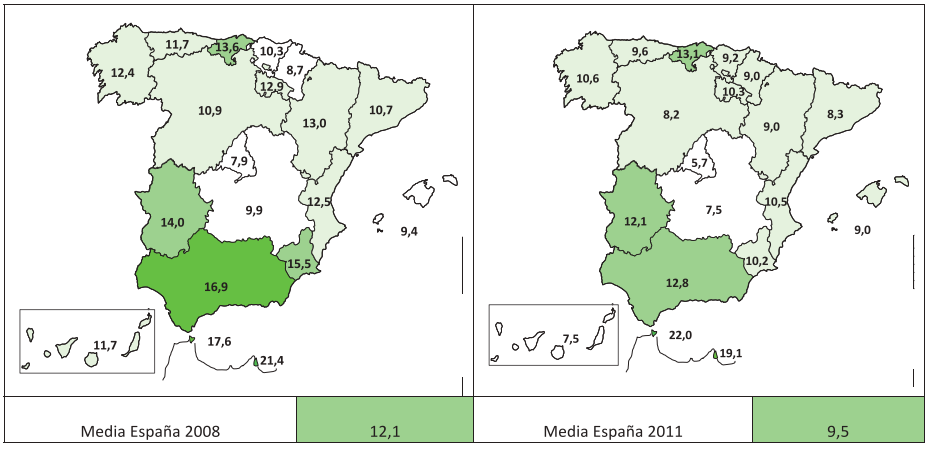
El siguiente resultado se refiere a la tasa de mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral. La comparación entre los años 2008 y 2011 es optimista dado que se advierte una disminución generalizada de esta tasa salvo en los casos de Navarra y Ceuta. El año 2008 Andalucía, Ceuta y Melilla estaban por encima de la media, mientras que en el 2011 sólo Ceuta y Melilla persisten en dicha posición.

Con todo, esta patología es otra de las que están en el punto de mira actualmente, porque, aunque la mortalidad prematura esté más controlada, la incidencia tiende a aumentar.

Tabla 12. Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad Vascular Cerebral, ajustada por edad, por 100000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	16,9	16,3	13,8	12,8
Aragón	13,0	11,1	9,9	9,0
Asturias	11,7	11,9	10,8	9,6
Baleares	9,4	9,3	9,4	9,0
Canarias	11,7	11,2	8,1	7,5
Cantabria	13,6	11,4	11,4	13,1
Castilla La Mancha	9,9	10,5	8,9	7,5
Castilla León	10,9	9,1	9,6	8,2
Cataluña	10,7	9,5	8,2	8,3
C Valenciana	12,5	11,8	11,2	10,5
Extremadura	14,0	13,0	12,0	12,1
Galicia	12,4	12,2	11,5	10,6
Madrid	7,9	6,6	6,4	5,7
Murcia	15,5	13,2	12,0	10,2
Navarra	8,7	9,0	9,0	9,0
País vasco	10,3	10,1	9,2	9,2
Rioja	12,9	10,4	6,4	10,3
Ceuta	17,6	11,7	12,8	22,0
Melilla	21,4	12,6	5,7	19,1
España	12,1	11,3	10,1	9,5

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



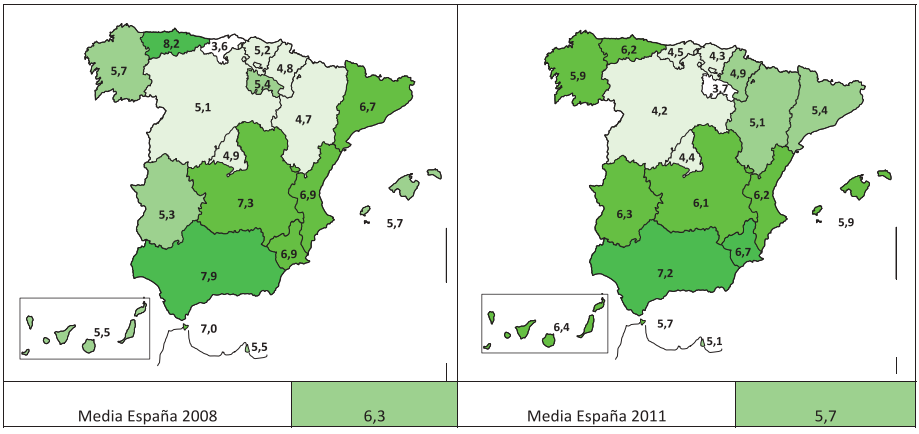
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Los siguientes resultados se refieren a la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores cuya evolución ha sido positiva entre los años 2008 y 2011 a nivel estatal. Sin embargo, a nivel autonómico, en Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Navarra y Galicia no han logrado un balance de disminución global entre ambos años. En la comparación de los mapas del 2008 y 2011 destaca la persistencia de Andalucía en quedar por encima de la media y el empeoramiento de las posiciones relativas de muchas comunidades como Murcia, Galicia, Extremadura, Baleares, Canarias y otras. Ello significa que, el progreso en la mejora de este indicador es más lento en determinados territorios que en el conjunto de España.

Tabla 13. Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	7,9	8,6	7,6	7,2
Aragón	4,7	5,9	5,3	5,1
Asturias	8,2	7,1	7,5	6,2
Baleares	5,7	8,7	6,9	5,9
Canarias	5,5	5,4	5,5	6,4
Cantabria	3,6	3,8	4,0	4,5
Castilla La Mancha	7,3	6,1	6,1	6,1
Castilla León	5,1	4,3	4,6	4,2
Cataluña	6,7	6,5	5,7	5,4
C Valenciana	6,9	6,8	6,2	6,2
Extremadura	5,3	6,9	5,6	6,3
Galicia	5,7	4,8	5,5	5,9
Madrid	4,9	4,9	4,2	4,4
Murcia	6,9	6,8	6,3	6,7
Navarra	4,8	4,9	5,1	4,9
País vasco	5,2	4,9	5,7	4,3
Rioja	5,4	3,9	4,4	3,7
Ceuta	7,0	15,4	18,0	5,7
Melilla	5,5	6,0	8,7	5,1
España	6,3	6,3	5,9	5,7

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



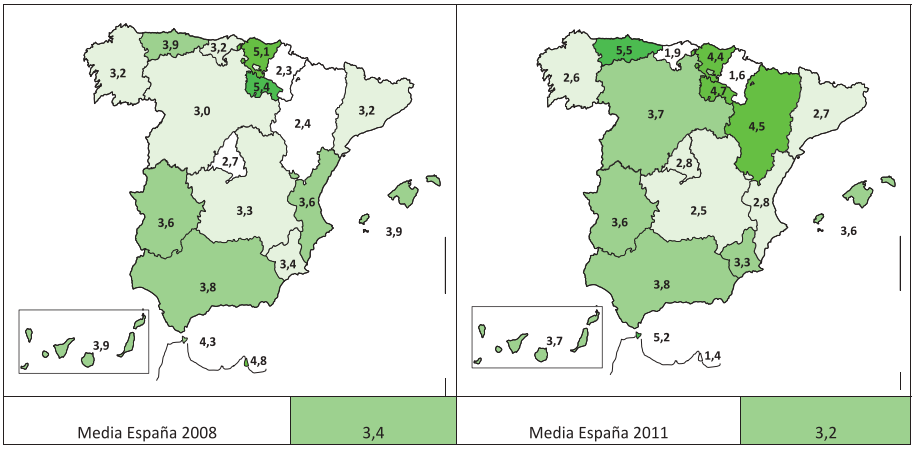
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Como se puede ver en los siguientes resultados, la tasa de mortalidad infantil también es un indicador que mejora a nivel estatal entre los años 2008 y 2011, no consiguiendo balances negativos en todas las autonomías. Entre los casos que llaman la atención están los de Aragón, Asturias, Ceuta y, en menor medida Castilla y León. Dado que Aragón ha sufrido un importante aumento de población extranjera, cabe especular acerca de la posibilidad de una relación entre el importante aumento que sufre de esta tasa y el hecho que se apunta. Lo mismo se podría pensar acerca de Ceuta pero teniendo en cuenta que el fenómeno de ingreso de población extranjera que puede llegar en condiciones precarias de salud es mucho más evidente y arraigado en el tiempo.

Tabla 14. Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	3,8	3,9	3,8	3,8
Aragón	2,4	3,4	2,8	4,5
Asturias	3,9	3,3	3,2	5,5
Baleares	3,9	3,7	3,4	3,6
Canarias	3,9	3,0	3,0	3,7
Cantabria	3,2	2,1	3,6	1,9
Castilla La Mancha	3,3	2,4	3,0	2,5
Castilla León	3,0	2,4	2,9	3,7
Cataluña	3,2	3,0	2,7	2,7
C Valenciana	3,6	3,3	3,5	2,8
Extremadura	3,6	3,5	3,7	3,6
Galicia	3,2	2,7	2,2	2,6
Madrid	2,7	2,9	3,4	2,8
Murcia	3,4	3,6	3,2	3,3
Navarra	2,3	2,3	1,8	1,6
País vasco	5,1	5,9	5,5	4,4
Rioja	5,4	5,4	1,8	4,7
Ceuta	4,3	6,1	8,4	5,2
Melilla	4,8	6,3	0,0	1,4
España	3,4	3,3	3,2	3,2

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



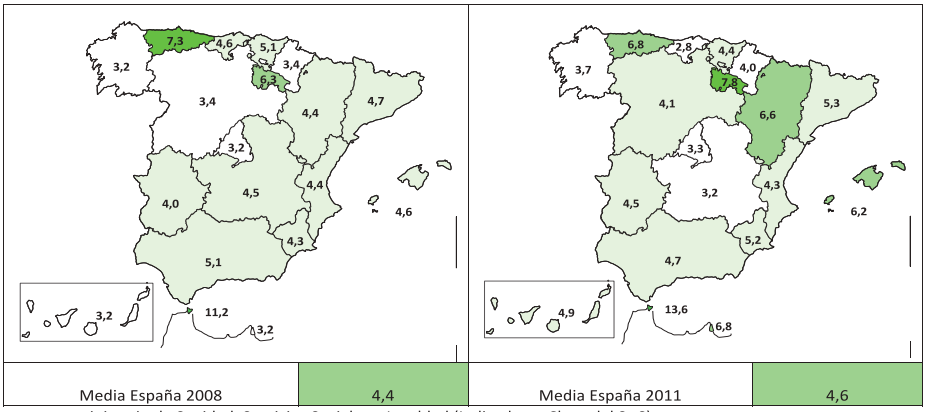
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Asociado al fenómeno anterior, en los siguientes resultados se puede ver que la tasa de mortalidad perinatal por cada 1000 nacidos vivos es más que llamativa en el caso de Ceuta. Así, no sólo ha seguido una progresión ascendente, sino que constituye un caso atípico que afecta significativamente a la media estatal impidiendo que baje a pesar de las mejoras que se van implementando en los procesos de atención. Sin embargo, es cierto que indicador tampoco logra un balance negativo en muchos otros territorios, destacando los casos de Melilla, Aragón y, en esta ocasión también Baleares y Canarias junto con Cataluña. El análisis de las causas de esta situación excede los límites de este estudio pero, no hay duda de que es uno de interrogantes que pone de manifiesto y que sería recomendable investigar.

Tabla 15. Tasa de mortalidad perinatal por cada 1000 nacidos vivos

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	5,1	4,9	4,8	4,7
Aragón	4,4	5,7	3,9	6,6
Asturias	7,3	6,7	7,7	6,8
Baleares	4,6	6,4	5,8	6,2
Canarias	3,2	4,5	5,5	4,9
Cantabria	4,6	2,7	3,2	2,8
Castilla La Mancha	4,5	3,7	3,6	3,2
Castilla León	3,4	3,4	4,3	4,1
Cataluña	4,7	4,3	4,6	5,3
C Valenciana	4,4	4,0	4,4	4,3
Extremadura	4,0	4,9	3,9	4,5
Galicia	3,2	3,5	3,4	3,7
Madrid	3,2	3,6	3,1	3,3
Murcia	4,3	4,9	4,2	5,2
Navarra	3,4	4,7	3,5	4,0
País vasco	5,1	5,9	5,5	4,4
Rioja	6,3	9,3	7,4	7,8
Ceuta	11,2	12,2	10,9	13,6
Melilla	3,2	7,1	5,9	6,8
España	4,4	4,5	4,4	4,6

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



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

SÍNTESIS 3: Estado de salud (1)

La cifra de altas por cualquier causa disminuyó entre los años 2008 y 2012 para España en su conjunto.

Las altas disminuyeron en todas las Autonomías excepto en Extremadura, Madrid, La Rioja y Melilla. En las dos primeras con aumentos inferiores al 1,5 y al 2,5% y en las segundas con aumentos algo superiores al 4%.

Asturias, Baleares, Castilla La Mancha y Navarra, muestran disminuciones de entre un 8% y un 9,7%, destacando sobre el resto de territorios en cuanto a menor morbilidad.

En cifras absolutas, Cataluña destaca en el año 2012 como la zona con mayor morbilidad debida, entre otras causas, a que es la segunda región con más población por debajo de Andalucía.

El análisis de la distribución de las causas de las altas, el envejecimiento de la población y las medidas de contingencia tomadas por cada gobierno autonómico por causa de la crisis podría explicar, al menos en parte, la variabilidad de este indicador. Sin embargo, un objetivo de esta envergadura excede los límites de este informe.

Las tasas de mortalidad prematura ajustadas por edad y número de habitantes han mejorado entre los años 2008 y 2012 para el conjunto de España en cuanto a las causas de cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral, enfermedades crónicas de vías respiratorias y mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos.

La tasa causada por el cáncer disminuye en España de 106,8 a 104,1 casos cada 100.000 habitantes. Sin embargo, la disminución no es territorialmente uniforme habiendo Autonomías en que este indicador sufrió diversos aumentos como fue el caso de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León y Extremadura.

La tasa debida a cardiopatía isquémica pasó de 22,3 a 18,9, aumentando sólo en La Rioja, zona que aun así, queda por debajo de la media. La causada por la diabetes mellitus pasó de 4,2 a 3,5, destacando muy por encima de esta media los casos de Canarias (13,7) y Ceuta (11,2), que muestran una situación diferencial que sugiere la realización de un estudio detallado por su conexión geográfica.

La tasa relacionada con la enfermedad vascular, una de las que están en el punto de mira por la sospecha de su posible aumento debido a las consecuencias que podrían derivarse de la crisis en la salud mental de las personas, pasó de 12,1 a 9,5, aumentando sólo en Ceuta y Navarra. El resultado positivo, no debe tomarse como un síntoma de que no haya habido consecuencias psicológicas sobre la población por causa de la crisis, pues no hay que olvidar que estamos hablando de mortalidad prematura.

La tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias pasó de 6,3 a 5,7, habiendo territorios con tasas que persisten al alza y con repuntes discretos, por lo que el impacto de medidas como

la Ley Anti-tabaco, se advierte como positivo pero de distinto calado y velocidad según las zonas.

La tasa más preocupante es la de mortalidad perinatal por cada 1000 nacidos, que ha pasado de 4,4 a 4,6, con aumentos notables en Ceuta, Melilla, La Rioja y otras Autonomías.

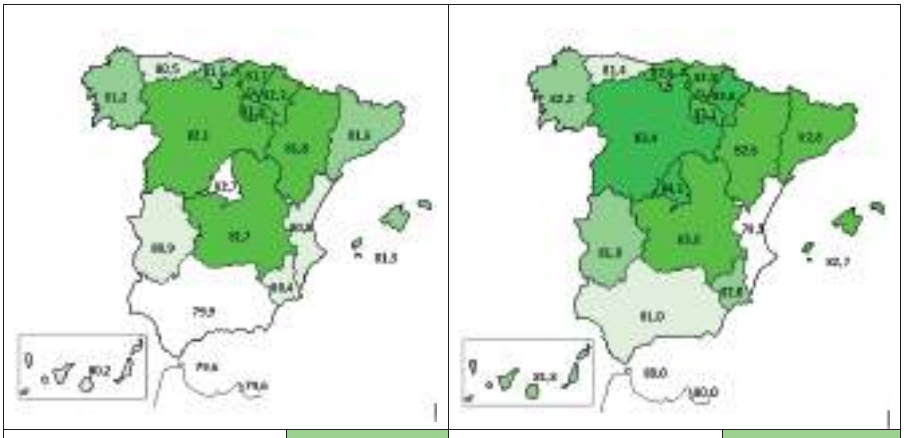
2.3. Caracterización epidemiológica básica

En primer lugar, en este apartado se muestra la esperanza de vida al nacer (EV), para población total. Los datos publicados más recientes de este indicador corresponden al año 2011 y se interpretan como el número medio de años que se espera que viva una persona al nacer, sin entrar en su tipo y calidad de vida en cuanto a salud se refiere.

Tabla 16. Esperanza de vida al nacer sobre población total: evolución 2008-2011

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Variación 2008-11 absoluta (%)
Andalucía	79,9	80,5	81,0	81,0	1,10 (1,38%)
Aragón	81,8	82,3	82,5	82,6	0,80 (0,98%)
Asturias	80,5	81,0	81,2	81,4	0,90 (1,12%)
Baleares	81,3	81,4	81,8	82,7	1,40 (1,72%)
Canarias	80,2	81,5	82,1	81,8	1,60 (2,00%)
Cantabria	81,5	82,1	82,3	82,6	1,10 (1,35%)
Castilla La Mancha	81,7	82,5	83,0	83,0	1,30 (1,59%)
Castilla León	82,1	82,9	83,2	83,4	1,30 (1,58%)
Cataluña	81,6	82,2	82,6	82,8	1,20 (1,47%)
C Valenciana	80,8	81,5	81,7	81,9	1,10 (1,36%)
Extremadura	80,9	81,2	81,3	81,8	0,90 (1,11%)
Galicia	81,2	81,5	82,0	82,2	1,00 (1,23%)
La Rioja	81,8	82,9	83,2	83,1	1,30 (1,59%)
Madrid	82,7	83,3	83,9	84,1	1,40 (1,69%)
Murcia	80,4	81,2	82,0	82,0	1,60 (1,99%)
Navarra	82,3	83,3	84,1	83,8	1,50 (1,82%)
País vasco	81,7	82,9	82,8	82,8	1,10 (1,35%)
Ceuta	79,6	78,6	78,9	79,5	-0,10 (-0,13%)
Melilla	79,6	81,7	82,3	80,0	0,40 (0,50%)
España	81,2	81,8	82,2	82,4	1,20 (1,48%)

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



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

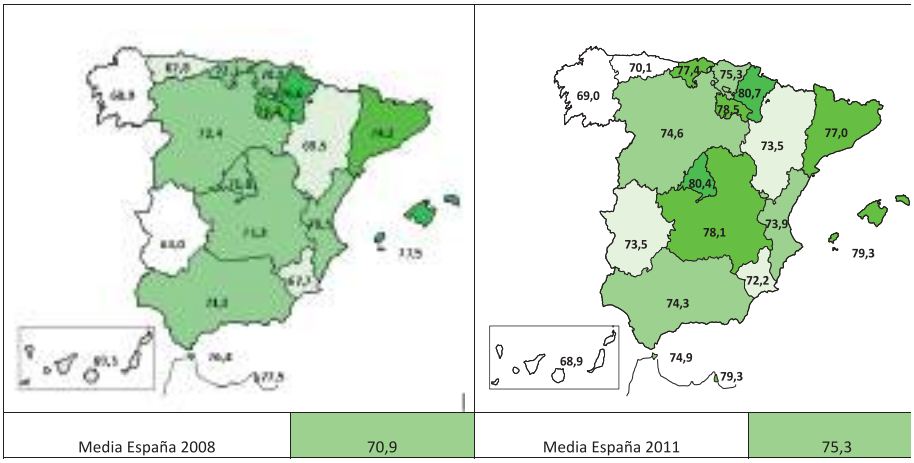
Los resultados acerca de este indicador han sufrido cierta transformación entre los años 2008 y 2011. Así, en el ámbito nacional, se advierte un incremento medio de 1,2 años o del 1,48%. Todos los territorios muestran aumentos de la esperanza de vida salvo Ceuta, ciudad en que desciende un 0,13%. Los aumentos son de diversa magnitud dentro de un rango de 1,7 años.

El siguiente resultado se refiere a los indicadores acerca de la autopercepción del estado de salud.

Tabla 17. Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud: evolución 2009-2011.

Territorio	Año 2009	Año 2011
Andalucía	71,3	74,3
Aragón	69,5	73,5
Asturias	67,8	70,1
Baleares	77,5	79,3
Canarias	69,3	68,9
Cantabria	72,1	77,4
Castilla La Mancha	71,3	78,1
Castilla León	72,4	74,6
Cataluña	74,2	77,0
C Valenciana	70,5	73,9
Extremadura	63,0	73,5
Galicia	60,9	69,0
La Rioja	75,4	78,5
Madrid	71,8	80,4
Murcia	67,7	72,2
Navarra	76,6	80,7
País vasco	70,9	75,3
Ceuta	76,4	74,9
Melilla	77,5	79,3
España	70,9	75,3

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



Media España 2008	70,9	Media España 2011	75,3

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

El porcentaje medio de población que realiza una valoración positiva de su salud ha aumentado entre los años 2009 y 2011 a nivel estatal y también autonómico salvo en el caso de Canarias y Ceuta.

Sin embargo, además de lo anterior, llama la atención la persistencia de Canarias, Galicia e incluso Asturias en ocupar una posición por debajo de la media. Algo en el entorno social de estas poblaciones impide que este indicador aspire a cotas del 70% y más sobre el conjunto de la población. El tema constituye otra pregunta de investigación.

El mismo indicador pero sobre población de personas de 65 y más años muestra un resultado similar: balance positivo e incremento del indicador a nivel estatal y autonómico salvo en el caso de Canarias, Castilla La Mancha, Navarra y Melilla.

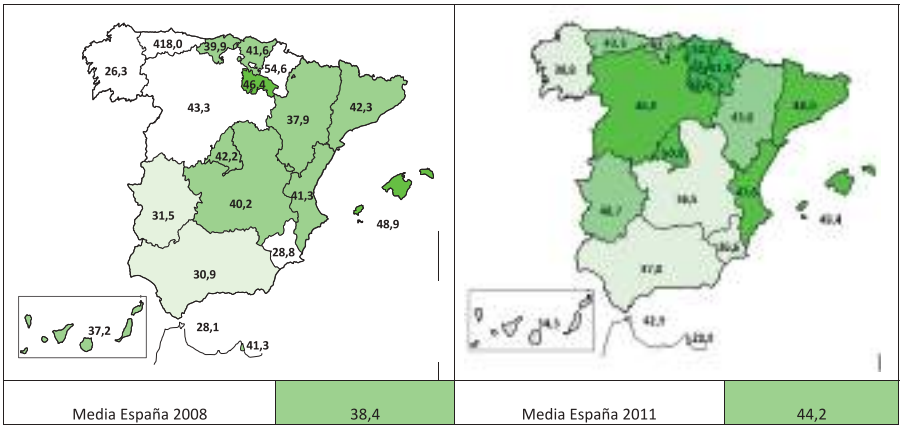
Tabla 18. Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud: evolución 2009-2011

Territorio	Año 2009	Año 2011
Andalucía	30,9	37,0
Aragón	37,9	43,0
Asturias	41,8	43,3
Baleares	48,9	48,4
Canarias	37,2	34,3
Cantabria	39,9	42,7
Castilla La Mancha	40,2	36,5
Castilla León	43,3	46,9
Cataluña	42,3	48,0
C Valenciana	41,3	47,6
Extremadura	31,5	40,7
Galicia	26,3	38,8
La Rioja	46,4	53,5
Madrid	42,2	50,0
Murcia	28,8	36,6
Navarra	54,6	51,5
País vasco	41,6	52,7
Ceuta	28,1	42,9
Melilla	41,3	20,9
España	38,4	44,2

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

Es curioso observar en la comparación de mapas cómo este segmento de la población evoluciona favorablemente en Galicia y Asturias, dejando la posición muy por debajo de la media para aproximarse más a ella.

El resultado sugiere que la población de 65 y más años de estas zonas es más saludable u optimista que la población de menos de 65 años. En cambio, en Canarias y en Melilla no se advierte este efecto. El tema no deja de ser llamativo como pregunta de investigación.



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

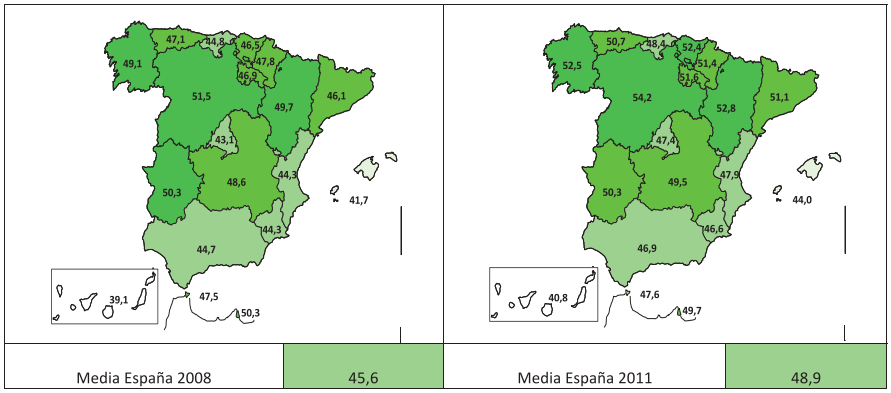
El índice de dependencia constituye un indicador que va a ir cobrando relevancia a medida que se consolide la situación de envejecimiento de la población española. La comparación entre las cifras de los años 2008 y 2012 no admite réplica y pone en evidencia un aumento que no va a entrar en retroceso a corto y medio plazo. Salvo Canarias y Baleares, todas las regiones estaban y están por encima de la media en ambos años. El País Vasco es el caso más llamativo de evolución al haber pasado de una situación por encima de la media en el 2008 a bastante por encima de la media en 2012. Extremadura mejora su posición pero con el mismo índice del año 2008.

Tabla 19. Índice de dependencia: evolución 2008-2011

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	44,7	45,1	45,6	46,2	46,9
Aragón	49,7	49,9	51,1	51,8	52,8
Asturias	47,1	47,7	48,5	49,5	50,7
Baleares	41,7	42,0	42,8	43,3	44,0
Canarias	39,1	39,4	40,0	40,4	40,8
Cantabria	44,8	45,3	46,2	47,3	48,4
Castilla La Mancha	48,6	48,3	48,7	49,1	49,5
Castilla León	51,5	51,9	52,7	53,4	54,2
Cataluña	46,1	47,1	48,4	49,7	51,1
C Valenciana	44,3	44,9	46,1	47,0	47,9
Extremadura	50,3	50,2	50,1	50,2	50,3

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

Galicia	49,1	49,7	50,5	51,4	52,5
La Rioja	46,9	47,6	49,1	50,5	51,6
Madrid	43,1	43,9	45,1	46,2	47,4
Murcia	44,3	44,7	45,3	46,0	46,6
Navarra	47,8	48,4	49,5	50,5	51,4
País vasco	46,5	47,7	49,0	50,6	52,4
Ceuta	47,5	47,7	47,0	47,2	47,6
Melilla	50,3	50,5	49,3	49,6	49,7
España	45,6	46,1	47,0	47,9	48,9



Media España 2008	45,6
Media España 2011	48,9

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

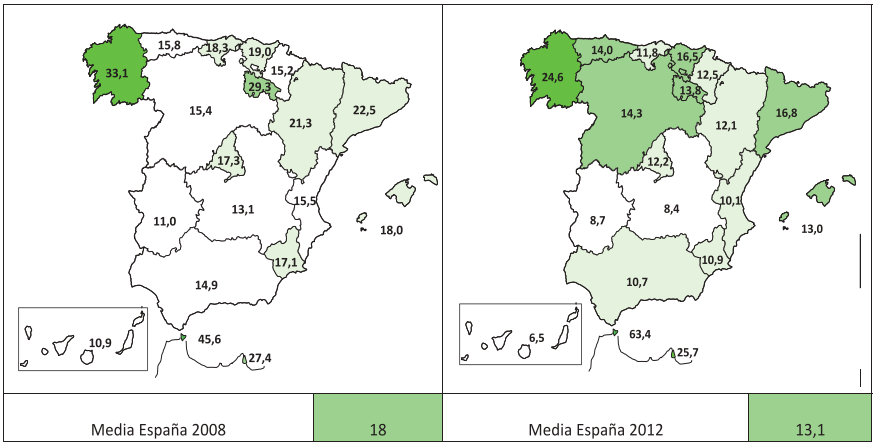
2.4. Incidencia de tuberculosis, prevalencia de diabetes mellitus y trastornos mentales, incidencia de hepatitis B y tasa de SIDA

La incidencia de la tuberculosis ha disminuido de forma notable a nivel estatal pasando de una tasa de 18 a una tasa de 13,1 entre los años 2008 y 2012. Las diferencias territoriales acerca de este indicador son claras y llamativas. El año 2008, la autonomía con menor tasa era Canarias con un 10,9, situación que siguió ostentando en el 2012 pero con un valor de 6,5. En cambio, la zona con mayor incidencia era Ceuta con una tasa de 45,6. La ciudad sigue en posición de cabeza pero, en el año 2012 con un aumento bastante notable llegando hasta un valor de 63,4. Melilla y Galicia son las zonas que la siguen y también mantienen posiciones en el 2012.

Tabla 20. Incidencia de tuberculosis por 100000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	14,9	13,4	12,1	11,6	10,7
Aragón	21,3	19,3	19,8	18,0	12,1
Asturias	15,8	13,2	16,9	13,9	14,0
Baleares	18,0	16,7	13,3	18,9	13,0
Canarias	10,9	10,5	9,3	9,3	6,5
Cantabria	18,3	16,6	20,9	17,8	11,8
Castilla La Mancha	13,1	11,3	12,2	10,2	8,4
Castilla León	15,4	15,1	16,8	12,4	14,3
Cataluña	22,5	20,4	19,4	18,3	16,8
C Valenciana	15,5	14,4	13,2	12,1	10,1
Extremadura	11,0	10,1	8,1	9,8	8,7
Galicia	33,1	31,6	28,7	25,3	24,6
Madrid	17,3	17,3	15,8	13,2	12,2
Murcia	17,1	17,4	12,1	15,6	10,9
Navarra	15,2	13,1	9,7	12,5	12,5
País vasco	19,0	18,9	18,5	18,6	16,5
Rioja	29,3	23,4	17,5	18,2	13,8
Ceuta	45,6	35,8	11,9	37,8	63,4
Melilla	27,4	22,7	28,5	9,3	25,7
España	18,0	16,8	15,7	14,6	13,1

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



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

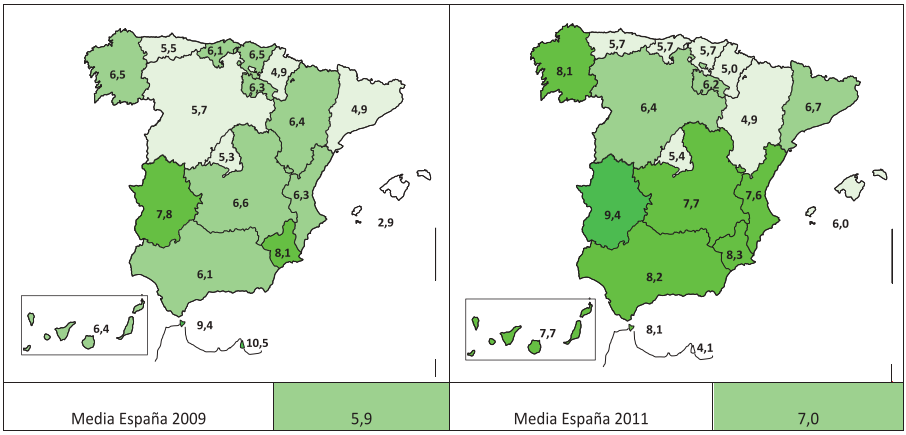
Los datos recientes acerca de prevalencia declarada de diabetes mellitus en población adulta sólo están disponibles para los años 2008 y 2011.

A diferencia de lo que sucede con la tasa de mortalidad, la prevalencia se está convirtiendo en uno de los indicadores acerca de los cuales se percibe la necesidad de prestar especial atención. A nivel estatal la prevalencia ha aumentado en más de un punto a lo largo del período y las posiciones relativas de las comunidades tienden a posicionarse por encima de la media del 2011, siendo el más llamativo el caso de Extremadura. Melilla destaca por ser la zona con menor prevalencia y muy por debajo de la media en el año 2011 cuando había estado bastante por encima en el 2008.

Tabla 21. Prevalencia declarada de diabetes mellitus en población adulta.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	...	6,1	...	8,2	...
Aragón	...	6,4	...	4,9	...
Asturias	...	5,5	...	5,7	...
Baleares	...	2,9	...	6,0	...
Canarias	...	6,4	...	7,7	...
Cantabria	...	6,1	...	5,7	...
Castilla La Mancha	...	6,6	...	7,7	...
Castilla León	...	5,7	...	6,4	...
Cataluña	...	4,9	...	6,7	...
C Valenciana	...	6,3	...	7,6	...
Extremadura	...	7,8	...	9,4	...
Galicia	...	6,5	...	8,1	...
Madrid	...	5,3	...	5,4	...
Murcia	...	8,1	...	8,3	...
Navarra	...	4,9	...	5,0	...
País vasco	...	6,5	...	5,7	...
Rioja	...	6,3	...	6,2	...
Ceuta	...	9,4	...	8,1	...
Melilla	...	10,5	...	4,1	...
España	...	5,9	...	7,0	...

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



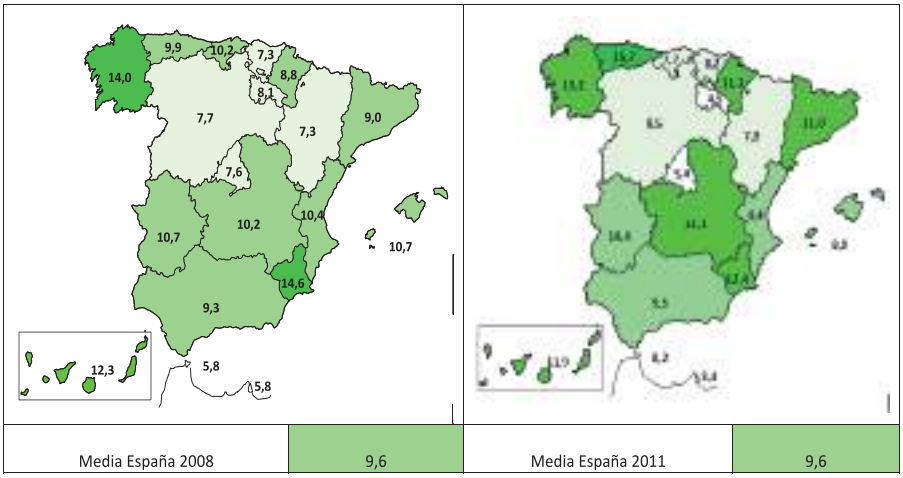
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

La prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta se ha mantenido estable entre los años 2009 y 2011, los únicos para los que hay información reciente. Ello no constituye un buen síntoma dado que cabe esperar una reducción, al igual que en todas las patologías. Sin embargo, la crisis ha tenido un fuerte impacto en el estado de ánimo de la población y ha propiciado la intensificación de este tipo de trastornos. La evolución es muy dispar entre territorios y en el 2011 hay 7 autonomías que quedan por encima de la media cuando, en 2008 sólo había 3. En el lado positivo, cabe destacar la mejora de este indicador en La Rioja, Melilla y en Madrid. En el negativo, cabe destacar el empeoramiento en Asturias.

Tabla 22. Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	...	9,3	...	9,5	...
Aragón	...	7,3	...	7,9	...
Asturias	...	9,9	...	15,7	...
Baleares	...	10,7	...	8,9	...
Canarias	...	12,3	...	11,9	...
Cantabria	...	10,2	...	7,7	...
Castilla La Mancha	...	10,2	...	11,1	...
Castilla León	...	7,7	...	8,5	...
Cataluña	...	9,0	...	11,0	...
C Valenciana	...	10,4	...	9,4	...
Extremadura	...	10,7	...	10,6	...
Galicia	...	14,0	...	13,2	...
Madrid	...	7,6	...	5,4	...
Murcia	...	14,6	...	12,4	...
Navarra	...	8,8	...	11,1	...
País vasco	...	7,3	...	8,2	...
Rioja	...	8,1	...	4,5	...
Ceuta	...	5,8	...	8,2	...
Melilla	...	5,8	...	3,4	...
España	...	9,6	...	9,6	...

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



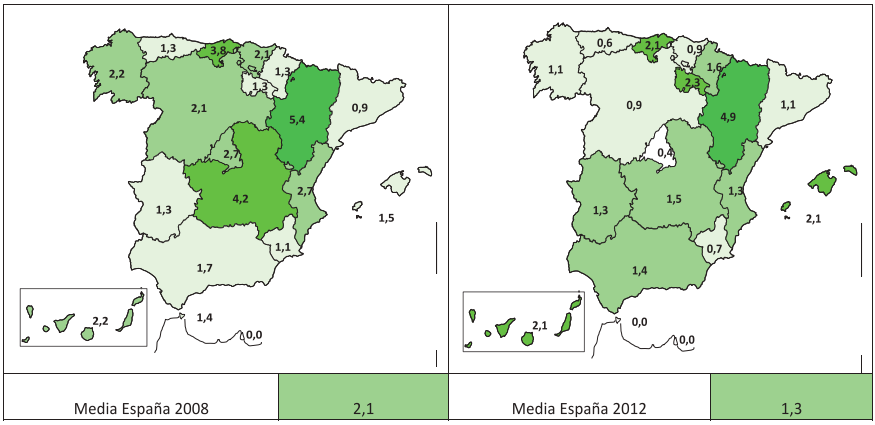
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

La incidencia de hepatitis B por cada 100.000 habitantes ha tendido a mejorar a lo largo del período 2008-2012. A nivel estatal la tasa desciende casi un punto y, a nivel autonómico se advierten disminuciones de la misma de diversa magnitud salvo en el caso de Aragón, Baleares, Cataluña, Navarra y La Rioja. Los datos para Ceuta y Melilla son llamativos dado que no se registra incidencia en los últimos años no pudiendo asegurarse la naturaleza de este cambio. Aragón es, en cualquier caso, la comunidad que queda más por encima de la media española tanto en el año 2008 como en el 2012.

Tabla 23. Incidencia de hepatitis B por cada 100000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	1,7	1,6	1,7	1,6	1,4
Aragón	5,4	5,0	6,6	4,4	4,9
Asturias	1,3	0,7	1,2	0,8	0,6
Baleares	1,5	2,8	2,0	1,3	2,1
Canarias	2,2	3,1	2,0	2,1	2,1
Cantabria	3,8	1,2	1,2	1,7	2,1
Castilla La Mancha	4,2	3,5	2,9	2,3	1,5
Castilla León	2,1	0,9	2,0	1,1	0,9
Cataluña	0,9	1,5	1,4	2,3	1,1
C Valenciana	2,7	2,2	2,2	1,5	1,3
Extremadura	1,3	1,6	1,1	2,1	1,3
Galicia	2,2	1,6	1,3	1,0	1,1
Madrid	2,7	1,5	1,6	1,1	0,4
Murcia	1,1	1,2	1,2	0,9	0,7
Navarra	1,3	1,1	3,7	2,1	1,6
País vasco	2,1	1,4	1,6	1,1	0,9
Rioja	1,3	0,3	1,9	0,0	2,3
Ceuta	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Melilla	0,0	1,4	1,4	0,0	0,0
España	2,1	1,9	1,9	1,7	1,3

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



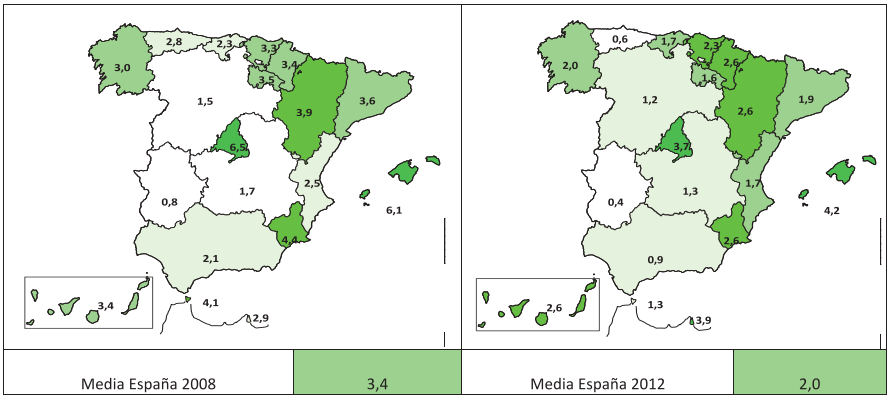
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

La tasa de SIDA ha experimentado una disminución de un punto entre los años 2008 y 2012 a nivel estatal. La dispersión de este indicador es notable entre las Comunidades y Ciudades Autónomas y su situación respecto de las medias de estos años ha experimentado diversas variaciones mientras que algunas zonas, como el caso de Madrid y Baleares siguen bastante por encima de la media a pesar de la reducción interna que han ido registrando. Extremadura es la comunidad que se ha mantenido por debajo de la media en ambos años y, entre los casos que empeoran su situación relativa cabe destacar Cantabria, el País Vasco, la Comunidad Valenciana, Canarias y Melilla. En cambio, Asturias mejora y se sitúa, como Extremadura, muy por debajo de la media.

Tabla 24. Tasa de SIDA por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma de residencia y año de diagnóstico

Comunidad Autónoma	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalucía	4,8	5,5	4,0	3,8	3,5	2,7	2,1	2,2	1,8	1,6	0,9
Aragón	4,4	3,4	3,9	3,0	3,0	3,6	3,9	3,4	1,9	2,1	2,6
Asturias	5,6	4,2	3,3	2,9	2,3	2,8	2,8	2,8	1,9	2,1	0,6
Baleares	10,1	7,8	8,9	8,8	6,6	5,5	6,1	5,1	3,3	4,3	4,2
Canarias	5,3	4,8	4,1	5,1	3,8	3,6	3,4	3,5	2,8	1,9	2,6
Cantabria	2,8	3,3	2,4	2,7	2,0	2,3	2,3	3,8	4,0	2,6	1,7
C La mancha	2,8	2,1	2,7	2,3	1,6	1,4	1,7	1,3	1,0	0,7	1,3
Castilla y León	4,2	4,4	3,0	2,8	3,0	3,1	1,5	2,7	1,9	1,2	1,2
Cataluña	6,7	6,2	5,2	4,2	4,0	4,2	3,6	3,0	2,9	2,0	1,9
C. Valenciana	4,6	3,9	3,9	3,0	2,7	2,5	2,5	1,9	1,5	1,8	1,7
Extremadura	3,4	3,5	2,6	2,1	2,1	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4
Galicia	4,3	3,8	4,4	3,3	3,6	3,6	3,0	2,8	2,0	1,9	2,0
Madrid	9,5	9,0	8,5	7,2	6,8	6,2	6,5	6,0	5,4	4,6	3,7
Murcia	5,3	5,9	4,7	4,2	3,8	4,3	4,4	2,9	2,0	3,2	2,6
Navarra	5,7	3,7	3,8	3,1	2,7	2,7	3,4	1,5	2,1	1,0	2,6
País Vasco	6,2	6,4	6,0	6,3	6,1	4,0	3,3	2,4	3,2	3,1	2,3
La Rioja	4,7	7,4	5,8	6,4	4,3	2,9	3,5	3,2	1,9	1,9	1,6
Ceuta	9,8	2,8	5,6	5,6	4,2	8,4	4,1	0,0	1,3	1,3	1,3
Melilla	6,0	7,5	4,5	3,0	4,5	0,0	2,9	5,7	0,0	2,7	3,9

Fuente: Fuente: Registro Nacional del SIDA, Instituto de Salud Carlos III



Fuente: Fuente: Registro Nacional del SIDA, Instituto de Salud Carlos III

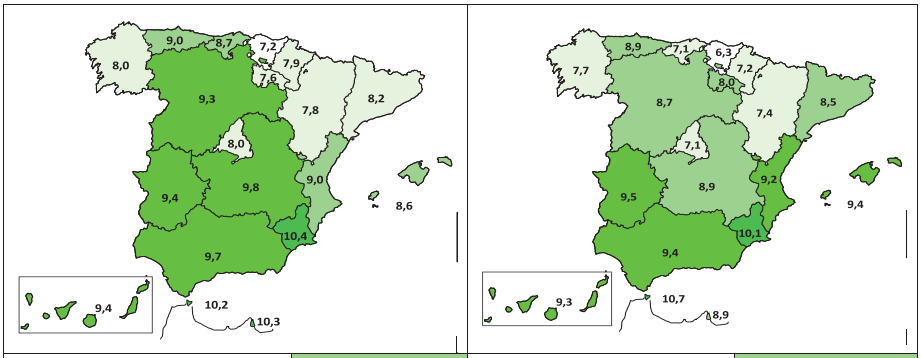
2.5. Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio como indicador complementario de morbilidad

Como indicador complementario de morbilidad, se muestran los resultados acerca de la tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio, dada la relevancia de esta patología asociada, además, a los estilos de vida actuales. Los datos disponibles son de los años 2010 y 2011, por lo que la comparación en este caso no permite visualizar un recorrido de mayor envergadura. Ello no obstante, en tan sólo un año se percibe una mejora, es decir, una disminución de la tasa tanto a nivel estatal como de la mayoría de autonomías. Quedan fuera de este progreso Cataluña, la Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja y Ceuta.

Tabla 25. Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 10000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	...	...	9,7	9,4	...
Aragón	...	...	7,8	7,4	...
Asturias	...	...	9,0	8,9	...
Baleares	...	...	8,6	9,4	...
Canarias	...	...	9,4	9,3	...
Cantabria	...	...	8,7	7,1	...
Castilla La Mancha	...	...	9,8	8,9	...
Castilla León	...	...	9,3	8,7	...
Cataluña	...	...	8,2	8,5	...
C Valenciana	...	...	9,0	9,2	...
Extremadura	...	...	9,4	9,5	...
Galicia	...	...	8,0	7,7	...
Madrid	...	...	8,0	7,1	...
Murcia	...	...	10,4	10,1	...
Navarra	...	...	7,9	7,2	...
País vasco	...	...	7,2	6,3	...
Rioja	...	...	7,6	8,0	...
Ceuta	...	...	10,2	10,7	...
Melilla	...	...	10,3	8,9	...
España	...	...	8,7	8,4	...

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



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

SÍNTESIS 3: Estado de salud (2)

Los datos más recientes de esperanza de vida al nacer son de 2011. Entre el año 2008 y el 2011, España pasó de una media de 81,2 años a una media de 82,4 años. Todas las Autonomías muestran aumentos de este indicador salvo Ceuta. Canarias y Murcia destacan con incrementos del 2% que suponen 1,6 años más de vida, mientras que Melilla sólo aumenta 0,4 años. Todas las Autonomías alcanzan los 80 años excepto Ceuta que queda en algo más de 79.

El porcentaje con valoración positiva del estado de salud pasó de una media del 70,9% a en la población española a una media del 75,3% entre los años 2009 y 2011. A falta de datos más recientes, el impacto de la crisis económica sobre este indicador no se percibe. No obstante, esta mejora no fue uniforme habiendo regiones en que esta tasa empeoró. Así, Asturias, Canarias, Ceuta y Galicia, son territorios que persisten en quedar por debajo de la media. La situación es similar tanto para la población que tiene 65 y más años, si bien, en este caso, también muestran datos menos favorables las Autonomías de Castilla La Mancha, Melilla y Navarra.

El índice de dependencia empeora para la población española aumentado de 45,6 a 48,9% entre los años 2009 y 2012. Sólo Melilla muestra una disminución y Extremadura un estancamiento. Acerca de este indicador es importante tener en cuenta que se supera el 50% en Aragón, Asturias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra y País Vasco.

En el apartado de prevalencias, dos causas destacan sobre las analizadas: las relacionadas con diabetes mellitus y con trastornos mentales. La tasa de diabetes mellitus ha pasado de 5,9 a 7 entre los años 2008 y 2011, con 8 Autonomías por encima de esta última media y con el caso de Extremadura alcanzando el valor de 9,4. Por otro lado, la tasa de trastornos mentales permanece estable en 9,6 entre ambos años, lo que no es un buen síntoma dado que, al igual que otros indicadores, habría sido esperable una disminución. En este caso también hay 8 Autonomías por encima de la media con casos de aumentos muy llamativos en Asturias, y algo menos en ambas Castillas, Cataluña y Navarra. Los datos sugieren que el impacto de la crisis se podría estar reflejando en este indicador en concreto.

3
Sistema sanitario

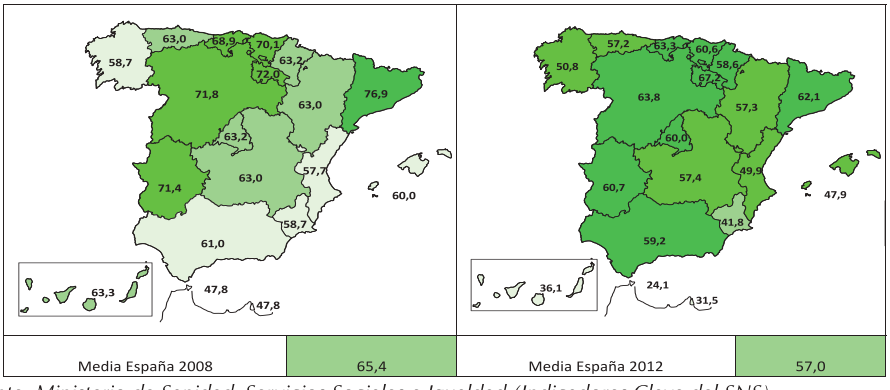
3.1. Algunas actuaciones de prevención destacadas

El primer resultado de este apartado se refiere a la tasa de cobertura de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe. Entre los años 2008 y 2012 se advierte una disminución de la cobertura a nivel estatal. La media desciende de un 65,4% a un 57%. El mapa comparativo cambia de forma acusada al quedar más comunidades por encima de la media en el año 2012. Ello implica un mayor esfuerzo por parte de la sanidad autonómica en unas zonas de España que en otras, pero aun así, lo cierto es que esta tasa fue menor en todos los territorios.

Tabla 26. Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	61,0	57,3	50,7	52,8	59,2
Aragón	63,0	61,1	59,1	58,8	57,3
Asturias	63,0	63,0	58,9	58,4	57,2
Baleares	60,0	52,8	51,5	50,2	47,9
Canarias	63,3	77,6	58,1	59,5	36,1
Cantabria	68,9	71,2	63,3	67,6	63,3
Castilla La Mancha	63,0	60,2	56,7	59,7	57,4
Castilla León	71,8	72,2	70,5	70,8	63,8
Cataluña	76,9	71,9	54,0	55,0	62,1
C Valenciana	57,7	...	52,4	54,1	49,9
Extremadura	71,4	68,0	69,4	56,3	60,7
Galicia	58,7	...	55,4	55,2	50,8
Madrid	63,2	66,6	60,8	60,2	60,0
Murcia	58,7	53,8	51,3	53,1	41,8
Navarra	63,2	64,2	60,1	66,0	58,6
País vasco	70,1	70,6	...	68,1	60,6
Rioja	72,0	72,7	69,7	69,2	67,2
Ceuta	...	...	47,7	31,6	24,1
Melilla	47,8	49,5	32,7	32,9	31,5
España	65,4	65,7	56,9	57,7	57,0

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



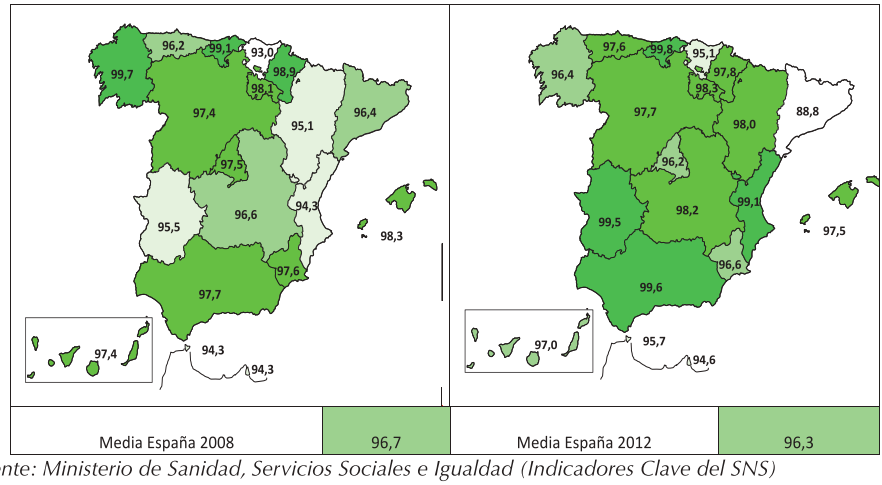
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Los resultados acerca de vacunación frente a la poliomielitis arrojan una disminución de la cobertura de escaso impacto a nivel estatal pero de diverso calibre en las zonas en que se produce y que son: Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y Navarra. El caso de Cataluña es el más llamativo, quedando muy por debajo de la media en el año 2012 cuando en el 2008 estaba en la misma. La cobertura queda bastante por encima de la media en los casos de Extremadura, Andalucía, Comunidad Valenciana y Cantabria en el 2012, por lo que estas comunidades son las que parecen haber aumentado el esfuerzo de cobertura a pesar de la crisis y sus implicaciones en sanidad.

Tabla 27. Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	97,7	99,2	96,4	98,9	99,6
Aragón	95,1	98,7	97,3	94,7	98,0
Asturias	96,2	97,2	99,1	96,9	97,6
Baleares	98,3	98,3	99,4	97,5	97,5
Canarias	97,4	97,4	97,3	96,2	97,0
Cantabria	99,1	100,0	100,0	100,0	99,8
Castilla La Mancha	96,6	96,2	96,1	96,2	98,2
Castilla León	97,4	94,2	96,1	96,3	97,7
Cataluña	96,4	97,8	94,5	92,6	88,8
C Valenciana	94,3	...	99,4	99,8	99,1
Extremadura	95,5	92,8	92,4	99,0	99,5
Galicia	99,7	...	97,6	99,6	96,4
Madrid	97,5	88,6	97,6	98,1	96,2
Murcia	97,6	97,1	95,4	97,3	96,6
Navarra	98,9	97,0	92,8	98,0	97,8
País vasco	93,0	94,8	...	95,5	95,1
Rioja	98,1	98,1	98,5	98,1	98,3
Ceuta	...	...	100,0	0,0	95,7
Melilla	94,3	97,3	97,6	97,6	94,6
España	96,7	95,9	96,6	97,1	96,3

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



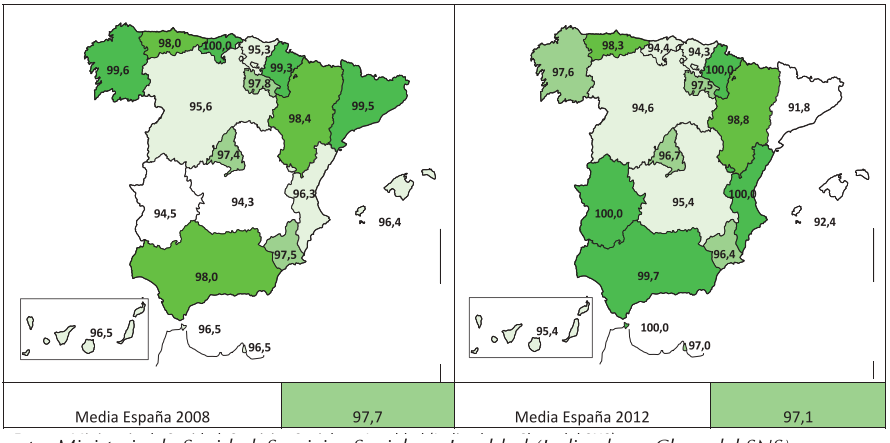
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Algo parecido pero de mayor impacto ha sucedido en cuanto a la cobertura de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis ya que, aunque a nivel estatal haya habido una ligera disminución, el número de autonomías que acusan una menor cobertura entre los años 2008 y 2012 es más amplio y abarca a: Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco y La Rioja. En el mapa de 2012 destacan Cataluña y Baleares como las zonas más alejadas de la media de ese año. Otras zonas lograron un objetivo del 100% de cobertura o se aproximaron mucho a él, quedando dos categorías por encima de la media.

Tabla 28. Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	98,0	96,0	97,5	94,6	99,7
Aragón	98,4	96,5	100,0	98,3	98,8
Asturias	98,0	97,8	99,1	97,5	98,3
Baleares	96,4	97,6	97,9	92,4	92,4
Canarias	96,5	97,4	95,1	96,2	95,4
Cantabria	100,0	100,0	100,0	100,0	94,4
Castilla La Mancha	94,3	94,4	95,4	95,0	95,4
Castilla León	95,6	94,4	96,7	96,1	94,6
Cataluña	99,5	99,0	89,4	95,2	91,8
C Valenciana	96,3	...	96,4	100,0	100,0
Extremadura	94,5	96,9	96,5	100,0	100,0
Galicia	99,6	...	99,0	98,4	97,6
Madrid	97,4	100,0	96,1	98,9	96,7
Murcia	97,5	96,0	95,7	96,5	96,4
Navarra	99,3	94,4	93,6	96,8	100,0
País vasco	95,3	96,8	...	94,3	94,3
Rioja	97,8	97,8	98,1	97,8	97,5
Ceuta	...	...	100,0	...	100,0
Melilla	96,5	96,0	97,5	96,0	97,0
España	97,7	97,4	95,5	96,8	97,1

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



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

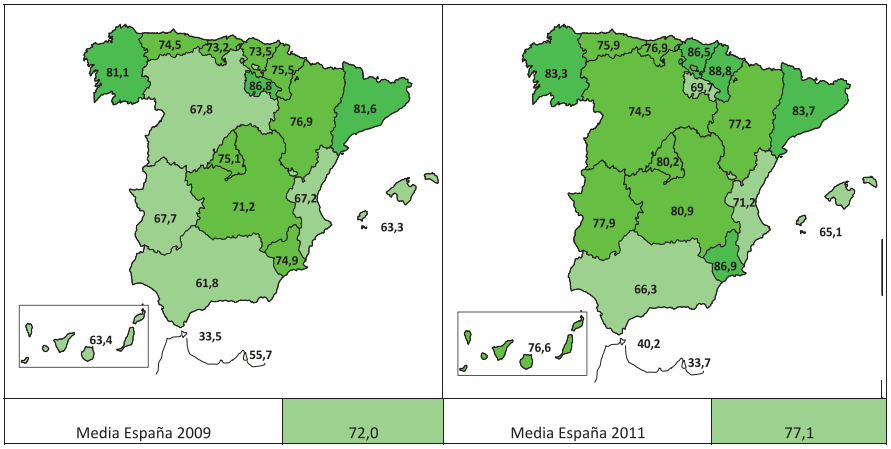
El porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada es un indicador esencial en cuanto a la prevención del cán-

cer de mama. Los datos de que se dispone abarcan los años 2009 y 2010. Las coberturas presentan variabilidad entre las regiones y, a pesar de que el conjunto estatal presenta un incremento, lo cierto es que hay regiones que quedan por debajo de la media siendo especialmente llamativo el caso de Ceuta y Melilla con porcentajes inferiores al 45% cuando la media está en 77,1%.

Tabla 29. Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	...	61,8	...	66,3	...
Aragón	...	76,9	...	77,2	...
Asturias	...	74,5	...	75,9	...
Baleares	...	63,3	...	65,1	...
Canarias	...	63,4	...	76,6	...
Cantabria	...	73,2	...	76,9	...
Castilla La Mancha	...	71,2	...	80,9	...
Castilla León	...	67,8	...	74,5	...
Cataluña	...	81,6	...	83,7	...
C Valenciana	...	67,2	...	71,2	...
Extremadura	...	67,7	...	77,9	...
Galicia	...	81,1	...	83,3	...
Madrid	...	75,1	...	80,2	...
Murcia	...	74,9	...	86,9	...
Navarra	...	75,5	...	88,8	...
País vasco	...	73,5	...	86,5	...
Rioja	...	86,8	...	69,7	...
Ceuta	...	33,5	...	40,2	...
Melilla	...	55,7	...	33,7	...
España	...	72,0	...	77,1	...

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



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

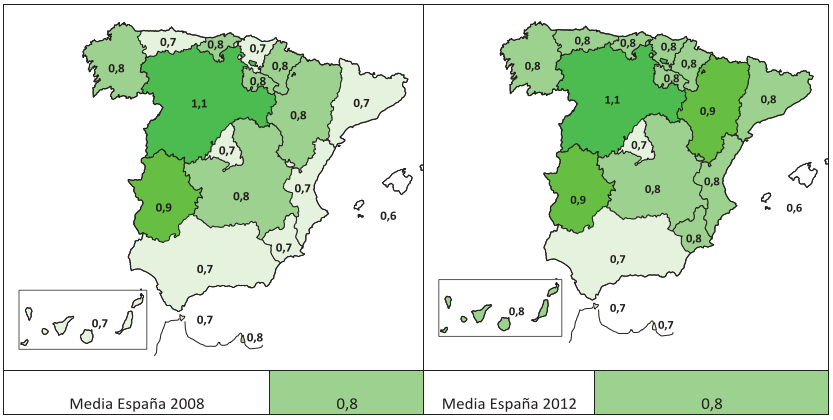
3.2. Indicadores sobre recursos sanitarios

El indicador acerca del personal médico de atención primaria por 1000 personas asignadas apenas ha sufrido variaciones entre los años 2008 y 2012. Aragón, Canarias, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Murcia y País Vasco experimentan un ligero aumento, mientras que Melilla acusa una disminución. El balance resulta en una cifra similar para ambos años y en un mapa muy parecido entre los mismos. Destaca el caso de Baleares por ser el único territorio que queda muy por debajo de la media en ambos años.

Tabla 30. Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Aragón	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9
Asturias	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Baleares	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Canarias	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Cantabria	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Castilla La Mancha	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Castilla León	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Cataluña	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8
C Valenciana	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8
Extremadura	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Galicia	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Madrid	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Murcia	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Navarra	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
País vasco	0,7	0,6	0,6	0,8	0,8
Rioja	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8
Ceuta	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
Melilla	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
España	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8

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



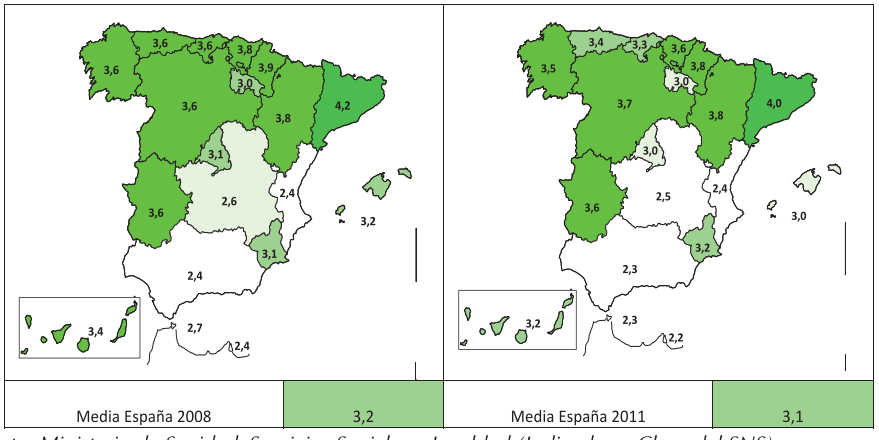
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

El indicador acerca de las camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes sufre una disminución a nivel estatal entre los años 2008 y 2011, no estando disponibles todavía los datos del 2012. Así, salvo Castilla y León y Murcia, el resto de comunidades ha experimentado disminuciones en este indicador o ha permanecido estable. En los mapas se advierte un aumento de territorios por debajo de la media en el 2011 y tanto en este año como en el 2008, destaca Cataluña como la zona que está más por encima de la media.

Tabla 31. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	2,4	2,4	2,3	2,3	...
Aragón	3,8	3,8	3,8	3,8	...
Asturias	3,6	3,6	3,5	3,4	...
Baleares	3,2	3,1	3,1	3,0	...
Canarias	3,4	3,3	3,3	3,2	...
Cantabria	3,6	3,5	3,4	3,3	...
Castilla La Mancha	2,6	2,6	2,6	2,5	...
Castilla León	3,6	3,6	3,6	3,7	...
Cataluña	4,2	4,2	4,1	4,0	...
C Valenciana	2,4	2,4	2,5	2,4	...
Extremadura	3,6	3,5	3,6	3,6	...
Galicia	3,6	3,6	3,6	3,5	...
Madrid	3,1	3,0	3,0	3,0	...
Murcia	3,1	3,1	3,1	3,2	...
Navarra	3,9	3,8	3,8	3,8	...
País vasco	3,8	3,7	3,7	3,6	...
Rioja	3,0	2,8	3,0	3,0	...
Ceuta	2,7	2,6	2,3	2,3	...
Melilla	2,4	2,4	2,3	2,2	...
España	3,2	3,2	3,2	3,1	...

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



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

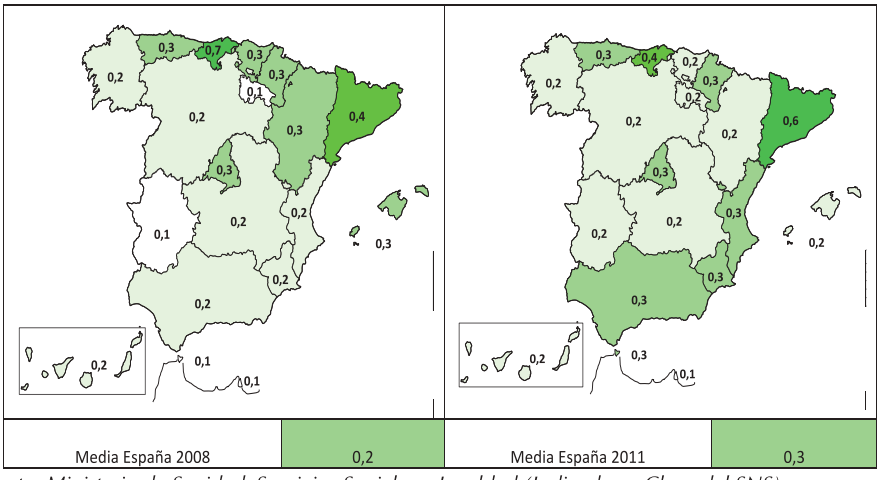
Los puestos en hospitales de día por 1000 habitantes aumentan, entre los años 2008 y 2011, en Andalucía, Cataluña, Extremadura, Murcia, La Rioja y Ceuta, propiciando un aumento de este indicador a nivel estatal. De nuevo,

la variabilidad se impone en la comparación territorial donde destaca Cantabria en el año 2008 con una cifra muy por encima de la media, para disminuirla de forma drástica en los años posteriores. En cambio, Cataluña sigue un proceso inverso quedando como la zona más por encima de la media en el 2011.

Tabla 32. Puestos en hospitales de día por 1000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	0,2	0,2	0,3	0,3	...
Aragón	0,3	0,3	0,2	0,2	...
Asturias	0,3	0,3	0,3	0,3	...
Baleares	0,3	0,3	0,2	0,2	...
Canarias	0,2	0,2	0,2	0,2	...
Cantabria	0,7	0,8	0,4	0,4	...
Castilla La Mancha	0,2	0,2	0,3	0,2	...
Castilla León	0,2	0,2	0,2	0,2	...
Cataluña	0,4	0,4	0,6	0,6	...
C Valenciana	0,2	0,2	0,2	0,3	...
Extremadura	0,1	0,2	0,2	0,2	...
Galicia	0,2	0,2	0,2	0,2	...
Madrid	0,3	0,3	0,3	0,3	...
Murcia	0,2	0,2	0,2	0,3	...
Navarra	0,3	0,3	0,3	0,3	...
País vasco	0,3	0,3	0,2	0,2	...
Rioja	0,1	0,1	0,2	0,2	...
Ceuta	0,1	0,1	0,3	0,3	...
Melilla	0,1	0,1	0,1	0,1	...
España	0,2	0,3	0,3	0,3	...

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



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

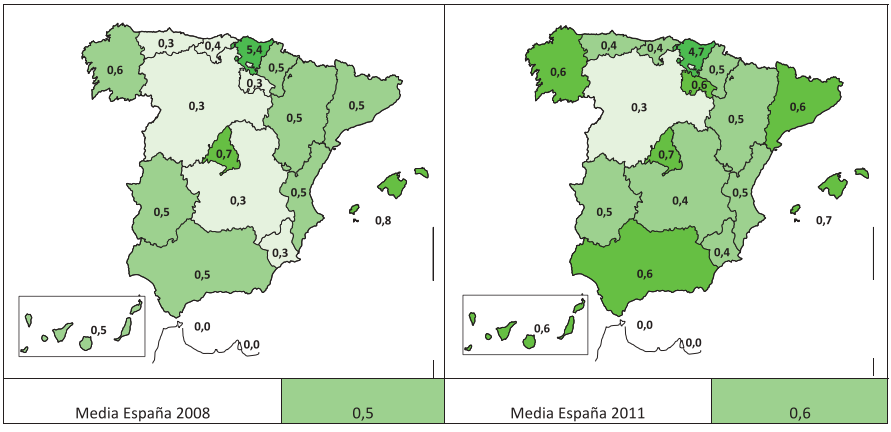
El indicador acerca de equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100000 habitantes aumenta en el período 2008-2011 a nivel estatal. De nuevo se aprecian disparidades territoriales con aumentos y disminuciones. Estas últimas han afectado a Baleares y País Vasco, La Rioja acusa un importante incremento y Ceuta y Melilla aparecen como zonas que no pueden ofrecer este servicio, lo cual supone un im-

portante agravio comparativo para sus poblaciones, ya que implica que sólo pueden recibir esta atención en la península. Dejando este caso aparte, el mapa del 2011 proporciona una fotografía mejor que el del 2008 por haber muchas más comunidades en la media o por encima de ella.

Tabla 33. Equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100000 hab.

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	0,5	0,5	0,5	0,6	...
Aragón	0,5	0,5	0,5	0,5	...
Asturias	0,3	0,3	0,4	0,4	...
Baleares	0,8	0,7	0,6	0,7	...
Canarias	0,5	0,6	0,6	0,6	...
Cantabria	0,4	0,4	0,4	0,4	...
Castilla La Mancha	0,3	0,3	0,4	0,4	...
Castilla León	0,3	0,3	0,3	0,3	...
Cataluña	0,5	0,4	0,6	0,6	...
C Valenciana	0,5	0,5	0,5	0,5	...
Extremadura	0,5	0,4	0,5	0,5	...
Galicia	0,6	0,6	0,6	0,6	...
Madrid	0,7	0,7	0,7	0,7	...
Murcia	0,3	0,3	0,3	0,4	...
Navarra	0,5	0,5	0,5	0,5	...
País vasco	5,4	5,2	4,7	4,7	4,6
Rioja	0,3	0,3	0,3	0,6	...
Ceuta	0,0	...	0,0	0,0	...
Melilla	0,0	...	0,0	0,0	...
España	0,5	0,5	0,5	0,6	...

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

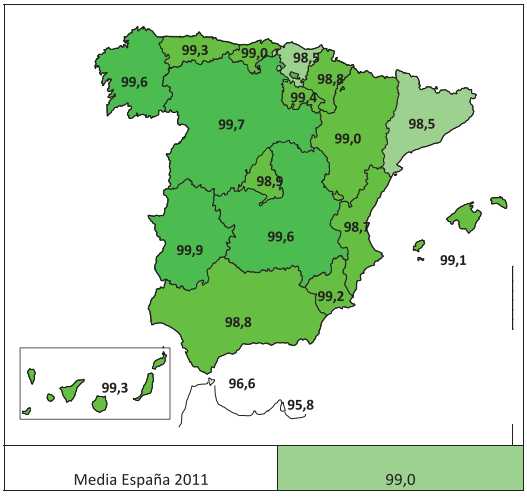


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Los datos acerca del porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público sólo están disponibles para el año 2011, por lo que no es posible efectuar una comparación con el año 2008. En el mapa del año 2011 destacan las autonomías de Navarra, Comunidad Valenciana, Andalucía, Ceuta y Melilla como las zonas en que este porcentaje es menor, pero téngase en cuenta que el grado medio de cobertura es muy elevado y representa un 99%, por lo que al decir que una zona está muy por debajo de la media estamos hablando de casos que superan el 95%.

Tabla 34. Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público

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



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

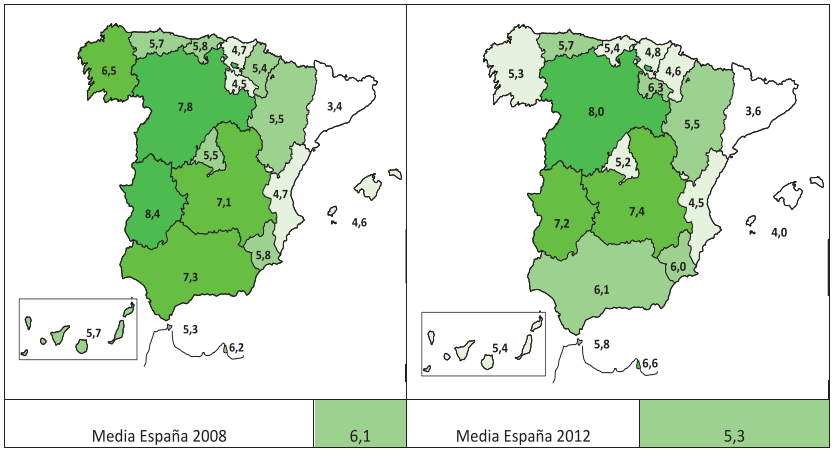
3.3. Indicadores sobre utilización de la atención sanitaria

El indicador sobre frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año ha experimentado un ligero aumento entre los años 2008 y 2012 a nivel estatal. Las comunidades autónomas que quedan muy por debajo de la media son Cataluña en el año 2008 y la misma autonomía acompañada de Baleares en el 2012. Castilla y León destaca como el territorio que queda más por encima de la media y mantiene esa posición en el 2012 mientras que Extremadura, que le acompañaba en esa posición en el 2008, pierde un grado en el 2012. En general, se aprecia una disminución de la frecuentación en diversas comunidades.

Tabla 35. Frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	7,3	7,1	6,4	6,2	6,1
Aragón	5,5	4,7	5,2	5,5	5,5
Asturias	5,7	5,3	4,7	5,8	5,7
Baleares	4,6	4,4	4,3	4,3	4,0
Canarias	5,7	5,7	5,4	5,5	5,4
Cantabria	5,8	5,8	5,9	5,9	5,4
Castilla La Mancha	7,1	7,0	7,3	7,5	7,4
Castilla León	7,8	7,8	7,9	8,1	8,0
Cataluña	,,,	3,4	4,2	4,0	3,6
C Valenciana	4,7	5,0	4,7	4,8	4,5
Extremadura	8,4	8,3	6,7	7,3	7,2
Galicia	6,5	6,1	5,8	5,5	5,3
Madrid	5,5	5,7	5,4	5,4	5,2
Murcia	5,8	5,9	5,9	7,1	6,0
Navarra	5,4	5,2	4,7	4,7	4,6
País vasco	4,7	3,9	3,9	4,2	4,8
Rioja	4,5	5,2	3,2	5,9	6,3
Ceuta	5,3	5,2	5,4	5,8	,,,
Melilla	6,2	6,2	5,7	6,6	,,,
España	6,1	5,6	5,4	5,5	5,3

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



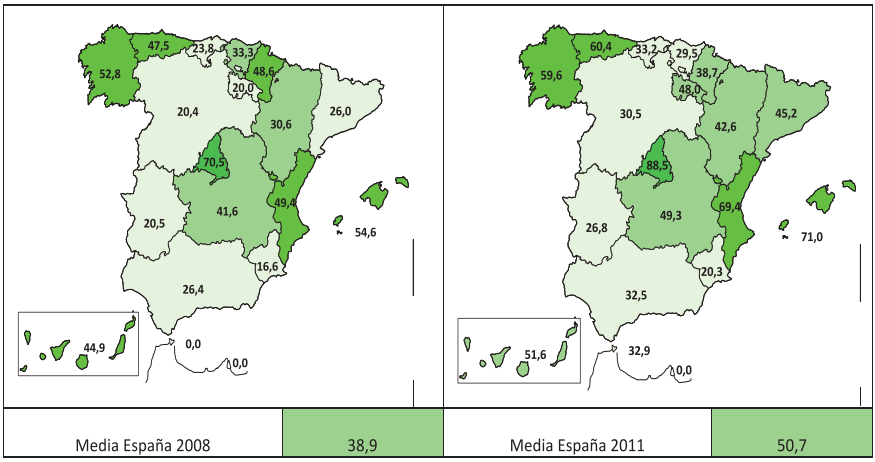
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

La tasa de uso de resonancia magnética ha experimentado un notable incremento a nivel estatal entre los años 2008 y 2011. Por consiguiente, a pesar de ser una prueba de coste elevado y a pesar de estar hablando del período más álgido de la crisis, en general, las administraciones autonómicas no han escatimado esfuerzos por utilizar este medio de diagnóstico tan necesario. Así, salvo los casos de Cantabria, Navarra, País Vasco. En el mapa del año 2011 destaca Madrid como el territorio más desmarcado de la media por encima y Melilla como la ciudad autónoma que o bien no parece contar con cobertura para este servicio o bien no hay datos acerca del mismo o de su posible concertación a través de la sanidad privada.

Tabla 36. Tasas de uso de resonancia magnética por 1000 habitantes/año

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	26,4	26,9	30,0	32,5
Aragón	30,6	31,5	37,1	42,6
Asturias	47,5	51,2	57,2	60,4
Baleares	54,6	58,6	64,2	71,0
Canarias	44,9	44,2	49,8	51,6
Cantabria	23,8	31,3	34,2	33,2
Castilla La Mancha	41,6	46,1	48,6	49,3
Castilla León	20,4	22,6	27,0	30,5
Cataluña	26,0	29,9	43,1	45,2
C Valenciana	49,4	56,9	64,9	69,4
Extremadura	20,5	25,1	24,6	26,8
Galicia	52,8	65,4	57,5	59,6
Madrid	70,5	79,0	86,7	88,5
Murcia	16,6	18,1	18,3	20,3
Navarra	48,6	45,0	41,7	38,7
País vasco	33,3	32,3	29,5	29,5
Rioja	20,0	23,8	47,7	48,0
Ceuta	0,0	,,,	21,7	32,9
Melilla	0,0	,,,	0,0	0,0
España	38,9	43,1	48,3	50,7

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



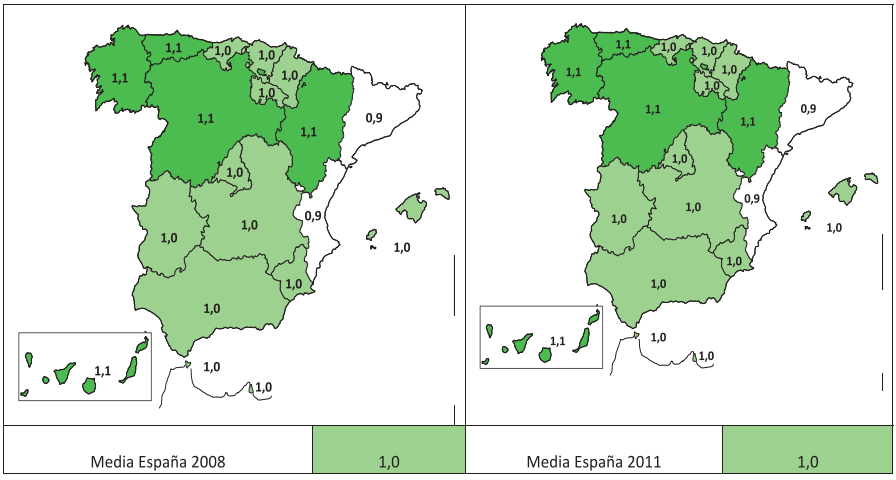
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

La media del índice de la estancia media ajustada en hospitales ha permanecido estable entre los años 2008 y 2011 a nivel estatal y también en las autonomías. En los mapas tan sólo destacan las comunidades Valenciana y Cataluña como zonas en que dicha estancia está por debajo de la media. El resto de autonomías está en la media o por encima de ella. Al no haber evolución, no has otros aspectos a comentar acerca de este indicador salvo la intensificación y consolidación de la tendencia a establecer estancias lo más cortas posible en los centros hospitalarios iniciada hace ya algunos años.

Tabla 37. Índice de la estancia media ajustado (IEMA)

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	1,0	1,0	1,0	1,0
Aragón	1,1	1,1	1,1	1,1
Asturias	1,1	1,1	1,1	1,1
Baleares	1,0	1,0	1,0	1,0
Canarias	1,1	1,1	1,1	1,1
Cantabria	1,0	1,0	1,0	1,0
Castilla La Mancha	1,0	1,0	1,0	1,0
Castilla León	1,1	1,1	1,1	1,1
Cataluña	0,9	0,9	0,9	0,9
C Valenciana	0,9	0,9	0,9	0,9
Extremadura	1,0	1,0	1,0	1,0
Galicia	1,1	1,1	1,1	1,1
Madrid	1,0	1,0	1,0	1,0
Murcia	1,0	1,0	1,0	1,0
Navarra	1,0	1,0	1,0	1,0
País vasco	1,0	1,0	1,0	1,0
Rioja	1,0	1,0	1,0	1,0
Ceuta	1,0	1,0	1,0	1,0
Melilla	1,0	1,0	1,0	1,0
España	1,0	1,0	1,0	1,0

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



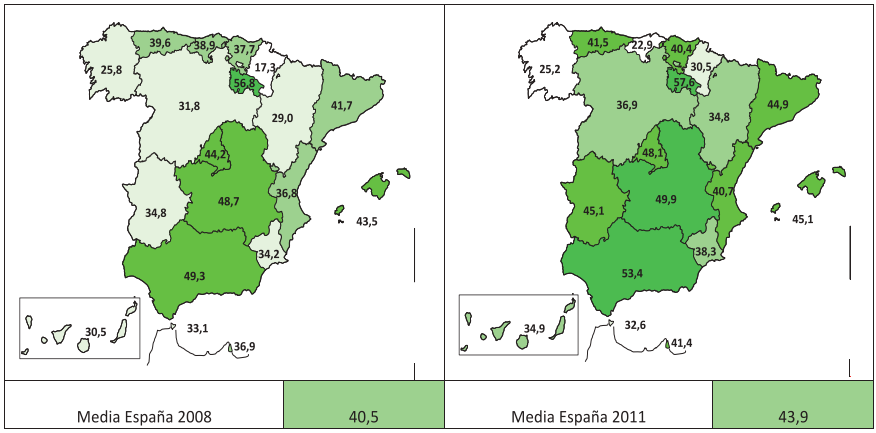
uente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

El porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS ha aumentado entre los años 2008 y 2011 a nivel estatal y también autonómico salvo en el caso de Cantabria, Galicia y Ceuta. Navarra experimenta un aumento destacado respecto de su situación en el año 2008. La Rioja, Castilla la Mancha y Andalucía son los territorios que quedan más por encima de la media y Galicia y Cantabria los que quedan más por debajo, todo ello en el año 2011. La apertura de nuevos centros hospitalarios en algunas de estas zonas puede estar detrás de algunos de los incrementos.

Tabla 38. Porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	49,3	51,4	52,2	53,4
Aragón	29,0	32,0	33,3	34,8
Asturias	39,6	39,4	41,1	41,5
Baleares	43,5	44,9	43,4	45,1
Canarias	30,5	31,1	32,0	34,9
Cantabria	38,9	37,6	35,5	22,9
Castilla La Mancha	48,7	50,1	49,5	49,9
Castilla León	31,8	33,8	35,3	36,9
Cataluña	41,7	43,0	44,0	44,9
C Valenciana	36,8	38,6	40,5	40,7
Extremadura	34,8	42,3	43,6	45,1
Galicia	25,8	23,9	22,6	25,2
Madrid	44,2	46,6	46,9	48,1
Murcia	34,2	38,2	39,2	38,3
Navarra	17,3	29,8	31,9	30,5
País vasco	37,7	38,6	39,1	40,4
Rioja	56,8	58,2	58,0	57,6
Ceuta	33,1	32,6	31,8	32,6
Melilla	36,9	39,3	42,0	41,4
España	40,5	42,3	43,0	43,9

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



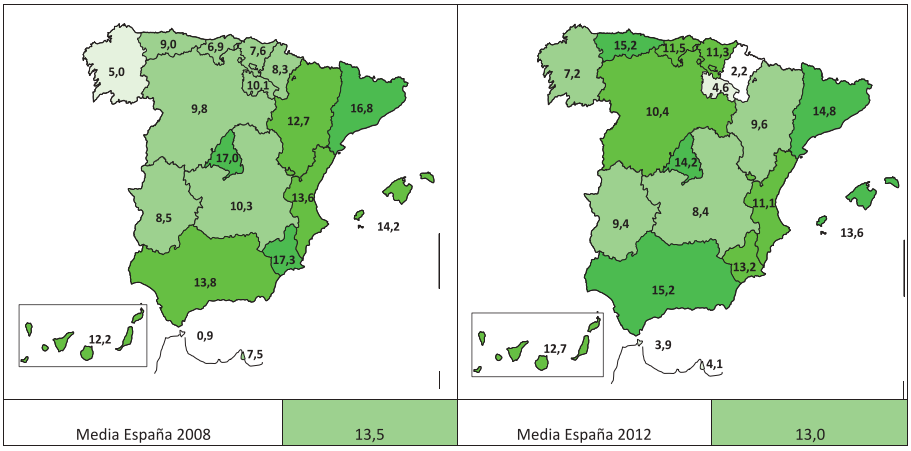
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

La incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años ha experimentado un ligero retroceso entre los años 2008 y 2012 a nivel estatal. El año 2008, las autonomías con incidencias bastante superiores a la media fueron Cataluña, Madrid y Murcia. En el 2012 destacan en estas posiciones Cataluña, Madrid, Asturias, Baleares y Andalucía. Es importante señalar la baja incidencia de Ceuta y Melilla en todos los años y la de Navarra en el 2012. En el caso de las dos ciudades autónomas, el trasfondo cultural puede estar jugando un papel muy determinante, mientras que en el caso de Navarra sería interesante conocer la causa de este cambio positivo para saber si las medidas dedicadas a tratar este tema tan sensible pueden trasladarse a otras autonomías.

Tabla 39. Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	13,8	13,8	14,1	15,7	15,2
Aragón	12,7	10,3	10,4	11,5	9,6
Asturias	9,0	9,9	10,7	14,7	15,2
Baleares	14,2	13,6	13,0	14,4	13,6
Canarias	12,2	10,9	10,8	13,8	12,7
Cantabria	6,9	8,8	9,3	11,1	11,5
Castilla La Mancha	10,3	9,0	9,3	9,4	8,4
Castilla León	9,8	8,7	9,7	11,2	10,4
Cataluña	16,8	16,0	15,4	14,5	14,8
C Valenciana	13,6	12,1	12,9	12,6	11,1
Extremadura	8,5	8,0	8,9	9,5	9,4
Galicia	5,0	7,9	8,7	8,2	7,2
Madrid	17,0	14,7	14,9	15,1	14,2
Murcia	17,3	14,8	14,1	14,7	13,2
Navarra	8,3	6,9	9,7	8,5	2,2
País vasco	7,6	7,2	9,1	10,5	11,3
Rioja	10,1	6,5	9,3	11,4	4,6
Ceuta	0,9	0,4	0,8	1,3	3,9
Melilla	7,5	7,0	11,3	7,1	4,1
España	13,5	12,7	13,1	13,7	13,0

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



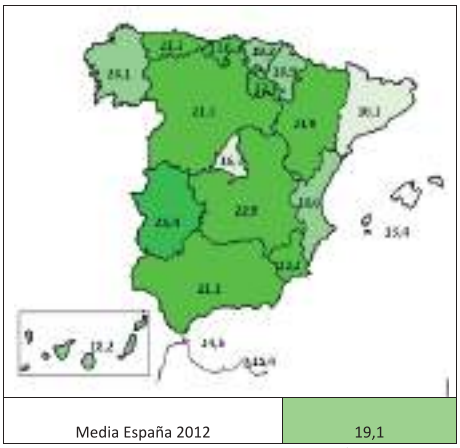
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

La variabilidad de la prescripción de antibióticos en atención primaria de los sectores sanitarios ha pasado a ser un indicador complementario importante desde que se ha desatado la controversia en torno al abuso de su prescripción y utilización. Su reciente incorporación al sistema de indicadores justifica que sólo se disponga de datos recientes por autonomías para el año 2012. La situación que describe el mapa de dicho año es de disparidad entre las autonomías con una media de 19,1 para España, un mínimo de 13,4 en Baleares y un máximo de 25,4 en Extremadura. La mayoría de las autonomías queda por encima de la media, por lo que, si continúa la tendencia a reducir su prescripción es de esperar una evolución negativa para los próximos años en todos los territorios.

Tabla 40. DHD de antibióticos

Territorio	Año 2012
Andalucía	21,1
Aragón	21,9
Asturias	21,3
Baleares	13,4
Canarias	18,2
Cantabria	23,0
Castilla La Mancha	22,9
Castilla León	21,3
Cataluña	16,1
C Valenciana	18,6
Extremadura	25,4
Galicia	20,1
Madrid	16,3
Murcia	22,2
Navarra	18,9
País vasco	19,2
Rioja	22,6
Ceuta	14,6
Melilla	15,4
España	19,1

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



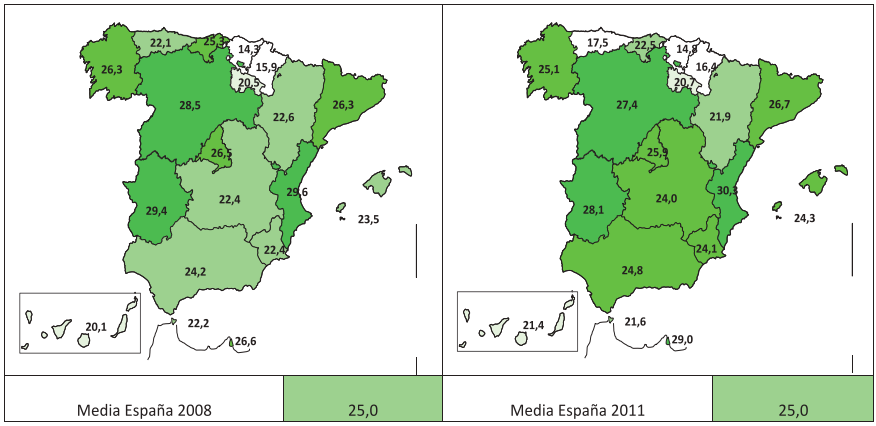
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

El balance de la tasa de cesáreas en el período 2008-2011 es de estabilidad en el ámbito estatal. Tanto en el año 2008 como en el 2011, las autonomías con tasas bastante superiores a la media son Castilla y León, Extremadura y la Comunidad Valenciana. En el año 2011 se percibe, respecto del 2008, un aumento de comunidades que quedan por encima de la media, por lo que, dado que la tasa estatal se mantiene, hay que concluir que en alguna zonas se ha intensificado esta intervención mientras que en otras ha disminuido. Asturias y Ceuta están en este último caso. La propensión a retrasar la edad de la maternidad puede ser una de las causas de los aumentos que se dan en el resto de zonas, si bien habría que analizar este fenómeno en profundidad para extraer conclusiones rigurosas.

Tabla 41. Tasa de cesáreas

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	24,2	24,8	24,7	24,8
Aragón	22,6	22,0	21,4	21,9
Asturias	22,1	21,9	19,8	17,5
Baleares	23,5	23,9	23,7	24,3
Canarias	20,1	20,3	20,8	21,4
Cantabria	25,3	25,4	23,4	22,5
Castilla La Mancha	22,4	23,2	23,3	24,0
Castilla León	28,5	27,9	27,9	27,4
Cataluña	26,3	26,8	26,7	26,7
C Valenciana	29,6	30,0	30,2	30,3
Extremadura	29,4	29,2	28,5	28,1
Galicia	26,3	26,0	25,5	25,1
Madrid	26,5	26,8	27,2	25,9
Murcia	22,4	24,0	24,1	24,1
Navarra	15,9	16,5	16,5	16,4
País vasco	14,3	14,4	14,8	14,8
Rioja	20,5	19,7	20,5	20,7
Ceuta	22,2	23,2	22,5	21,6
Melilla	26,6	27,7	28,0	29,0
España	25,0	25,3	25,3	25,0

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



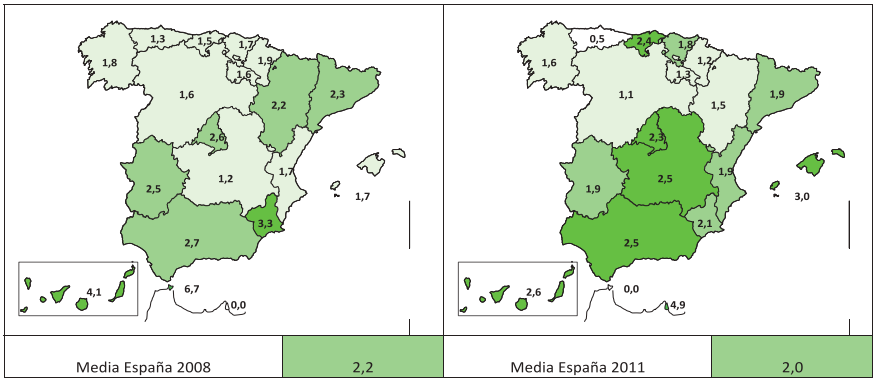
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

El porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas ha disminuido entre los años 2008 y 2011. Este dato esperanzador, parece ratificar los progresos en el tratamiento de cáncer de mama y la disposición cada vez más relevante de terapias alternativas. El caso más llamativo es el de Asturias, con una reducción de este porcentaje a menos de la mitad del que tenía en 2008. En 2011 son siete las autonomías que quedan por encima de la media pero no en el grado más alejado, por lo que la tendencia sugiere la posibilidad de convergencia hacia tasas menores a medio plazo.

Tabla 42. Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	2,7	2,7	2,9	2,5
Aragón	2,2	1,6	1,0	1,5
Asturias	1,3	0,9	1,2	0,5
Baleares	1,7	2,3	2,2	3,0
Canarias	4,1	2,8	3,0	2,6
Cantabria	1,5	0,9	2,1	2,4
Castilla La Mancha	1,2	1,5	1,9	2,5
Castilla León	1,6	1,4	1,7	1,1
Cataluña	2,3	1,9	2,0	1,9
C Valenciana	1,7	1,9	1,6	1,9
Extremadura	2,5	2,2	1,2	1,9
Galicia	1,8	1,3	1,4	1,6
Madrid	2,6	2,7	2,8	2,3
Murcia	3,3	4,0	3,4	2,1
Navarra	1,9	1,1	2,1	1,2
País vasco	1,7	1,8	0,9	1,8
Rioja	1,6	2,8	2,4	1,3
Ceuta	6,7	3,1	0,0	0,0
Melilla	0,0	2,6	7,7	4,9
España	2,2	2,1	2,1	2,0

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



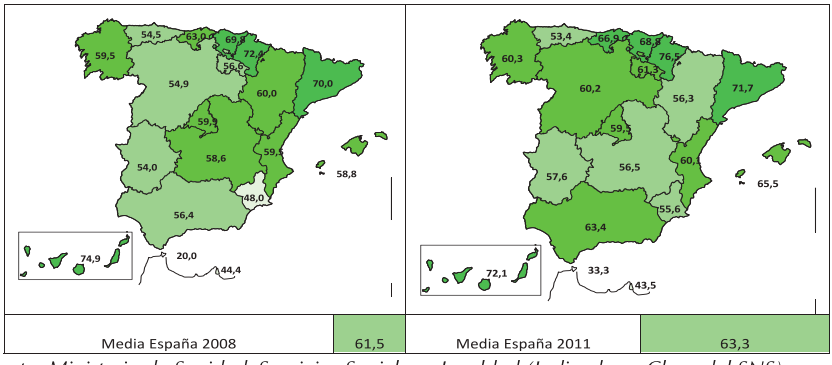
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Complementando lo anterior, el porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama ha aumentado a nivel estatal y, salvo Ceuta y Melilla, en el año 2011 todas las autonomías estaban en la media o por encima de ella acerca de este indicador.

Tabla 43. Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	56,4	60,9	61,9	63,4
Aragón	60,0	55,8	62,2	56,3
Asturias	54,5	56,3	55,5	53,4
Baleares	58,8	61,6	60,7	65,5
Canarias	74,9	71,0	71,9	72,1
Cantabria	63,0	64,0	69,4	66,9
Castilla La Mancha	58,6	57,7	56,9	56,5
Castilla León	54,9	58,5	56,8	60,2
Cataluña	70,0	70,2	72,4	71,7
C Valenciana	59,5	63,3	61,2	60,1
Extremadura	54,0	60,6	55,4	57,6
Galicia	59,5	60,4	61,3	60,3
Madrid	59,9	59,0	58,0	59,5
Murcia	48,0	46,0	50,3	55,6
Navarra	72,4	67,3	71,2	76,5
País vasco	69,8	67,7	66,5	68,8
Rioja	56,6	48,1	61,9	61,3
Ceuta	20,0	14,3	58,3	33,3
Melilla	44,4	38,5	33,3	43,5
España	61,5	62,4	63,0	63,3

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



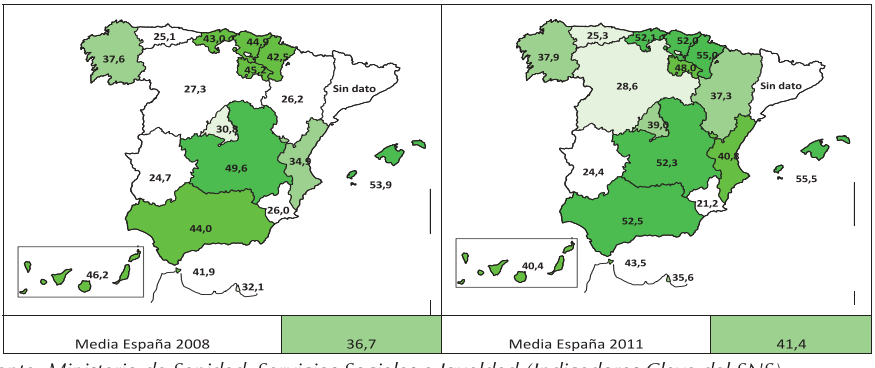
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Otro importante indicador, por cuanto su importancia se acrecienta a medida que envejece la población española, es el porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas. Dado que la esperanza de vida ha aumentado en los últimos años, es lógico pensar que este porcentaje vaya en aumento puesto que es una de las lesiones más frecuentes en personas mayores. Actualmente, incluso en personas de edad muy avanzada, la intervención se realiza con una elevada tasa de éxito, lo que sugiere que seguirá practicándose con la profusión necesaria si las condiciones de los pacientes para ello lo permiten. Ratificando lo comentado, los datos ponen de manifiesto un importante aumento de este tipo de intervenciones a nivel estatal y también autonómico. Así, en el año 2008 había más autonomías muy por debajo de la media, mientras que en el año 2011 sólo están en este caso Extremadura y Murcia. Téngase en cuenta que no hay datos para Cataluña. Frente a este resultado, surge otra interesante pregunta de investigación: ¿Por qué Murcia y Extremadura muestran una situación tan diferente del resto de autonomías acerca de este tema? ¿Se debe a las características de la población o a las políticas sanitarias?

Tabla 44. Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	44,0	42,5	46,2	52,5
Aragón	26,2	28,2	34,4	37,3
Asturias	25,1	22,9	24,9	25,3
Baleares	53,9	59,9	61,6	55,5
Canarias	46,2	47,7	40,2	40,4
Cantabria	43,0	50,5	54,2	52,1
Castilla La Mancha	49,6	51,7	52,3	52,3
Castilla León	27,3	27,6	29,1	28,6
Cataluña	,,,	,,,	,,,	,,,
C Valenciana	34,9	32,9	39,2	40,8
Extremadura	24,7	22,0	22,1	24,4
Galicia	37,6	37,5	35,1	37,9
Madrid	30,8	33,0	39,1	39,0
Murcia	26,0	25,5	22,0	21,2
Navarra	42,5	52,0	58,5	55,0
País vasco	44,9	46,2	57,2	52,0
Rioja	45,2	46,5	47,1	48,0
Ceuta	41,9	35,2	41,8	43,5
Melilla	32,1	57,9	36,6	35,6
España	36,7	37,1	40,5	41,4

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



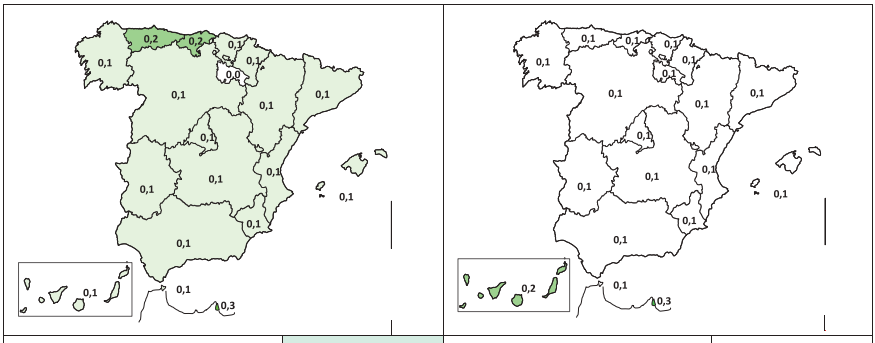
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

La tasa de amputaciones de miembro inferior en pacientes diabéticos se ha mantenido estable a nivel estatal durante todo el período 2008-2011. Por autonomías destacan Canarias y Melilla con tasas más elevadas que el resto, especialmente la ciudad autónoma. El dato sugiere que se trata de una pregunta de investigación interesante el analizar la causa de esta diferencia. Asimismo, es interesante ver que, en el año 2008, no se dieron casos en La Rioja, lo que hizo que fuese la única comunidad por debajo de la media.

Tabla 45. Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	0,1	0,1	0,1	0,1
Aragón	0,1	0,1	0,1	0,1
Asturias	0,2	0,2	0,2	0,1
Baleares	0,1	0,1	0,1	0,1
Canarias	0,1	0,2	0,1	0,2
Cantabria	0,2	0,1	0,1	0,1
Castilla La Mancha	0,1	0,1	0,1	0,1
Castilla León	0,1	0,1	0,1	0,1
Cataluña	0,1	0,1	0,1	0,1
C Valenciana	0,1	0,1	0,1	0,1
Extremadura	0,1	0,1	0,1	0,1
Galicia	0,1	0,1	0,1	0,1
Madrid	0,1	0,1	0,1	0,1
Murcia	0,1	0,1	0,1	0,1
Navarra	0,1	0,1	0,1	0,1
País vasco	0,1	0,1	0,1	0,1
Rioja	0,0	0,1	0,1	0,1
Ceuta	0,1	0,2	0,3	0,1
Melilla	0,3	0,3	0,2	0,3
España	0,1	0,1	0,1	0,1

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



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

3.4. Algunos indicadores sobre calidad y resultados de la atención sanitaria

Este apartado se inicia con los resultados acerca de los tiempos medios de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes y para consultas especializadas. En este caso solo se dispone de la serie temporal para España en su conjunto no habiendo sido posible recabar datos autonómicos. La primera serie muestra una progresión descendente entre los años 2008 y 2010 que cambia de tendencia en el punto de inflexión que se produce el año 2011 para finalizar con el peor dato de la serie: 76 días. Los cambios sugieren que se puede atribuir a la agudización de la crisis y a los recortes presupuestarios en sanidad el hecho de que el indicador empeore tan drásticamente. Sin embargo, sin una investigación específica resulta arriesgado extraer esta conclusión sin mayor fundamento.

Tabla 46. Tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
España	71,4	69,7	65,0	73,0	76,0

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

La serie sobre los tiempos medios de espera para consultas especializadas muestra una evolución más optimista en su conjunto, pues tras dos años de estabilidad disminuyó el tiempo medio de espera para volver a aumentar y, finalmente disminuir de nuevo estabilizándose en 53 días. Se trata de un indicador escasamente satisfactorio, al igual que el de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes, pero el hecho de no disponer de datos regionales no permite dilucidar si esta situación es homogénea o no y, en ese caso, analizar las componentes de la variabilidad.

Tabla 47. Tiempos de espera para consultas especializadas

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
España	59,0	59,0	53,2	57,7	53,0

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

Seguidamente, se proporcionan los datos y mapa comparativo de los años 2008 y 2012 de otro indicador complementario que está ganando relevancia

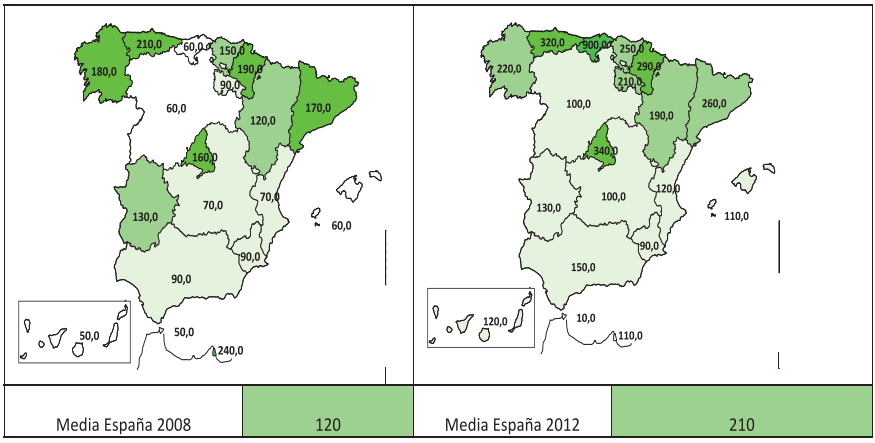
debido a diversos factores. Se trata de la tasa de notificación de reacciones adversas graves a medicamentos, que se da por millón de habitantes. Entre los factores que están haciendo ganar relevancia a este indicador cabe mencionar el aumento de casos de auto-medicación sin control que pueden dar como resultado este problema, así como el impacto de los estilos de vida y la forma en que se desarrolla la vida laboral (e incuso estudiantil) de las personas que, en una elevada proporción comparten entornos con muchas otras personas, se ven sometidos a aire acondicionado, consumo de comida poco saludable, y niveles de ruido y estrés que pueden estar detrás de algunas de estas reacciones. Por último, no hay que olvidar que la lista de fármacos y sus componentes no cesa de aumentar, lo cual, incluso a pesar de los controles de aprobación, no impide que aumente la probabilidad de que haya más personas que desarrollen reacciones adversas. En cualquier caso, los datos ponen de manifiesto que se ha dado un aumento espectacular de este indicador entre los años 2008 y 2012, no sólo a nivel estatal sino en la mayoría de autonomías.

Así, salvo el caso de Extremadura y Murcia que arrojan un balance neutro al final del período y de Ceuta y Melilla cuyos datos son tan variables que resulta difícil su interpretación, en el resto de autonomías aumenta el indicador de forma significativa. El caso más extremo se produce en Cantabria que pasa, de ser una de las autonomías más por debajo de la media en el año 2008 a ser la que está más por encima en el año 2011. En ese mismo año, le siguen Madrid, Navarra y Asturias.

Tabla 48. Notificación de reacciones adversas graves a medicamentos (Tasa por 1000000)

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	90,0	120,0	120,0	110,0	150,0
Aragón	120,0	160,0	90,0	110,0	190,0
Asturias	210,0	240,0	140,0	100,0	320,0
Baleares	60,0	80,0	100,0	130,0	110,0
Canarias	50,0	80,0	90,0	100,0	120,0
Cantabria	60,0	300,0	170,0	260,0	900,0
Castilla La Mancha	70,0	70,0	70,0	80,0	100,0
Castilla León	60,0	90,0	80,0	90,0	100,0
Cataluña	170,0	160,0	190,0	200,0	260,0
C Valenciana	70,0	100,0	80,0	90,0	120,0
Extremadura	130,0	60,0	150,0	100,0	130,0
Galicia	180,0	210,0	180,0	310,0	220,0
Madrid	160,0	220,0	280,0	300,0	340,0
Murcia	90,0	100,0	80,0	110,0	90,0
Navarra	190,0	190,0	250,0	250,0	290,0
País vasco	150,0	210,0	180,0	140,0	250,0
Rioja	90,0	130,0	90,0	120,0	210,0
Ceuta	50,0	240,0	120,0	10,0	10,0
Melilla	240,0	50,0	0,0	0,0	110,0
España	120,0	150,0	150,0	160,0	210,0

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



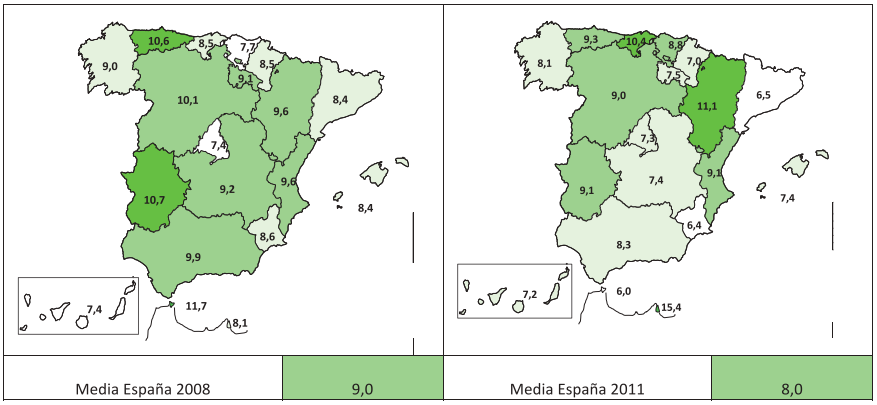
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

A continuación se muestran los datos referentes a la tasa de mortalidad intrahospitalaria pos infarto. El balance a nivel estatal es positivo ya que arroja una disminución entre los años 2008 y 2011. Por comunidades autónomas el mapa de situación del año 2008 era peor que el de 2011 con tres autonomías por encima de la media. El año 2011, la media es inferior y hay también tres autonomías por encima de la media, pero lo positivo es que hay bastantes más que en el año 2008 por debajo de ella. En el 2011, Cataluña, Ceuta y Murcia destacan como las zonas que quedan más por debajo de la media.

Tabla 49. Mortalidad intrahospitalaria post- infarto por cada 100 altas por infarto

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	9,9	9,0	8,9	8,3
Aragón	9,6	10,5	11,9	11,1
Asturias	10,6	10,6	9,4	9,3
Baleares	8,4	8,6	7,0	7,4
Canarias	7,4	6,6	7,2	7,2
Cantabria	8,5	8,3	8,8	10,4
Castilla La Mancha	9,2	7,3	8,3	7,4
Castilla León	10,1	9,4	8,7	9,0
Cataluña	8,4	7,9	7,6	6,5
C Valenciana	9,6	8,9	9,5	9,1
Extremadura	10,7	9,9	9,2	9,1
Galicia	9,0	7,7	7,5	8,1
Madrid	7,4	7,2	7,2	7,3
Murcia	8,6	8,7	8,5	6,4
Navarra	8,5	6,1	5,1	7,0
País vasco	7,7	8,7	7,8	8,8
Rioja	9,1	10,4	8,1	7,5
Ceuta	11,7	3,5	10,7	6,0
Melilla	8,1	14,8	17,6	15,4
España	9,0	8,5	8,4	8,0

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



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

SÍNTESIS 4: Sistema Sanitario

La menor cobertura generalizada de vacunación frente a la gripe para mayores de 65 ha supuesto una disminución de la media que ha pasado del 65,4% en el año 2008 a un 57% en el año 2012. Esta tendencia ha sido más acusada en el las Autonomías con climas más benignos y podría relacionarse con ajustes presupuestarios debidos a la crisis.

La prevención del cáncer de mama mediante mamografía no parece haberse visto afectada por los ajustes a nivel estatal habiendo pasado de un 72% de cobertura en el año 2009 a un 77,1% en el año 2011. Sin embargo, este impacto estuvo lejos de ser uniforme y 10 Autonomías quedaron por debajo de esta media, destacando Ceuta y Melilla con tasas por debajo del 41%.

En cuanto a recursos, se apreció bastante estabilidad acerca del personal médico de AP por cada 1000 personas asignadas, disminuyendo sólo en Melilla y quedando Baleares por debajo de la media nacional. En cambio, disminuyó el número de camas hospitalarias en funcionamiento por cada 1000 habitantes, con una media final de 3,1, salvo en los casos de Castilla y León y Murcia, todo ello, entre los años 2008 y 2011.

Entre los años 2008 y 2011 aumentaron por término medio los puestos de hospital de día por 1000 habitantes en 7 Autonomías bajando en el resto. Cantabria destaca por sufrir un fuerte descenso en el período, pasando de 0,7 a 0,4, si bien, la media nacional se situó en 0,3.

Los equipos de hemodinámica disminuyeron en Baleares y en el País Vasco en el mismo período, y Ceuta y Melilla aparecieron como zonas sin cobertura de este servicio.

El grado de cobertura del sistema sanitario era del 99% en el año 2011 y prácticamente todos los territorios se aproximaban a esta cifra. En contraste, la frecuentación en medicina de AP tendió a disminuir en 9 Autonomías entre el año 2008 y el 2011.

El uso de resonancia magnética ha tendido a aumentar alcanzando una media de 50,7 en el ámbito nacional. Madrid es la zona que más se desmarca del resto en este apartado, con una media de 88,5 casos por 1000 habitantes.

Otros análisis del período 2008-2011 muestran que el IEMA se ha mantenido estable durante el período, destacando Cataluña y la C. Valenciana como las zonas en que queda por debajo de la media (0,9 frente a 1). Por otro lado, la cirugía ambulatoria ha aumentado salvo en Ceuta y Cantabria, si bien, han disminuido las histerectomías en mujeres de menos de 35 años, aumentando en cambio la cirugía conservadora de la mama y la de fractura de cadera, si bien con dos casos que se distancian de la media por debajo: Extremadura y Murcia.

La tasa de amputaciones de miembro inferior en pacientes diabéticos se ha mantenido estable a nivel estatal durante todo el período 2008-2011, destacando como casos de tasas muy por encima de la media Canarias y Melilla.

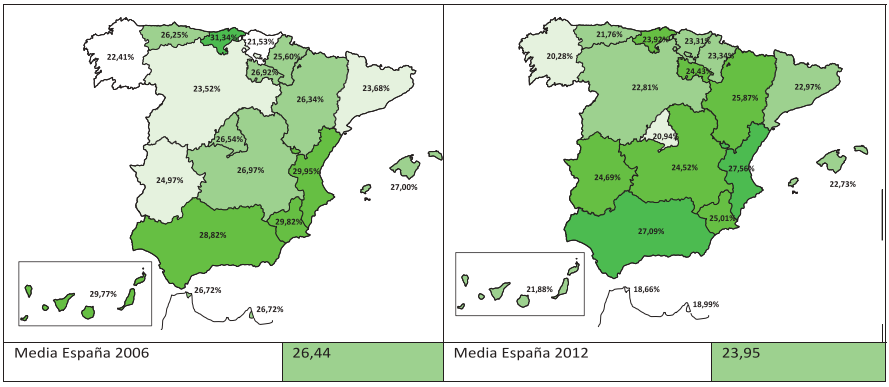
El tiempo medio de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes ha empeorado entre los años 2008 y 2012 pasando de 71,4 a 76. El dato aparece como una posible consecuencia de los ajustes debidos a la situación de crisis, pero se necesita más información para contrastar esta hipótesis, ya que, en el caso de los tiempos de espera para consulta especializada no se observa el mismo fenómeno, sino una mejoría.

4
Determinantes

4.1. Indicadores sobre tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y sobrepeso

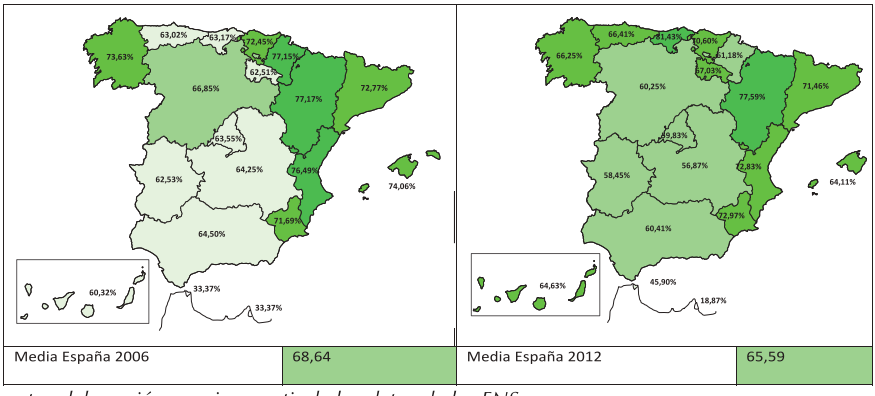
Los siguientes mapas muestran la variación de la situación en cuatro determinantes de salud como son los porcentajes de población de 16 y más años que se declara fumadora diaria o consumidora de alcohol y los porcentajes de población con obesidad y sobrepeso.

Tabla 50. Porcentaje de población de ≥16 años que se declara fumadora diaria 2006 y 2012 en las distintas CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de las ENS

Tabla 51. Porcentaje de población de ≥16 años que declara haber consumido alcohol en los últimos doce meses previos a la ENS del 2006 y del 2012 en las distintas CC.AA.



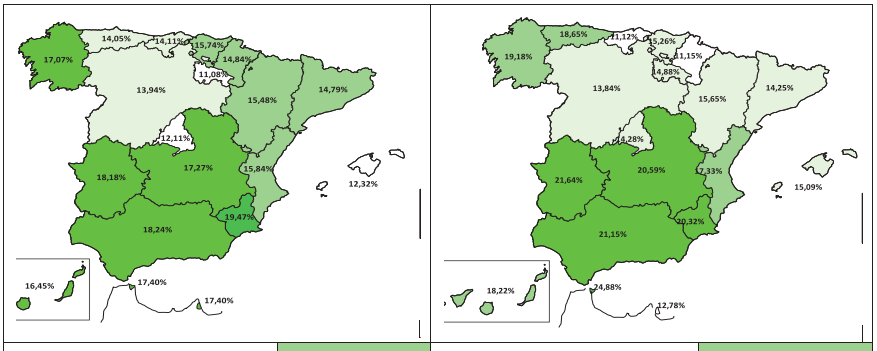
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las ENS

Los resultados en este apartado son optimistas en cuanto al tabaquismo dado que se percibe una disminución significativa de las declaraciones de fumadores entre los años 2006 y 2012. No obstante, la variabilidad entre autonomías es elevada y las comunidades autónomas de Andalucía y Valencia siguen mostrando porcentajes elevado y bastante por encima de la media española del año 2012. La legislación anti tabaco ha tenido un fuerte impacto, no cabe duda de ello, pero aún falta mucho para alcanzar cotas inferiores al 25% de la población en bastantes zonas de España.

En el caso del consumo de alcohol también se da una disminución del porcentaje de consumidores pero la tasa sigue siendo muy elevada y prácticamente del 66% para el conjunto de España. Las autonomías donde es más acusado este problema fueron Navarra, Aragón y la Comunidad valenciana en el año 2008 y Aragón y Cantabria en el año 2012, con porcentajes superiores al 75%. Sin embargo hay otras zonas donde se supera la media, de forma que tan sólo en Melilla (por su trasfondo socio-cultural) arroja una tasa realmente moderada.

Por otro lado, la obesidad es un problema que tiende a agudizarse, de forma que la media española del porcentaje de población que la padece ha aumentado más de un punto y medio porcentual entre los años 2006 y 2012. Por autonomías, el año 2006 Murcia estaba muy por encima de la media y Galicia, Extremadura, Castilla La Mancha, Andalucía, Ceuta y Melilla algo por encima. Madrid y La Rioja destacaban como las zonas de tasas más moderadas. En cambio en el año 2012, las zonas de tasas más moderadas fueron Cantabria, Navarra y Melilla, pero con una media estatal más elevada. Cabe destacar que ninguna autonomía se desmarca muy por encima de dicha media. Con todo, se trata de un problema que va a más y acerca del cual resulta crítico el diseño de campañas y de políticas que permitan a la población mejorar sus estilos de vida atendiendo de forma prioritaria a sus hábitos de alimentación como fuente para una buena salud.

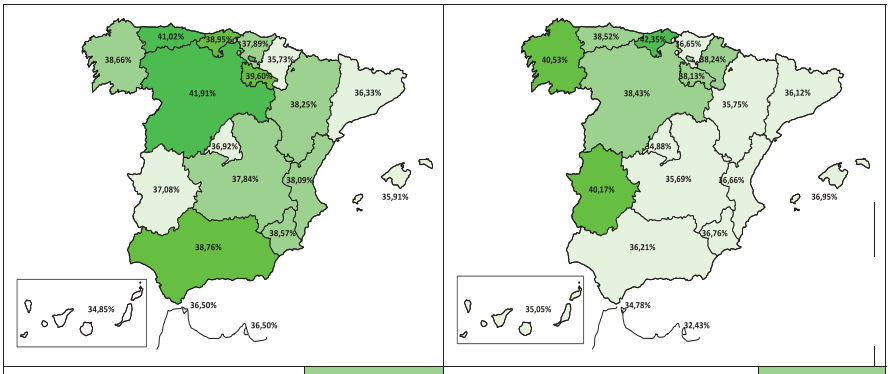
Tabla 52. Porcentaje de población con obesidad en la ENS del 2006 y del 2012 en las distintas CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de las ENS

Finalmente, en cuanto al sobrepeso, etapa que antecede a la obesidad, la situación es de disminución del porcentaje medio de prevalencia a nivel estatal. Por autonomías, teniendo en cuenta que la media disminuye, se puede afirmar que la fotografía del año 2012 es más optimista que la del año 2006. La comunidad que se desplaza más por encima de la media es Cantabria, quedando también por encima de la misma Galicia y Extremadura. Madrid pierde su posición hegemónica por debajo de la media que pasa a ser ostentada por Melilla pero queda, junto a otras once autonomías, por debajo de la media.

Tabla 53. Porcentaje de población con sobrepeso en la ENS del 2006 y del 2012 en las distintas CC.AA.



Media España 2006	37,8	Media España 2012	36,65

Fuente: elaboración propia a partir de las ENS

SÍNTESIS 5: Determinantes de la salud

Los resultados en el apartado de determinantes de la salud son optimistas en cuanto al tabaquismo ya que se ha dado una disminución significativa en la tasa de declaraciones de fumadores activos entre los años 2006 y 2012. Sin embargo, hay zonas de España que son más persistentes, como por ejemplo Andalucía y al Comunidad Valenciana, y aún falta mucho para lograr una mayoría de territorios con porcentajes inferiores al 25%.

La tasa de consumo de alcohol es preocupante ya que, a pesar de haber experimentado cierta disminución, todavía se mantiene en un nivel medio nacional en torno al 66% con zonas tan llamativas como Aragón y Navarra en que este porcentaje es superior al 75%.

La obesidad también está derivando en un problema de salud que tiende a aumentar al haber pasado la media nacional de un 15,56% a un

17,03% entre los años 2006 y 2012. Ese año, había 5 Autonomías por encima de la media y no parece que las condiciones de vida a las que se está acostumbrando la población (comer fuera de casa y no controlar la dieta de forma acertada) vayan a propiciar mejoras. La situación del sobrepeso, etapa que antecede a la obesidad es más positiva, pero la media no ha variado a la baja de forma ostensible entre los años 2006 y 2012.

5

La distribución territorial del gasto sanitario público

El gasto sanitario se divide en diversos apartados de los cuales en esta síntesis de indicadores se ofrece la evolución de los siguientes:

-Gasto sanitario público por persona protegida en función de cada territorio considerado. Su cálculo se lleva a cabo como cociente en el cual el numerador es el sumatorio del gasto sanitario total financiado por los gobiernos autonómicos y cuyo denominador es la población protegida.

-Porcentaje del gasto de los servicios primarios de salud: parte que corresponde a la financiación de los servicios de atención primaria.

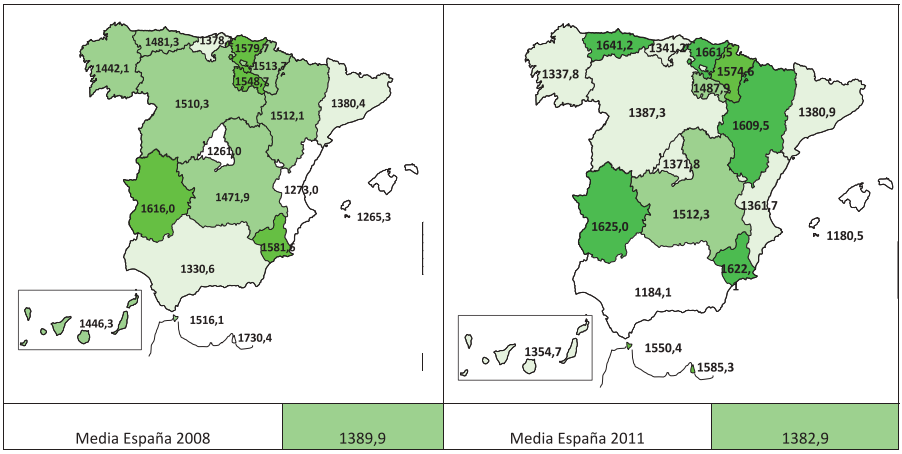
-Porcentaje del gasto sanitario destinado a farmacia y que ha sido financiado por el gobierno por cada persona protegida por el sistema sanitario público. El numerador consiste en el sumatorio de los gastos en recetas, reintegro de gastos farmacéuticos y otros productos suministrados a los hogares financiados por el gobierno en euros constantes y, el denominador es la cifra de población protegida por el sistema sanitario público.

El análisis de los datos pone de manifiesto que el gasto sanitario público territorializado por habitante protegido ha disminuido ligeramente en el conjunto estatal debido a que en algunas autonomías también ha decrecido. Están en este caso: Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla León, Galicia, La Rioja y Melilla. En el resto de zonas, este gasto ha aumentado. En el mapa de 2008, el País Vasco, La Rioja, Extremadura y Murcia estaban por encima de la media y Madrid, Valencia y Baleares bastante por debajo. El año 2011 Andalucía y Baleares son las que se encuentran en esta situación, mientras que hay cinco comunidades bastante por encima de la media.

Tabla 54. Gasto sanitario público territorializado por habitante protegido

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	1330,6	1310,5	1264,8	1184,1
Aragón	1512,1	1610,8	1562,4	1609,5
Asturias	1481,3	1661,8	1589,7	1641,2
Baleares	1265,3	1301,1	1464,0	1180,5
Canarias	1446,3	1494,3	1418,4	1354,7
Cantabria	1378,1	1429,1	1501,0	1341,2
Castilla La Mancha	1471,9	1592,7	1593,5	1512,3
Castilla León	1510,3	1472,1	1505,6	1387,3
Cataluña	1380,4	1449,5	1465,5	1380,9
C Valenciana	1273,0	1353,3	1380,8	1361,7
Extremadura	1616,0	1695,0	1666,5	1625,0
Galicia	1442,1	1507,1	1438,5	1337,8
Madrid	1261,0	1335,0	1207,1	1371,8
Murcia	1581,6	1646,2	1613,3	1622,1
Navarra	1513,7	1633,6	1606,2	1574,6
País vasco	1579,7	1692,1	1687,5	1661,5
Rioja	1548,7	1515,0	1516,9	1487,9
Ceuta	1516,1	1565,2	1567,8	1550,4
Melilla	1730,4	1723,7	1644,0	1585,3
España	1389,9	1444,7	1418,4	1382,9

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



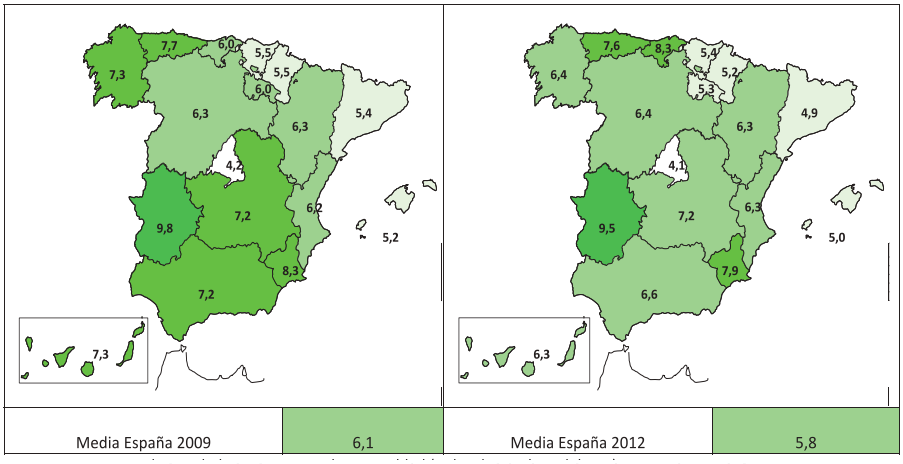
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Los datos de gasto sanitario público como porcentaje del PIB se han podido compilar para los años 2005, 2009 y 2012, no existiendo cifras para Ceuta y Melilla. La media española ha disminuido, igual que sucede con el resto de indicadores sobre gasto sanitario. Sin embargo, entre los años 2009 y 2012, Cantabria, Castilla y León han logrado aumentar esta cifra. En el resto de territorios se han producido disminuciones de diversa envergadura. Madrid era y siguió siendo la Comunidad más por debajo de la media española durante todo el período, mientras que Extremadura era la que estaba más por encima. La fotografía desvela cómo ha disminuido el número de autonomías que estaban por encima de la media en el 2009.

Tabla 55. Gasto sanitario público como porcentaje del PIB

Territorio	Año 2005	Año 2009	Año 2012
Andalucía	6,00	7,20	6,60
Aragón	5,20	6,30	6,30
Asturias	6,40	7,70	7,60
Baleares	4,70	5,20	5,00
Canarias	5,90	7,30	6,30
Cantabria	6,30	6,00	8,30
Castilla La Mancha	6,80	7,20	7,20
Castilla León	5,60	6,30	6,40
Cataluña	4,20	5,40	4,90
C Valenciana	5,30	6,50	6,30
Extremadura	8,00	9,80	9,50
Galicia	6,30	7,30	6,40
Madrid	3,50	4,20	4,10
Murcia	6,10	8,30	7,90
Navarra	4,50	5,50	5,20
País vasco	4,50	5,50	5,40
Rioja	5,30	6,00	5,30
Ceuta	.	.	.
Melilla	.	.	.
España	5,60	6,10	5,80

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



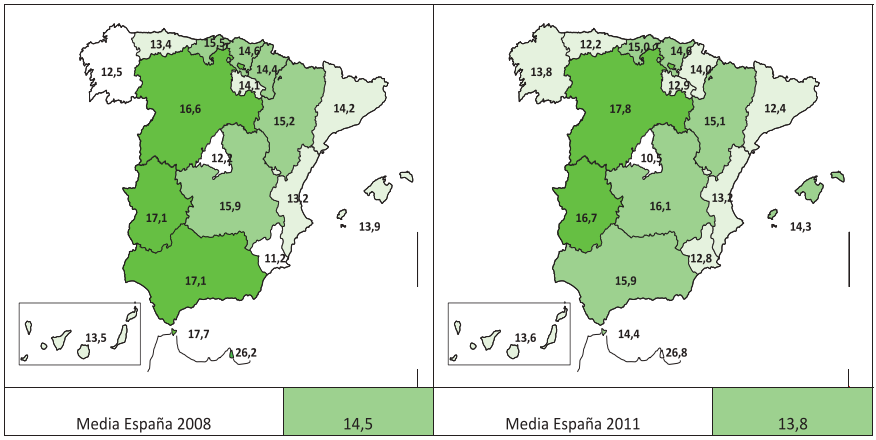
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

El porcentaje de gasto destinado a los servicios de atención primaria ha disminuido en cuanto a la media española entre los años 2008 y 2011. Sin embargo la situación relativa de las autonomías apenas ha variado entre ambos años. Madrid sigue en la posición más por debajo de la media mientras que Murcia y Galicia se aproximan más a ella. Navarra desciende un grado y, Baleares, se sitúa en la media. Melilla permanece estable a lo largo del período con un porcentaje muy superior al del resto de territorios y bastante por encima de la media española.

Tabla 56. Porcentaje del gasto de los servicios primarios de salud

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	17,1	16,2	16,0	15,9
Aragón	15,2	15,4	15,9	15,1
Asturias	13,4	11,6	12,3	12,2
Baleares	13,9	14,4	13,2	14,3
Canarias	13,5	13,6	13,5	13,6
Cantabria	15,5	15,3	13,4	15,0
Castilla La Mancha	15,9	15,8	15,9	16,1
Castilla León	16,6	18,5	17,3	17,8
Cataluña	14,2	14,0	13,4	12,4
C Valenciana	13,2	13,2	13,1	13,2
Extremadura	17,1	16,5	16,6	16,7
Galicia	12,5	13,1	13,1	13,8
Madrid	12,2	11,8	12,5	10,5
Murcia	11,2	12,1	12,5	12,8
Navarra	14,4	14,1	14,4	14,0
País vasco	14,6	14,8	14,8	14,6
Rioja	14,1	14,1	13,1	12,9
Ceuta	17,7	16,0	14,7	14,4
Melilla	26,2	26,7	26,6	26,8
España	14,5	14,3	14,2	13,8

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



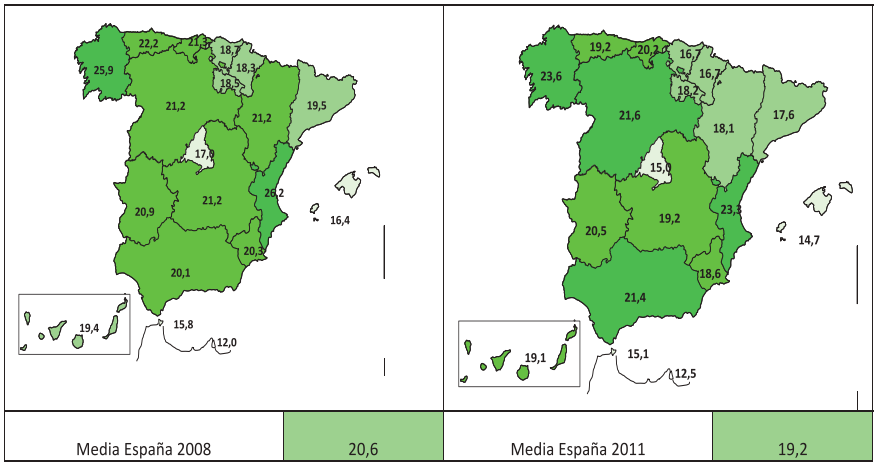
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

El siguiente indicador proporciona una visión de la evolución del porcentaje del gasto sanitario destinado a farmacia y que ha sido financiado por el gobierno por cada persona protegida por el sistema sanitario público. En conjunto, la media del porcentaje destinado a este gasto cae a nivel estatal, lo cual es lógico ante las medidas que se han tomado para reducir esta factura a lo largo de la crisis. El año 2008 Ceuta, Melilla, Baleares y Madrid eran las zonas que quedaban más por debajo de la media y Galicia y la Comunidad Valenciana más por encima. En el año 2011 se añaden a esta situación Castilla y León y Andalucía, quedando Ceuta, Melilla, Madrid y Baleares como las zonas en que este porcentaje fue menor: el mismo escenario que en 2008.

Tabla 57. Porcentaje del gasto en farmacia

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Andalucía	20,1	21,4	23,4	21,4
Aragón	21,2	20,6	20,8	18,1
Asturias	22,2	20,4	21,0	19,2
Baleares	16,4	16,5	13,9	14,7
Canarias	19,4	19,3	19,9	19,1
Cantabria	21,3	21,4	19,7	20,2
Castilla La Mancha	21,2	20,2	20,0	19,2
Castilla León	21,2	22,3	21,8	21,6
Cataluña	19,5	18,8	17,8	17,6
C Valenciana	26,2	26,1	25,1	23,3
Extremadura	20,9	21,2	21,6	20,5
Galicia	25,9	26,3	26,5	23,6
Madrid	17,0	16,6	18,1	15,0
Murcia	20,3	20,0	20,5	18,6
Navarra	18,3	18,7	17,6	16,7
País vasco	18,7	18,0	17,7	16,7
Rioja	18,5	19,3	19,2	18,2
Ceuta	15,8	15,5	15,8	15,1
Melilla	12,0	12,0	12,5	12,5
España	20,6	20,6	20,8	19,2

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



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

SÍNTESIS 6: Gasto sanitario

Todos los indicadores de gasto sanitario han arrojado balances de disminución a nivel nacional entre los años 2008 y 2011.

Sin embargo, este tipo de balance no es uniforme en las Autonomías, habiendo casos en que se han dado aumentos de indicadores de gasto sanitario.

Los datos sugieren que, de haber habido un impacto debido a la crisis en esta partida, en el año 2011 no era posible captarlo en toda su magnitud, por lo que es necesario esperar a disponer de los datos de los años siguientes para hacer una evaluación del mismo.

El gasto sanitario público territorializado por habitante protegido disminuyó muy ligeramente a nivel nacional entre los años 2008 y 2011 y con diversa magnitud en 8 Autonomías, pero también es cierto que experimentó aumentos en 11 territorios, diluyendo el efecto total de los ajustes impuestos en algunas zonas.

Más evidente fue el impacto de la crisis en el gasto sanitario destinado a Atención Primaria y, sobre todo, a farmacia ya que se financia por el gobierno regional y por cada persona protegida en porcentajes distintos en función de tramos de renta. En este caso, sí que se aprecia que la media del porcentaje destinado a este gasto cayó a nivel estatal, refle-

jando las medidas que se tomaron para reducirlo y que originaron reacciones en contra en la población y en el colectivo farmacéutico.

Con todo, al cierre de este informe, la información necesaria para analizar con detenimiento este apartado no está disponible, por lo que será necesario aplazar este estudio hasta la siguiente edición.

6

Diferencias y similitudes acerca de la satisfacción percibida en torno a la salud

La puntuación media otorgada por los españoles sobre satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario se traduce en un aprobado alto y, en muchos casos en un notable. Los ciudadanos están satisfechos en general y, a lo largo del período 2008-2012, las series de datos autonómicos han tendido a mostrarse bastante estables. La crisis no parece haber tenido un impacto negativo en este aspecto y no se da ninguna oscilación drástica de tipo negativo en ninguna zona de España que pueda relacionarse con la situación económica. Sin embargo, y de forma estructural, se advierten diferencias entre el grado de satisfacción de los ciudadanos entre algunas autonomías, que aunque estadísticamente son poco significativas, lo son en la medida suficiente como para clasificarlas en cinco grupos.

Así, en el año 2008, con una puntuación media total de 6,4 para España, las comunidades con los ciudadanos más satisfechos fueron Asturias, La Rioja y Navarra. Quedaron por encima de la media Castilla y León, País Vasco, Aragón y Baleares. Galicia quedó por debajo de la media y Canarias muy por debajo. El resto se equiparó a la media.

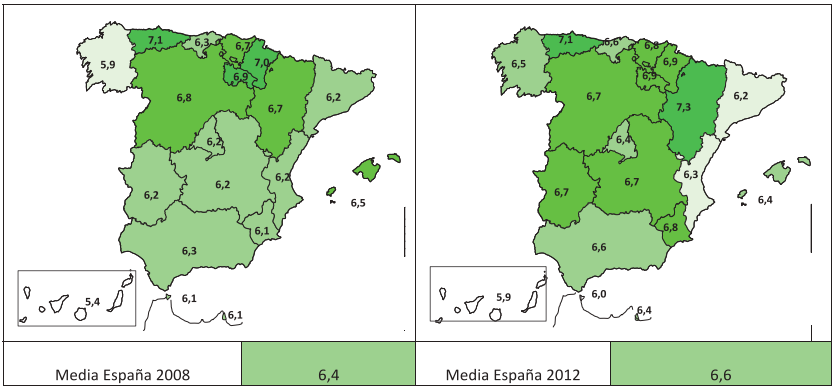
En la fotografía del año 2012, la media fue superior con 6,6 puntos para España. Asturias y Aragón quedaron muy por encima de la media; Galicia, Cantabria, Madrid, Baleares, Andalucía y Melilla en la media; Cataluña, Comunidad Valenciana y Ceuta quedaron por debajo y Canarias permaneció en la misma posición que en el 2008, quedando muy por debajo de la media. El resto de territorios quedaron algo por encima de la media. Los casos en que las administraciones deben analizar en mayor medida la insatisfacción son los de Canarias, Ceuta, Baleares y Cataluña, dado que son los que arrojan valores más bajos.

Tabla 58: Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público

Territorio	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Andalucía	6,3	6,3	6,4	6,5	6,6
Aragón	6,7	6,8	6,7	7,0	7,3
Asturias	7,1	7,2	7,6	7,3	7,1
Baleares	6,5	6,6	6,5	6,7	6,4
Canarias	5,4	5,4	6,1	5,9	5,9
Cantabria	6,3	6,3	6,8	6,7	6,6
Castilla La Mancha	6,2	6,8	6,8	6,8	6,7
Castilla León	6,8	6,8	6,9	6,8	6,7
Cataluña	6,2	6,0	6,3	6,4	6,2
C Valenciana	6,2	6,5	6,3	6,4	6,3
Extremadura	6,2	6,3	6,5	6,3	6,7
Galicia	5,9	5,9	6,2	6,3	6,5
Madrid	6,2	6,4	6,4	6,4	6,4
Murcia	6,1	6,2	6,4	6,4	6,8
Navarra	7,0	7,2	6,9	6,9	6,9
País vasco	6,7	6,7	6,9	6,7	6,8
Rioja	6,9	7,0	7,1	7,1	6,9
Ceuta	6,1	6,3	5,9	5,8	6,0
Melilla	6,1	5,9	6,6	5,6	6,4
España	6,4	6,5	6,6	6,5	6,6

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

Grado de satisfacción de los ciudadanos con funcionamiento del sistema sanitario público



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

7

El posicionamiento del sistema sanitario de España en el contexto de la OCDE

El informe más reciente elaborado por la OCDE acerca de las variaciones geográficas de los sistemas de salud de los miembros de esta organización se ha publicado el año 2014, por lo que proporciona información muy actualizada.

Acerca de España, el informe destaca la descentralización de nuestro sistema en las 17 autonomías desde el año 2002 y el traspaso de competencias en esta materia a todos los territorios que antes dependían del Instituto Nacional de Salud Pública. El informe explica que, desde el año 2002, el mapa de salud de España ha estado cambiando debido a la construcción de una nueva estructura en este ámbito.

Las conclusiones del estudio se refieren a lo acontecido en el período 2000-2010 y se resumen en la siguiente lista:

-Las tasas de altas hospitalarias han permanecido estables a lo largo del tiempo y las regiones con variaciones geográficas de escasa o nula significación estadística.

-Sin embargo, la tasa de cesáreas aumentó hasta el año 2005 en España en general, para disminuir seguidamente. En este apartado se observa una variabilidad significativa a nivel provincial. En particular, se destaca que la tasa de cesáreas continuó aumentado en los hospitales privados, mientras que la tendencia remitió en los públicos.

-Las tasas de histerectomías y sus variaciones territoriales tendieron a disminuir a lo largo del período.

-Los procesos cardiovasculares mostraron elevadas variaciones entre provincias, a pesar de que, a lo largo del período tendieron a amortiguarse en referencia a la angioplastía coronaria transluminal percutánea y permanecieron en cuanto a intervenciones de bypass y cateterización.

-El número de procedimientos referidos a intervenciones en articulaciones aumentó con el tiempo, con grandes variaciones, sobre todo para las artroscopias de rodilla y reemplazos de rodilla.

-Como era de esperar, las variaciones entre las regiones han sido más bajas y estables para los casos de cirugía tras fractura de cadera. La experiencia reciente en la reducción de las tasas de cesárea en muchos hospitales públicos es un buen ejemplo de la posibilidad de moderar el uso excesivo de ciertas intervenciones a

través del desarrollo e implementación de guías de práctica clínica de forma que involucre a todos los actores clave. Sin embargo, el desafío sigue siendo ampliar este enfoque a todas las regiones y hospitales.

Las conclusiones apuntadas se desprenden del enfoque de investigación plasmado en el informe de la OCDE y que se ha centrado en el análisis e investigación de las variaciones en la práctica médica en las distintas zonas de España con el ánimo de elaborar políticas que den como resultado una mejora de la calidad de la atención en salud del país en su conjunto (OCDE, 2014).

Esta actuación se enmarca en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud que se lanzó en 2006. El proyecto está inmerso en la línea de estudios acerca de variaciones en la práctica médica desarrollada por el Grupo VPM (Grupo de Variaciones en la Práctica Médica), instaurado bajo un acuerdo de cooperación entre el Instituto de Salud Carlos III y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Como resultado de esta investigación se han creado Guías de Práctica Clínica que, asociadas con la Estrategias de Salud, han reforzado y ampliado el proyecto Guía Salud permitiendo el formación y entrenamiento de múltiples profesionales en este tipo de metodologías.

El Grupo VPM ha elaborado el Atlas VPM, que constituye un proyecto de colaboración en investigación de los servicios sanitarios cuyo objetivo es analizar y describir de forma sistemática las variaciones en la práctica médica basándose en datos de la población y también hospitalarios. El proyecto evalúa la provisión de servicios sanitarios a 35 millones de personas ubicadas en 180 áreas de salud en 16 autonomías (exceptuando Madrid). En el contexto de este Atlas se han analizado las variaciones en prácticas médicas en referencia a procesos concretos como son: ortopedia y cirugía general, pediatría, procesos cardiovasculares, hospitalizaciones debidas a condiciones adversas de salud mental relacionadas con la edad y hospitalizaciones “evitables”, entre otras.

En España, las administraciones autonómicas tienen la potestad de establecer sus propios planes de salud así como la responsabilidad de su financiación, asignación del presupuesto, organización, provisión y evaluación de los servicios sanitarios dentro de su territorio. La coordinación de un sistema sanitario de estas características no es sencilla y tiene el riesgo de producir desigualdades en cualquiera de los aspectos esenciales de la provisión de este tipo de servicios. Por ello, existe un organismo que vela por el control de la gestión autonómica: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En este Consejo se aglutinan las 17 Consejerías de Sanidad junto con el Ministerio de Sanidad de ámbito estatal, formando el máximo organismo decisorio en materia de sanidad. Dado que, alrededor de un tercio del presupuesto autonómico se asigna a sanidad, el funcionamiento correcto de este organismo y de las administraciones autonómicas en esta materia es crítico.

Por ello, junto al organismo principal se han establecido otros como la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud que lo complementan y asisten en su

gestión, aportando datos e información esencial para el control de calidad de dicho Sistema. Así, entre otras muchas actuaciones, la Agencia es la que gestiona el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, diseñado para promover la excelencia en el cuidado sanitario de manera que el foco sea el paciente y sus necesidades. Los objetivos más destacados de este plan son: lograr la excelencia clínica y mejorar la práctica clínica; evaluar la gestión clínica y la gestión de tecnologías y procedimientos; auditar y acreditar los servicios de salud; mejorar la seguridad del paciente y mejorar la atención dispensada a pacientes que sufren ciertas patologías concretas.

El posicionamiento de España en la OCDE más reciente se refiere al año 2011 y se establece en función del gasto sanitario como parte del PIB. Así, el gasto total en salud registrado en España en el año 2011 fue un 9,3% de su producto Interior Bruto, dato que se equiparaba a la media de la OCDE. En ese momento, España quedaba ligeramente por debajo de la media de la OCDE en cuanto a gasto sanitario per cápita, con un montante de 3072 dólares estadounidenses (ajustados por paridad de poder adquisitivo) frente a los 3300 dólares que arrojaba dicha media. La proporción del gasto hospitalario fue de un 42% en 2011, superior a la media de la OCDE situada en un 36%.

El gasto sanitario per cápita creció en España, en términos reales, en un promedio del 4,1% por año entre los años 2000 y 2009 (igual que la media de la OCDE), pero cayó un promedio del 0,5% entre 2009 y 2011 como consecuencia de la importante reducción del gasto público sanitario de ese período (OCDE, 2013).

A diferencia de otros países, España tenía implantado un sistema nacional de salud con cobertura para toda la población financiado mediante impuestos públicos de forma que un 94% de la financiación provenía de los impuestos generales, mientras que las contribuciones sobre nóminas para atender casos de lesiones laborales suponían un 2,5% y el 3% restante procedía de los fondos de inversión de los funcionarios públicos. Tras la transferencia de competencias a las autonomías en el año 2002, las regiones financian la salud mediante los presupuestos generales. Esta financiación se complementa con los fondos que reciben del gobierno central para compensar las diferencias regionales que se dan por causa de sus distintas capacidades para generar ingresos.

La provisión de servicios sanitarios es completa y libre salvo en el caso de cuidados dentales y ópticos. El gasto en farmacia es una partida que supuso el 21% del gasto total en salud el año 2011, por lo que determinadas prescripciones están sujetas a copagos con diversa intensidad e implementación territorial. El tema es fuente de polémica y descontento por parte de la población en las zonas afectadas.

La sanidad privada juega un papel bastante secundario en el conjunto de los servicios sanitarios españoles. Su uso se asocia, principalmente, a la necesidad de lograr una accesibilidad más rápida a determinados especialistas y, por supuesto, cobra importancia en el ámbito de los cuidados odontológicos. En el año 2011, el informe de la OCDE de 2013 indicaba que un 13% de la población tenía cobertura

privada de salud, lo cual representó una aportación del 6% a la financiación total del sistema de salud.

Los médicos de cabecera trabajan en los Centros de Atención Primaria, en los cuales también se ubican pediatras, enfermeras y trabajadores sociales. En algunos centros se cuenta también con fisioterapeutas y odontólogos. Asimismo, los centros de este tipo cuentan con su propio laboratorio básico y facilidades diagnósticas, o están conectados con un servicio centralizado de diagnóstico que da cobertura a un área determinada. En cambio, los médicos especialistas trabajan mayoritariamente en Centros de Especialidades o en Hospitales Públicos. Según datos de la OCDE, el año 2010, España tenía 3,8 médicos por cada 1000 habitantes y estaba por encima de la media de dicha organización que era de 3,2.

El año 2011, el 45% de todos los hospitales eran de propiedad pública, mientras que un 39% eran privados con ánimo de lucro y un 16% eran privados sin ánimo de lucro. Sin embargo, aunque la mayoría de los hospitales sea de propiedad privada, el 40% de las altas que se producen en ellos son financiadas públicamente (García-Armesto et al., 2010 citados en OCDE, 2014). De hecho, los hospitales se remuneran habitualmente gracias a un presupuesto global que se establece de forma prospectiva (García-Goñi y Costa-Font, 2013 citados en OCDE, 2014).

Otro dato interesante aportado por el informe de la OCDE es que el número medio de camas de hospital por cada 1000 habitantes era de 3,2 el año 2011, quedando bastante por debajo de la media de la OCDE que alcanzaba las 5 camas por cada 1000 habitantes en dicho año. Este indicador ha ido descendiendo a la largo de los años y su evolución coincide con la reducción de la estancia media hospitalaria y con el aumento del número de procedimientos quirúrgicos que se realizan de forma ambulatoria.

El año 2000 había 283 hospitales públicos, cifra que se incrementó hasta 292 en el año 2010. En total ofrecían 95679 camas frente a las 22999 que correspondían a los 270 hospitales privados. En esta importante estructura hay que tener en cuenta, sin embargo, que la distribución de centros hospitalarios varía en función de la autonomía y que es importante tener en cuenta los casos de atención de pacientes en distintas autonomías debido a la mejor situación de los que están en zonas limítrofes. El año 2010, según los datos de la OCDE del total de altas hospitalarias, un 75,5% se gestionó en centros públicos y un 24,5% en centros privados.

El número de camas hospitalarias públicas ha disminuido en los últimos 10 años en prácticamente todas las provincias. El 80% de las camas hospitalarias están instaladas en hospitales públicos y el 20% en privados. El porcentaje de camas hospitalarias privadas varía desde un 10% en Extremadura, Castilla La Mancha, Cataluña hasta un 40% en Navarra, Murcia y Canarias.

La densidad de población de las provincias es desigual y, lógicamente, los recursos sanitarios que se necesitan en cada una de ellas varían ostensiblemente. Los casos más extremos son Madrid y Barcelona, pues entre ambas aglutinan un 25% de la

población total, mientras que 23 provincias tienen menos de 500.000 habitantes cada una de ellas, representando sólo un 17% del total.

Entre los años 2000 y 2010 ha habido un ligero aumento de la tasa de natalidad que ha producido un pequeño incremento de la población de 0 a 10 años. Todo ello no ha detenido el envejecimiento de la población española, especialmente entre las personas de 80 y más años.

Uno de los efectos más importantes de este envejecimiento atañe a la sostenibilidad del sistema nacional de salud por el tipo de diseño que tiene, pues necesita una proporción de contribuyentes suficiente para cubrir los presupuestos. El ingreso medio por autonomía varía de forma que las zonas del norte de España disfrutan de una renta per cápita media superior a las del sur. Sin embargo, el análisis de las variaciones en la práctica clínica es útil para identificar diferencias territoriales en la aplicación de procedimientos distintos y en las razones que existen para las mismas. Ese ha sido el objetivo de la sección del informe de la OCDE cuyas conclusiones permitirán diseños de políticas sanitarias más homogéneas actualizando progresivamente las prácticas en los distintos territorios y ajustando sus presupuestos.

Tal está siendo el caso de la utilización de la cesárea sujeta a una estrategia de salud específica que ha logrado su racionalización y estabilización. El mismo proceso tiene que seguir el tratamiento del bypass y de las complicaciones coronarias, si bien la homogeneización parece ser más compleja en este caso.

Un conocimiento adecuado y comprensión de las últimas guías de práctica clínica y la conducta práctica existente es imprescindible para analizar las variaciones de la práctica médica. Las sociedades científicas desempeñan un papel importante en la difusión de las mejores prácticas entre sus miembros y, por ejemplo, la Sociedad Española de Cardiología ha estado llevando a cabo una importante labor en este ámbito, por lo que podría ser una de las causas de la reducción de la variación en los procedimientos de revascularización, como la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).

En un país como España, que cuenta con un sistema de salud descentralizado, el Ministerio de Sanidad sigue teniendo un papel muy importante, pues a él revierte la información que permite llevar a cabo un control de la gestión sanitaria por medio del análisis de las diferencias territoriales y la coordinación de las estrategias nacionales para mejorar la atención y disminuir la variabilidad de su gestión y uso a nivel local.

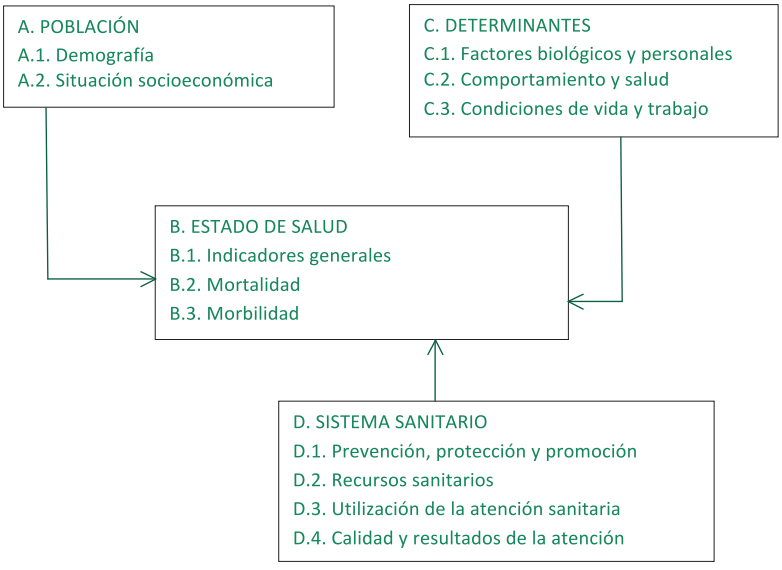
Los mapas presentados en este estudio ponen de manifiesto que aún queda mucho para hacer acerca de la armonización del sistema sanitario. Los aspectos relacionados con la misma son múltiples y atañen a diferentes elementos de su estructura. Esta complejidad se pone en evidencia cuando se llevan a cabo análisis de relaciones entre los principales indicadores del sistema nacional de salud pues, como se demuestra en el siguiente y último apartado del estudio, el comportamiento de las variables no obedece, en general, a modelos de relación lineales como los que cabría esperar.

8

Modelos de relaciones entre los indicadores clave del sistema sanitario

8.1. Introducción

Considerando el modelo de indicadores presentado al inicio del estudio, cabe suponer que existen relaciones directas entre aquellos que representan los distintos apartados del mismo. Estas relaciones deberían reflejarse en correlaciones lineales que sugiriesen la existencia de modelos lineales de comportamiento. Así, los indicadores del sistema sanitario deben impactar directamente en los de estado de salud, que a su vez vienen determinados por las características de la población y los determinantes de la salud. Sin embargo, como se demuestra en los siguientes subapartados, estas relaciones no son tan evidentes en el caso del sistema sanitario español debido, al menos en parte, a su configuración autonómica.



Fuente: Indicadores Europeos de Salud (ECHI)

8.2 Análisis de la incidencia de las características de la población sobre el estado de salud

Tomando los indicadores de caracterización de la población y los de estado de salud que se han presentado en los apartados anteriores, se han calculado correlaciones entre los mismos que se muestran en la Tabla 59.

Tabla 59. Correlaciones lineales entre indicadores de características de la población y del estado de salud en el año 2008

2008/09	Población total	% hombres	% mujeres	PIB per cápita	Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Personas con mucha facilidad para llegar a fin de mes	Esperanza de vida al nacer
Población total	1							
% hombres	-0.164 0,501	1						
% mujeres	0,164 0,501	-1 0,000**	1					
PIB per cápita	0,111 0,652	-0,132 0,591	0,132 0,591	1				
Tasa bruta de natalidad	-0,019 0,938	0,348 0,144	-0,348 0,144	-0,106 0,665	1			
Tasa bruta de mortalidad	-0,130 0,597	-0,409 0,082	0,409 0,082	-0,030 0,930	-0,839 0,000**	1		
Personas con mucha facilidad para llegar a fin de mes	-0,159 0,515	-0,124 0,612	0,124 0,612	0,319 0,183	0,001 0,997	0,125 0,609	1	
Esperanza de vida al nacer	0,075 0,761	-0,076 0,758	0,076 0,758	0,625 0,004**	-0,325 0,175	0,210 0,387	0,442 0,058	1
Altas hospitalarias todas las causas según comunidad autónoma	0,985 0,000**	-0,208 0,393	0,208 0,393	0,177 0,468	-0,012 0,961	-0,132 0,590	-0,172 0,482	0,118 0,630

***La correlación lineal es significativa al 99% de confianza*

Las únicas correlaciones significativas el año 2008 se produjeron entre el porcentaje de hombres y mujeres, caso lógico por tratarse de cifras complementarias de la composi-

ción de la población, la esperanza de vida al nacer y el PIB per cápita, la tasa bruta de natalidad y la de mortalidad y la población con la morbilidad por todas las causes. De todas ellas, las únicas que relacionan los dos primeros componentes del modelo son, por un lado, la que muestra que existe una relación lineal positiva y moderadamente intensa entre un resultado de caracterización de la población como es el PIB per cápita, con un resultado general de salud como es la esperanza de vida al nacer, pues refleja el progreso que está experimentado la salud en el país y, por otro lado, la que relaciona el tamaño de la población total con la morbilidad por todas las causas. El signo de esta relación es positivo, como es lógico esperar y la relación lineal es muy intensa.

Estos resultados se mantienen en el año 2012, pero apareciendo otras correlaciones lineales significativas. Así, en ese momento, también se daba una correlación lineal positiva y poco intensa entre la tasa bruta de natalidad y la proporción de hombres y negativa del mismo calibre entre dicha tasa y el porcentaje de mujeres. La tasa bruta de mortalidad también muestra una relación lineal medianamente intensa de signo negativo con el porcentaje de hombres y de signo positivo con el de mujeres. Asimismo, aparece una relación medianamente intensa y negativa entre el porcentaje de personas con mucha facilidad para llegar a fin de mes y el PIB per cápita. El resto de relaciones se mantienen como en el año 2008.

Tabla 60. Correlaciones lineales entre indicadores de características de la población y del estado de salud en el año 2012

2011/12	Población total	% hombres	% mujeres	PIB per cápita	Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Personas con mucha facilidad para llegar a fin de mes	Esperanza de vida al nacer
Población total	1							
% hombres	-0,078 0,750	1						
% mujeres	0,078 0,750	-1,000 0,000	1					
PIB per cápita	0,113 0,644	-0,013 0,959	0,013 ,959	1				
Tasa bruta de natalidad	-0,131 0,592	0,490 0,033*	-0,490 0,033*	-,0168 0,492	1			
Tasa bruta de mortalidad	-0,084 0,731	-0,578 0,009**	0,578 0,009**	0,074 0,762	-0,757 0,000**	1		
Personas con mucha facilidad para llegar a fin de mes	0,172 0,481	-0,189 0,438	0,189 0,438	-0,500 0,029*	0,074 0,763	-0,365 0,124	1	
Esperanza de vida al nacer	0,172 0,481	-0,094 0,702	0,094 0,702	0,688 0,001**	-0,497 0,030*	0,327 0,171	-0,247 0,308	1
Altas hospitalarias todas las causas según comunidad autónoma	0,980 0,000**	-0,081 0,743	0,081 0,743	0,196 0,421	-0,122 0,618	-0,087 0,724	0,316 0,187	0,236 0,330

***La correlación lineal es significativa al 99% de confianza*

A partir de estos resultados, se han calculado modelos de regresión lineal simple acerca de la incidencia de las características de la población de las autonomías sobre el resultado en salud, Los modelos se pueden ver en la Tabla 61.

Los dos primeros se refieren al año 2008 y los dos siguientes al año 2012. Las altas hospitalarias por todas las causas vienen explicadas por el tamaño de la población en números absolutos los dos años. La relación es positiva: a más población más altas hospitalarias y, la capacidad explicativa de la población sobre la morbilidad supera el 96% en ambos casos. Por otro lado, la esperanza media de vida al nacer de ambos años viene explicada de forma significativa y positiva por el PIB per cápita de cada autonomía: a más PIB per cápita, mayor esperanza media de vida al nacer. La capacidad explicativa del PIB per cápita está en torno al 51% el año 2008 y disminuye hasta el 47,3% en el año 2012, lo que sugiere que el impacto de la crisis ha podido hacer entrar en juego a otras variables a la hora de explicar la esperanza media de vida.

Tabla 61. Modelos de regresión acerca de la incidencia de las características de la población y el resultado en salud

Modelo 2008/09: 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
Variable dependiente:	Altas hospitalarias todas las causas según comunidad autónoma. 2008				
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	9484,601	14742,098		0,643	0,529
Población total 2008 absolutos	0,102	0,004	0,985	23,275	0,000
R^2	97,0%				
Modelo 2008/09:2	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
Variable dependiente:	Esperanza de vida al nacer 2008				
(Constante)	77,633	0,846		91,735	0,000
PIB per cápita 2008 CCAA	0,000	0,000	0,714	4,207	0,001
R^2	51,0%				
Variable dependiente:	Altas hospitalarias todas las causas según comunidad autónoma. 2012				
Modelo 2011/12: 3	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	9993,108	16201,655		0,617	0,546
Población total 2012 absolutos	0,096	0,005	0,980	20,346	0,000
R^2	96,1%				
Variable dependiente:	Esperanza de vida al nacer 2012				
Modelo 2011/12: 4	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	78,296	1,029		76,069	0,000
PIB per cápita 2012 CCAA	0,000	0,000	0,688	3,904	0,001
R^2	47,3%				

Fuente: elaboración propia a partir de los datos sobre indicadores de salud y características de la población

8.3. Análisis de la incidencia de los estilos de vida de la población sobre el estado de salud

Este análisis sólo se realiza para el año 2012 porque los indicadores acerca de estilos de vida no se elaboraron para el año 2008 siendo los del 2006 los más recientes antes del 2012. Dado que el año 2006 queda fuera del actual período de estudio, se ha desestimado su inclusión.

En la Tabla 62 se muestran las correlaciones entre los indicadores sobre estilos de vida: consumo de alcohol y tabaco, obesidad y sobrepeso, con indicadores de estado de salud: esperanza de vida al nacer y morbilidad.

Tabla 62. Correlaciones lineales entre indicadores de estilos de vida en la población y el estado de salud en el año 2012

2011/12	Tabaquismo	Alcohol	Obesidad	sobrepeso	Morbilidad	Esperanza de vida al nacer
% población >=16 años que se declara fumadora diaria	1					
% población >=16 años que declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses previos a la ENS	0,588(**) 0,008	1				
% población con obesidad en la ENS	0,026 0,916	-0,108 0,661	1			
% población con sobrepeso en la ENS	0,234 0,334	0,566 0,011*	-0,123 0,617	1		
Altas hospitalarias todas las causas según CA	0,281 0,245	0,223 0,359	0,022 0,927	-0,196 0,421	1	
Esperanza de vida al nacer 2011	0,289 0,230	0,526 0,021*	-0,563 0,012*	0,323 0,178	0,236 0,330	1

***La correlación lineal es significativa al 99% de confianza*

Los resultados no son ciertamente significativos al nivel esperado. La morbilidad no guarda relación lineal con ninguna de las variables que representan los estilos de vida y, tan sólo aparecen algunas relaciones con la esperanza de vida al nacer. El consumo de alcohol guarda una relación positiva y la obesidad guarda una relación negativa con la esperanza de vida al nacer. Otras relaciones que se advierten son lógicas y quedan fuera del modelo que se está contrastando. Así, el consumo de alcohol está correlacionado positivamente con el tabaquismo y a su vez con el sobrepeso. De ello se deduce que hay base para establecer una relación secuencial entre ciertos hábitos poco saludables y el padecimiento de sobrepeso que es la antesala de la obesidad.

Dado el nivel de correlación entre las variables que representan los estilos de vida en la población, el modelo de regresión que se obtiene como significativo es el que proporciona una relación lineal positiva y poco intensa tomando la obesidad (consecuencia final de los malos hábitos de vida) como explicativa de la esperanza de vida al nacer. Dicho modelo se muestra en la Tabla 63.

La relación es de tipo negativo, como es de esperar, de forma que a mayor porcentaje de población con obesidad, menor esperanza media de vida al nacer.

Tabla 63. Regresión lineal entre la esperanza de vida al nacer y la obesidad en el año 2012

Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
Variable dependiente:					
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	85,190	1,076		79,149	0,000
Obesidad 2012 por CCAA	-0,175	0,062	-0,563	-2,808	0,012
R^2	31,7%				

Fuente: elaboración propia a partir de los datos sobre indicadores de salud y características de la población

8.4. Análisis de los indicadores de población sobre el sistema de salud y del sistema de salud sobre el estado de salud

En el año 2008, las correlaciones lineales entre las variables que caracterizan a la población de las CCAA (excluidas Ceuta y Melilla) y el gasto sanitario como porcentaje del PIB no son significativas salvo en el caso del PIB per cápita.

Tabla 64. Correlaciones entre los indicadores de población y el gasto sanitario de las Comunidades Autónomas (2008)

		Gasto sanitario como porcentaje del PIB 2009 (regional)
Tasa bruta de natalidad 2008	Correlación de Pearson	-0,253
	Sig. (bilateral)	0,328
	N	17
Tasa bruta de mortalidad 2008	Correlación de Pearson	0,310
	Sig. (bilateral)	0,225
	N	17
% Hombres 2008	Correlación de Pearson	0,072
	Sig. (bilateral)	0,783
	N	17
% Mujeres 2008	Correlación de Pearson	-0,072
	Sig. (bilateral)	0,783
	N	17
Personas con mucha facilidad para llegar a fin de mes 2009	Correlación de Pearson	-0,463
	Sig. (bilateral)	0,061
	N	17
Población total 2008 absolutos	Correlación de Pearson	-0,241
	Sig. (bilateral)	0,351
	N	17
PIB per cápita 2008 CCAA	Correlación de Pearson	-0,863(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	17

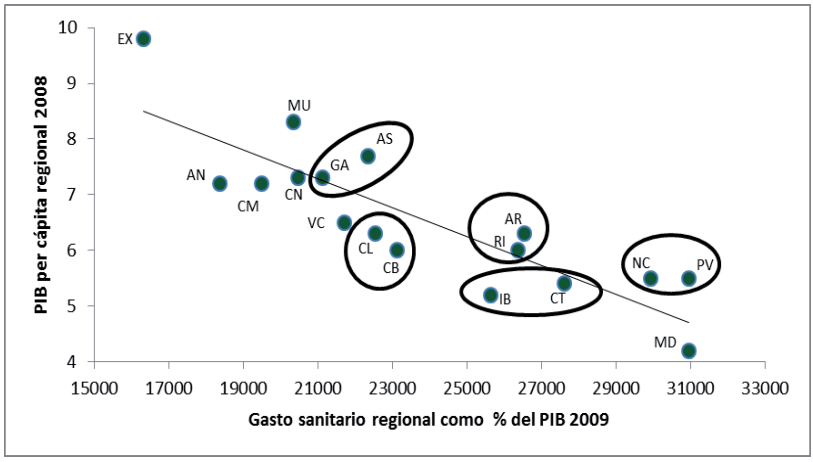
** *La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*

Ajustando una regresión lineal al gasto sanitario como porcentaje del PIB de las CCAA, se obtiene el siguiente modelo en que, de las variables exógenas anteriores, tan sólo el PIB per cápita aporta capacidad explicativa. Los resultados se muestran en la Tabla 65 y en el gráfico que la acompaña. La relación es negativa, por lo que, a medida que aumenta el PIB per cápita en las regiones, disminuye el porcentaje de gasto sobre el mismo.

Tabla 65. Regresión entre el gasto sanitario como porcentaje del PIB de las CCAA y el PIB per cápita de las mismas el año 2008

Modelo 2008	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
(Constante)	12,746	0,948		13,449	0,000
PIB per cápita 2008 CCAA	-0,00026	0,000	-0,863	-6,622	0,000
R^2	74,5%				

Variable dependiente: Gasto sanitario como porcentaje del PIB 2009 (regional)



Según este modelo, en el año 2008, a medida que las CCAA tienen más PIB per cápita disminuye el gasto sanitario como porcentaje del PIB. Por consiguiente el esfuerzo presupuestario es menor a medida que aumenta el PIB autonómico. Este patrón de comportamiento se mantiene en intensidad y en signo el año 2012, si bien con una interesante diferencia: la variable que recoge el tamaño de la población, que no era significativa en el modelo del 2008, se incorpora al modelo aportando capacidad explicativa del gasto sanitario como porcentaje del PIB. Un hecho remarcable que coincide con este cambio es la reforma del sistema de financiación de las CCAA que se produce el año 2009. La lectura de los coeficientes de este modelo de regresión, ambos de signo negativo es la siguiente: las CCAA que tienen más población tienden a presupuestar un porcentaje de gasto sanitario proporcionalmente menor sobre su PIB per cápita que las CCAA que tienen menos población o, dicho de otra forma, a mayor población menor esfuerzo de gasto sanitario. También se puede interpretar este resultado como que el presupuesto disponible per cápita para sanidad se reparte entre más personas a medida que aumenta la población. Por otro lado, en el año 2012, también se cumple que a medida que las CCAA tienen más PIB per cápita disminuye el gasto sanitario como porcentaje del PIB. Por consiguiente el esfuerzo presupuestario es menor a medida que aumenta el PIB autonómico. El impacto de esta variable es muy superior al de la que representa a la población.

Tabla 66. Regresión entre el gasto sanitario como porcentaje del PIB de las CCAA y el PIB per cápita de las mismas el año 2012

Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
(Constante)	12,251	0,995		12,306	0,000
Población total 2012	-1,97E-007	0,000	-0,352	-2,532	0,024
PIB per cápita 2012 CCAA	-0,00026	0,000	-0,863	-6,622	0,000

Variable dependiente: Gasto sanitario como porcentaje del PIB 2012 (regional)

Por otro lado, tomando el gasto sanitario por habitante de los años 2009 y 2012 en euros como variables dependientes y las siguientes características de la población como independientes: tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad, porcentaje de hombres, porcentaje de mujeres, porcentaje de personas con mucha facilidad para llegar a fin de mes, PIB per cápita y población en números absolutos, se obtiene un modelo en que tan sólo la población posee cierto grado de capacidad explicativa.

Tabla 67. Regresión entre el gasto sanitario como porcentaje del PIB de las CCAA y la población de las CCAA los años 2008 y 2012

Modelo 2008	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	1451,875	41,689		34,826	0,000
Población total 2008	-3,78E-005	0,000	-0,638	-3,212	0,006
R^2	40,7%				
Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	1458,920	54,822		26,612	0,000
Población total 2012	-4,22E-005	0,000	-0,585	-2,791	0,014
R^2	34,2%				

Variable dependiente: Gasto sanitario por hb. 2009 y 2012 en euros

El mismo tipo de resultado y conclusiones se mantienen tomando el gasto sanitario público territorializado, por habitante protegido de los años 2008 y 2012.

Tabla 68. Regresión entre el gasto sanitario público territorializado por habitante protegido como porcentaje del PIB de las CCAA y la población de las CCAA los años 2008 y 2012

Modelo 2008	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	1542,023	33,441		46,112	0,000
Población total 2008	-3,22E-005	0,000	-0,617	-3,232	0,005
R^2	38,1%				
Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	1541,988	42,652		36,153	0,000
Población total 2012	-3,31E-005	0,000	-,542	-2,658	0,017
R^2	29,4%				

Variable dependiente: Gasto sanitario público territorializado por habitante protegido 2008 y 2012 en euros

8.5. Análisis de los indicadores de estilos de vida y gasto sanitario

Al analizar las posibles relaciones entre los indicadores principales sobre estilos de vida y el gasto sanitario como porcentaje del PIB, se han hallado dos modelos significativos. El año 2006 se confirma una relación negativa entre el porcentaje de población que declara haber consumido alcohol y una positiva del porcentaje de población con obesidad con el gasto sanitario como porcentaje del PIB. Por consiguiente, en dicho año se podía afirmar que, a medida que el porcentaje de consumo de alcohol aumentaba, el gasto sanitario como porcentaje del PIB disminuía y que, a medida que el porcentaje de población obesa aumentaba, el gasto sanitario como porcentaje del PIB también lo hacía. El resultado se podría interpretar como mayor porcentaje de gasto sobre el PIB en las comunidades en que la obesidad está más acentuada y menor gasto en las que el consumo de alcohol es más prevalente en la población. En cambio, el año 2012 se obtiene una relación positiva entre gasto sanitario como porcentaje del PIB y porcentaje de la población con obesidad y con sobrepeso. Dado que el sobrepeso está también correlacionado con el consumo de alcohol, el resultado sugiere que, a medida que aumenta la prevalencia de hábitos poco saludables también lo hace la proporción de gasto como parte del PIB. El desarrollo parece influir en el aumento de gasto sanitario por causa de los hábitos poco saludables en la población.

Tabla 69. Gasto sanitario como porcentaje del PIB 2006 y PIB 2012 y su relación con las variables representativas de los estilos de vida

Modelo 2006	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	7,034	2,505		2,808	,014
Porcentaje de población >=16 años que declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses previos a la ENS 2006	-0,087	0,033	-0,474	-2,665	0,018
Porcentaje de población con obesidad en la ENS 2006	0,292	0,085	0,616	3,460	0,004
R^2	49,6%				
Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	-14,168	4,276		-3,313	0,005
Porcentaje de población con obesidad en la ENS 2012	0,261	0,065	0,624	3,987	0,001
Porcentaje de población con sobrepeso en la ENS 2012	0,433	0,105	0,642	4,106	0,001
R^2	61,9%				

Variable dependiente: Gasto sanitario como porcentaje del PIB 2012 (regional)

8.6. Relaciones entre las patologías más prevalentes y el gasto sanitario territorializado

Las relaciones entre la prevalencia de las patologías más frecuentes en la población y el gasto sanitario territorializado aparecen como cambiantes a lo largo del tiempo. Así, el año 2008, un modelo de regresión lineal capta como variable explicativa del gasto la prevalencia declarada de diabetes mellitus en la población adulta, mientras que en el 2012 toma el relevo la prevalencia de trastornos mentales junto con las tasas de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica con signo positivo y por enfermedades de vías respiratorias inferiores con signo negativo. La capacidad explicativa del modelo del año 2008 es muy superior a la que se logra en el 2012.

Tabla 70. Relaciones entre las patologías más prevalentes y el gasto sanitario territorializado

Modelo 2008	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	1122,904	86,948		12,915	0,000
Prevalencia declarada de diabetes mellitus en población adulta. Ver definición	53,220	13,107	0,702	4,060	0,001
R^2	46,2%				
Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	1545,524	191,046		8,090	0,000
Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100000 hb.	19,187	8,398	0,628	2,285	0,037
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100000 hb.	-133,208	55,363	-0,848	-2,406	0,029
Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta.	29,423	15,333	0,587	1,919	0,074
R^2	17,7%				

Variable dependiente: Gasto sanitario público territorializado por habitante protegido 2008 y 2012 en euros

8.7. Relaciones entre uso de los recursos y el gasto sanitario como porcentaje del PIB

Al explorar las posibles relaciones entre indicadores de uso de los recursos y el gasto sanitario, se han hallado modelos significativos para explicar en algún grado el gasto sanitario como porcentaje del PIB.

Así, el año 2008, la tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 10000 habitantes y la incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años, son las variables que marcan diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas (sin incluir Ceuta y Melilla en este análisis). El signo positivo de la primera variable indica que a medida que aumentaba la tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio también lo hacía el porcentaje de gasto sobre el PIB. En cambio, el signo negativo de la incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años, ponía de manifiesto que, a medida que aumentaba dicha incidencia, el gasto como porcentaje del PIB disminuía.

El año 2012, la tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio se mantiene como explicativa en el modelo, pero acompañada esta vez de las tasas de cobertura de vacunación frente a la polio y del porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada. El signo positivo de las tres explicativas indica que, a medida que aumentan las tasas que representan, también lo hace el gasto como porcentaje del PIB.

Tabla 71. Relaciones entre uso de los recursos y el gasto sanitario como porcentaje del PIB

Modelo 2009	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	-1,673	2,209		-0,757	0,461
Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 10000 hb.	1,153	0,263	0,772	4,391	0,001
Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años	-0,158	0,063	-0,441	-2,506	0,025
R^2	54,4%				
Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	-41,149	13,763		-2,990	0,010
Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 10000 hb.	0,662	0,263	0,521	2,520	0,026
Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)	0,351	0,117	0,640	3,008	0,010
Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada	0,100	0,046	0,506	2,205	0,046
R^2	42,5				

Variable dependiente: Gasto sanitario como porcentaje del PIB (regional)

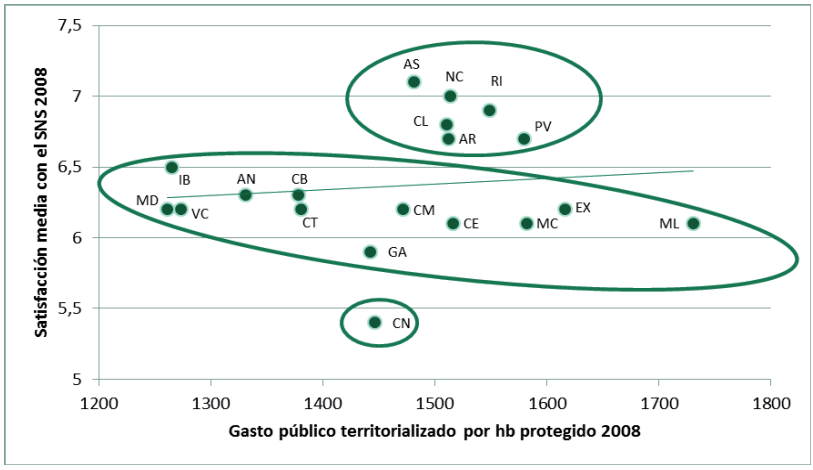
8.8. Relaciones entre el grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público y el gasto sanitario público territorializado por habitante protegido

Al relacionar la media de satisfacción por autonomía en una escala de Likert 1 a 10 puntos (muy insatisfecho-totalmente satisfecho) con el gasto sanitario público territorializado por habitante protegido del año 2008, se obtiene el diagrama de situación de la Figura 1.

En el mapa se aprecian, cuando menos, tres grupos de autonomías que siguen patrones diferentes de comportamiento acerca de esta relación, lo cual hace desestimar el planteamiento de la existencia de un modelo lineal o de cualquier otro tipo que implique el hallazgo de una única función explicativa de la satisfacción con el sistema sanitario.

Canarias es la zona que más desmarcada queda acerca de esta relación, tal y como se muestra en la figura.

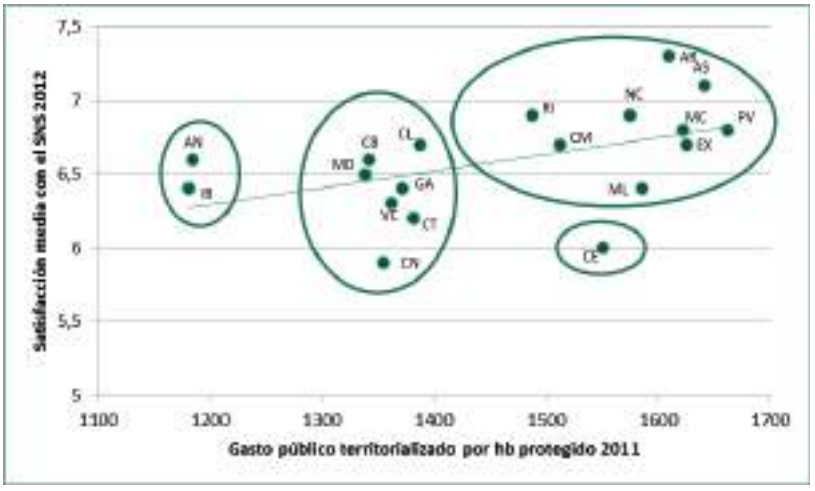
Figura 1. Situación relativa de las autonomías en referencia a la satisfacción media con el sistema sanitario y al gasto público territorializado por habitante protegido, 2008



Las Comunidades Autónomas del Noroeste del País formaban un grupo de comportamiento bastante homogéneo en que se ajustaba bastante bien un modelo lineal según el cual, a medida que aumentaba el gasto sanitario público territorializado por habitante protegido, la satisfacción con el sistema sanitario tendía a disminuir. No resulta sencillo interpretar este resultado dado que, intuitivamente, cabría esperar una relación positiva: a más gasto (visto como inversión), más satisfacción. Sin embargo, el signo de esta relación podría estar indicando que, dentro de este grupo, las Comunidades que tienen un menor gasto asignado a cada paciente protegido, aprecian más la labor que se realiza con los recursos disponibles, así como el servicio que les proporciona su sistema sanitario. Además, no hay que olvidar que las Comunidades Autónomas reciben compensaciones estatales debidas a las diferencias de ingresos o generación de riqueza entre los territorios. Las Islas Canarias constituían un grupo completamente aparte y descolgado del resto con la satisfacción más baja acerca del sistema sanitario y un gasto intermedio en el seno del conjunto total. El resto de autonomías formaban un tercer grupo más ajustado a la media estatal, con un efecto parecido al del primer grupo en cuanto a la relación entre satisfacción y este tipo de gasto, pero con una pendiente mucho más amortiguada.

El diagrama correspondiente al año 2012 acerca de las mismas variables, y que se muestra en la Figura 2, permite observar una menor dispersión entre las autonomías, ciertos cambios en el grupo que se formaba en el año 2008 en la zona noroeste y una mayor proximidad de Canarias al grueso del conjunto de regiones. Las agrupaciones se podrían organizar de varias formas. Así, a pesar de que se muestra a Ceuta como la zona más desmarcada, también es cierto que podría agruparse con Melilla y lo mismo podría decirse de otros casos.

Figura 2. Situación relativa de las autonomías en referencia a la satisfacción media con el sistema sanitario y al gasto público territorializado por habitante protegido, 2012



En este escenario, aunque dista de ser un buen modelo, se logra el ajuste de una regresión lineal cuya pendiente es positiva y significativa. Así, la tendencia se habría revertido y la relación en el 2012 entre estas dos variables se aproxima mucho más a la idea de que, a más gasto (o inversión), mayor satisfacción con el sistema. El resultado de este análisis se muestra en la Tabla 72.

Tabla 72. Relaciones entre la Satisfacción con el Sistema Sanitario y el Gasto sanitario público territorializado por habitante protegido

Modelo 2011-12	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	4,938	0,729		6,772	0,000
Gasto sanitario público tt por hb protegido 2011	,001	0,000	0,483	2,276	0,036
R^2	23,4%				

Variable dependiente: Satisfacción con el Sistema Sanitario, 2012

8.9. Otros análisis de relaciones entre indicadores clave del sistema nacional de salud

Además de los modelos anteriormente presentados, se han probado muchos más. Sin embargo, en muchos de los diagramas y análisis de correlaciones exploratorios, se detectan muchas situaciones como la del caso anterior, en que la nube de puntos es dispersa o está fragmentada. Esto es lo que sucede, por ejemplo, al relacionar el grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público, el uso de los recursos o incluso con el estado de salud. En estos casos, si no hay posibilidad de ajustar algún modelo o de mostrar algún tipo de configuración territorial, debemos considerar que no existe una relación significativa entre los indicadores que representan a estas variables en el período analizado. En cambio, se han hallado modelos significativos entre el grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público y las características de la población. En la Tabla 73 se proporcionan los resultados de los años 2008 y 2012. En el primer año la relación entre la tasa bruta de mortalidad y la de natalidad, junto con el PIB per cápita y la satisfacción con el sistema sanitario era positiva. En el año 2012, sólo permanece en el modelo la tasa bruta de mortalidad y con signo positivo.

Tabla 73. Relaciones entre la Satisfacción con el Sistema Sanitario y las características de la población

Modelo 2008	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,235	1,319		0,937	0,364
Tasa bruta de mortalidad 2008	0,292	0,076	1,112	3,850	0,002
PIB per cápita 2008 CCAA	5,55E-005	0,000	0,573	3,630	0,002
Tasa bruta de natalidad 2008	0,118	0,052	0,664	2,285	0,037
R^2	57,8%				
Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	5,517	0,314		17,562	0,000
Tasa bruta de mortalidad 2012	0,123	0,035	0,646	3,487	0,003
R^2	41,7%				

Variable dependiente: Satisfacción con el Sistema Sanitario, 2008 y 2012

En otra serie de intentos, se obtuvo una relación significativa y negativa entre la valoración del estado de salud y el gasto en farmacia, que permanece tanto en el año 2008 como en 2012 pero con una importante disminución de la capacidad explicativa que pone el modelo en el límite de rechazo estadístico de su existencia.

Tabla 74. Relaciones entre la valoración positiva del estado de salud y el gasto en farmacia

Modelo 2008	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	88,366	5,217		16,940	0,000
Porcentaje del gasto en farmacia 2008	-0,858	0,260	-0,625	-3,300	0,004
R^2	39,0%				
Modelo 2012	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	85,199	5,056		16,850	0,000
Porcentaje del gasto en farmacia 2012	-0,535	0,270	-0,433	-1,979	0,064
R^2	18,7%				

Variable dependiente: Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud

En cambio, no pudo establecerse ningún modelo que relacionase la valoración positiva del estado de salud con la satisfacción respecto del sistema sanitario, el gasto o la prevalencia de patologías frecuentes en la población o los estilos de vida.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

El análisis de las diferencias en los indicadores clave del sistema sanitario por Comunidades Autónomas implantado en España en el período que abarca los años 2008-2009 y 2011-2012, arroja las conclusiones y reflexiones generales que se exponen seguidamente.

El indicador demográfico de población parte de una cifra algo superior a los 45 millones cuya evolución es ascendente hasta el año 2012 en que se superan los 46 millones. A partir de ese año, la cifra de población inicia una tendencia decreciente, de forma que al cierre de este estudio se sitúa ligeramente por debajo de 46 millones. El impacto de esta evolución para el sistema sanitario en su conjunto es el crecimiento del número de usuarios potenciales en un período de convulsión económica e incertidumbre que se ha traducido en una contención y reducción progresiva del gasto sanitario. No obstante, esta reducción no ha podido observar en toda su magnitud, porque la información disponible sólo alcanza hasta los años 2011-12 (dependiendo de las variables implicadas en los análisis) y porque, a nivel de Comunidad Autónoma, un 57% del conjunto de las mismas siguió aumentando los indicadores de gasto hasta el año 2011. Estos aumentos, no se produjeron de forma homogénea, sino que hubo cambios más significativos en unas zonas que en otras. El impacto de la disminución de población podría traducirse en un cierto alivio del equilibrio territorial ante la necesidad de reducción y contención del gasto sanitario. Sin embargo, a pesar de la disminución de usuarios potenciales, otros factores impiden que esto vaya a ocurrir. Así, mientras la población disminuye, la esperanza de vida se mantiene alta por lo que el envejecimiento de la población con su morbilidad asociada, disparará el gasto sanitario, muy especialmente el último año de vida. Tampoco ayuda saber que el Reino de España ha firmado un Memorándum con la UE que nos obliga a bajar del 6,2% del PIB destinado a gasto público en Sanidad en 2012, al 5,3% en el 2017.

La salud de la población está influenciada por múltiples factores. De hecho, se estima que el 80% de los determinantes de la salud son ajenos al sistema sanitario y, por este motivo, se ha podido establecer en numerosos estudios que buena parte de las desigualdades en salud derivan de las desigualdades sociales (Segura, 2014). Sin embargo, el uso de indicadores generales que no estratifican en base a determinadas características de la población -como los utilizados en este estudio- no permite evidenciar detalladamente ciertas realidades constatadas en otros. Así,

aunque la información manejada arroja balances esperanzadores en cuanto a la evolución de la morbilidad de las patologías más prevalentes, por cuanto éstas disminuyen, también es cierto que la morbilidad asociada a determinadas causas (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias y otras) aumenta progresivamente no sólo por causa del incremento de la esperanza de vida, sino también por causa de la adopción de estilos y hábitos de vida poco saludables.

Por otro lado, el empeoramiento de los determinantes sociales, especialmente el paro y el riesgo de pobreza (con especial énfasis en la infantil), supone uno de los riesgos más elevados para la salud (Segura, 2014) y constituye una de las consecuencias más graves de la crisis. Sin embargo, estos efectos no se han podido captar debido a la falta de variables esenciales para describir fenómenos de este tipo. Por ello, se hace necesaria una actuación esencialmente pública e interdisciplinar para movilizar y responsabilizar a las diferentes áreas de gestión pública, con el propósito de mejorar los niveles de información en relación a la salud y su alcance para la realización de estudios territoriales comparativos. En este sentido, la disponibilidad de información estratificada es la que permite, como se puede ver en estudios sobre territorios concretos (Cataluña, por ejemplo), establecer recomendaciones sobre actuaciones en las diferentes componentes, estructurales (empeoramiento de las condiciones socio-económicas, aumento del paro y de las desigualdades sociales y peores condiciones de vida) y de estilos y hábitos de vida que determinan la salud. Evidenciar diferencias territoriales en este ámbito reforzaría la idea de que el concepto salud se debería de incorporar a las diferentes políticas gubernamentales autonómicas. Destacar, que debería ser prioritario abordar las desigualdades en salud existentes, especialmente aquellas que pudieran agravarse o producirse motivadas por la actual crisis económica y los determinantes sociales, dado el peso que tienen en el estado de la salud. En este aspecto, es importante enfatizar que el análisis de los indicadores clave presentado en el estudio no refleja la dimensión que se esperaba que fuese a tener la crisis en los mismos. Así, por ejemplo, se observan resultados positivos y deseables como los de una disminución generalizada en la mortalidad de las patologías habitualmente más prevalentes en lugar de cierto aumento de la misma, pero no se puede ofrecer información comparativa acerca de la incidencia de trastornos derivados del empeoramiento del contexto social. Los resultados positivos parecen sugerir que el sistema sanitario, contemplado desde un punto de vista macro, ha afrontado las dificultades de gestión y funcionamiento con niveles similares en los citados indicadores que en el período anterior a la crisis. En la siguiente edición de este tipo de estudio se verá si efectivamente, en los años siguientes se produce un cambio sustancial en la estructura de los valores de los indicadores clave del sistema nacional de salud o si, por el contrario permanece la relativa estabilidad descrita para el período 2008-2011/12.

Algunos autores como Andreu Segura (2014) señalan que es posible que, como apuntan algunos analistas, los efectos de una crisis como la padecida por el Estado español aparezcan tras haber transcurrido un período de tiempo más largo que el abarcado en este informe. Este punto, refuerza la idea de iniciar el debate sobre si

los indicadores clave actuales son capaces de recoger o reflejar el nuevo contexto socioeconómico derivado de la crisis o si, por el contrario, su alcance es limitado en cuanto a la captación de la prevalencia de patologías muy concretas cuyo peso específico en la población podría ser superior en el nuevo entorno y, también, de cambios sustanciales en los hábitos de vida que tienen efectos positivos sobre la salud. Acerca de este último tema, es importante señalar que no todos los efectos de una crisis son negativos, sino que también los hay positivos como el menor consumo de productos tóxicos, la reducción de la siniestralidad asociada al tráfico y otros.

Profundizando en la estructura de los indicadores en el período 2008-2011/12, un grupo acerca del cual se aprecia un comportamiento diferente es el referido a la atención quirúrgica. En la ambulatoria, se observa una tendencia creciente sostenida entre los años 2008 y 2012, acompañada de una disminución del tiempo medio de espera para consulta especializada, mientras que los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes muestran una evolución creciente para el mismo período. Este patrón de comportamiento, concuerda con las tendencias actuales en que priorizar la cirugía basada en criterios como la necesidad y el beneficio esperado o los condicionantes sociales se ve como una herramienta capaz de ayudar a mejorar la equidad en el acceso a estos servicios, especialmente en un contexto de crisis económica.

En relación al gasto sanitario territorializado por habitante protegido, este indicador arroja balances positivos entre los años 2008 y 2012 en un 52% de las autonomías, si bien es cierto que el saldo final regresa a valores del 2008. En otras palabras: las series temporales tendían a crecer, pero ese crecimiento se trunca y regresa a valores aproximados del 2008. En un 5% de las autonomías el balance es neutro y en el 43% restante el balance es negativo. En relación con este resultado, en contra de lo que cabría esperar en la valoración del ciudadano sobre un sistema sanitario que ha sufrido recortes presupuestarios, el indicador clave del grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público arroja un balance positivo en el 63% de las autonomías y acusa ligeras disminuciones en el resto. Autores como López-Casanovas (2014), explican este tipo de reacción como el resultado de la profesionalidad de los trabajadores del sistema de salud y al traslado de parte de la financiación a sus proveedores.

Relacionado con este apartado, la autopercepción de la salud arroja un balance positivo en la gran mayoría de autonomías entre los años 2009 y 2011 con las excepciones de Canarias, Ceuta y Galicia. Autores como Aguado (2012) explican que este tipo de evolución positiva se puede dar, incluso en medio de un período de crisis, debido a los cambios que se producen en las expectativas de la población, añadiendo que los casos de evolución negativa pueden deberse, probablemente, en la población no atendida, o que no ha podido entrar en contacto con el sistema sanitario o que, en cualquier caso se halla en situación de espera o padeciendo algún problema de accesibilidad. Asimismo, se insiste en que estudios en los que se ha dispuesto de datos individualizados evidencian que las personas desempleadas y en situaciones vulnerables tienden a presentar una peor autopercepción de salud, especialmente mental.

Todo lo señalado hasta el momento aporta argumentos acerca de que la principal conclusión del estudio es que el análisis de la mayoría de los indicadores de salud y utilización de servicios por parte de la población no muestra variaciones significativas desde el inicio de la crisis económica hasta el año 2011/12. Ello incluye la constatación de que salvo las particularidades destacadas en cada capítulo, la evolución de la estructura de los mapas autonómicos de los principales indicadores no sufre cambios radicales: las diferencias territoriales en una elevada proporción de indicadores persisten, pero el posicionamiento de las autonomías respecto de la media estatal se mantiene bastante estable entre los años 2007/8-2011/12.

Sin embargo, estudios en que el nivel de información es desagregado (Segura, 2014 y otros) han reportado diferencias significativas cuando la población se ha estratificado en función de la situación laboral y de la clase social, especialmente para indicadores como el de salud autopercibida y el de riesgo de padecer un problema de salud mental. Este resultado de los estudios basados en información desagregada, se corresponde con una conclusión ya apuntada en la primera edición de este estudio comparativo acerca de que la inequidad en los ingresos personales es una de las variables clave que explica las inequidades en salud y en acceso a la sanidad. Se trata de una constatación que advierte de la necesidad de incluir indicadores más sensibles y, en definitiva, más desagregados, acerca de algunos apartados que pueden ser objetivos prioritarios de la mejora de atención socio-sanitaria a corto plazo y, especialmente, en relación a la crisis económica.

La consecución de este tipo de información depende de las herramientas de recogida de información, de sus características, implementación y posibilidades de interacción con otras fuentes preexistentes. Progresar en este ámbito es la mejor forma de asegurar que los estudios comparativos puedan aplicar metodologías eficientes en cuanto a la valoración de la existencia de diferencias significativas en las poblaciones de los territorios analizados.

Además de la mejora en cuanto a disponibilidad de información, el análisis de las diferencias territoriales en salud también puede resultar enriquecido si los estudios comienzan a incorporar los nuevos puntos de vista metodológicos en cuanto al análisis regional. Así, estudios como los de Cuadrado y Maroto (2010) entroncan con una corriente que, en lugar de perseguir la convergencia económica de las regiones como solución de los desequilibrios territoriales, aboga por la identificación de los puntos fuertes y débiles de cada territorio para determinar qué elementos se pueden potenciar y corregir para lograr una situación interna armónica. Esta visión de la economía regional se podría valorar en cuanto a su aplicabilidad en economía de la salud para el caso español para tratar de identificar alternativas al actual sistema compensatorio.

A la espera de un modelo alternativo de distribución de las compensaciones presupuestarias sanitarias, la probabilidad de eliminar las diferencias territoriales en las partidas presupuestarias asignadas va a seguir siendo muy baja. Si persiste un modelo sustentado en un déficit crónico y en el que, a pesar de haberse transferido

las competencias en sanidad, es necesario colaborar desde el Estado para compensar las diferencias de las partes, estaremos hablando de un sistema descentralizado que en realidad no lo es y acerca del cual cabe preguntarse si sería más sostenible con el modelo actual, con el modelo completamente centralizado, o con otro modelo que aún no se ha planteado.

Un sistema sanitario sustentado con el sistema impositivo necesita que los ingresos siempre estén equilibrados respecto de los gastos y eso, no sólo no se cumple actualmente a nivel estatal, tampoco en la mayoría de las comunidades autónomas. El efecto del envejecimiento de la población, del uso intensivo de la tecnología existente, acompañado de una disminución progresiva de contribuyentes arrojará un balance que puede hacer peligrar la sostenibilidad del sistema sanitario y que podría hacerse más evidente en determinadas comunidades a muy corto plazo. Si hay que compensar a las regiones más afectadas, el problema de la financiación de la sanidad puede ver aumentada su complejidad en lugar de disminuida, incluso a pesar de la superación de la crisis a nivel macroeconómico.

Otra reflexión importante que se desprende de los resultados del estudio es que, en la superación de la crisis estimada en cuanto a su consolidación, a partir de 2014, es decir dos años después respecto de los datos presentados, no va a ser suficiente con la mejora de los indicadores macroeconómicos sino que va a ser esencial que se reactive el mercado laboral de base y, sobre todo, el que proporciona empleo a los jóvenes. De nuevo, la determinación del impacto de esta situación en la salud percibida y en el riesgo de desarrollo de problemas de salud mentales, va a depender de la disponibilidad de información adecuada para llevar a cabo los análisis pertinentes.

Las conclusiones parciales del estudio acerca de cada indicador analizado se han ido presentando a lo largo del estudio. A partir de ellas podrían esgrimirse recomendaciones como las que aporta el Informe de la OCDE del año 2014. Todas ellas pueden considerarse pertinentes y adecuadas. Sin embargo, más allá de la homogeneización de prácticas clínicas, gestión y procesos, está el problema de fondo más delicado de abordar por sus implicaciones políticas: si existe una desproporción del PIB per cápita entre territorios autonómicos que no parece vaya a aminorar, si todos los ciudadanos tenemos los mismos derechos de atención sanitaria y si el Estado debe compensar y cubrir las diferencias regionales que se producen, ¿qué se debe hacer para que nuestro sistema sanitario sea más solvente y perdurable?. Es muy difícil responder de forma desapasionada. Existiría un gran campo de actuación de mejora de eficiencia en la integración de procesos asistenciales y en los réditos obtenidos de la eliminación de los actuales silos asistenciales (primaria, hospital y cuidado residencial), en términos de recursos liberados para su reinversión.

En definitiva, la recesión y la respuesta política de austeridad han empeorado sensiblemente los determinantes sociales de la salud de las poblaciones y los territorios y, aumentado las desigualdades sociales. Con la información que hemos manejado

hay dificultades insalvables para establecer asociaciones causales entre la recesión y los resultados en salud cuando se quiere analizar el impacto inmediato. Es muy probable que en informes venideros con mayor horizonte temporal, se pueda avanzar. No obstante, sabemos por la abundante literatura existente, que el empeoramiento de los determinantes sociales provocará efectos a corto, medio y largo plazo, y que algunos de estos efectos pueden ser indelebles. Por último, la falta de indicadores ad hoc y las mejoras en algunos grupos poblacionales pueden estar enmascarando el empeoramiento de los grupos más afectados y vulnerables.

REFERENCIAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Aguado-Blázquez, H., Cerdà-Calafat, I., Argimon-Pallàs, J. M., Murillo-Fort, C., & Canela-Soler, J. (2011). Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. Medicina Clínica, 137, 55-59.

Cuadrado, J.R. y Maroto, A. (2010) Cuaoomic Growth and Convergence. Lessons from the Spanish Case; Heildelberg Capítulo 7 (2010): Servicios y regiones en España, Estudios de la Fundación, 29, Fundación de Cajas de Ahorros, Madrid.

Del Llano Señarís, J. (2009). Sanidades Autonómicas: ¿solución o problema? Circulo de la Sanidad. ISBN: 978-84-95552-77-8

Demografía, INE Base, 2014

Encuesta Nacional de Salud, 2008-2012

Indicadores Europeos de Salud (ECHI), 2014

INE, Encuesta de Población Activa 2002-2014

INE, datos de población extranjera del INE 2000-2014

López-Casasnovas, G. La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria vol. 28(S1):18–23.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Indicadores Clave del SNS

OECD (2013), OECD Health Statistics 2013, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

OECD Health Policy Studies. Geographic Variations in Health Care. What do we know and what can be done to improve health system performance?, OECD 2014.

Segura Benedicto, A. (2014). Informe SESPAS. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España. Gaceta Sanitaria. 2014; 28(S1):7–11.