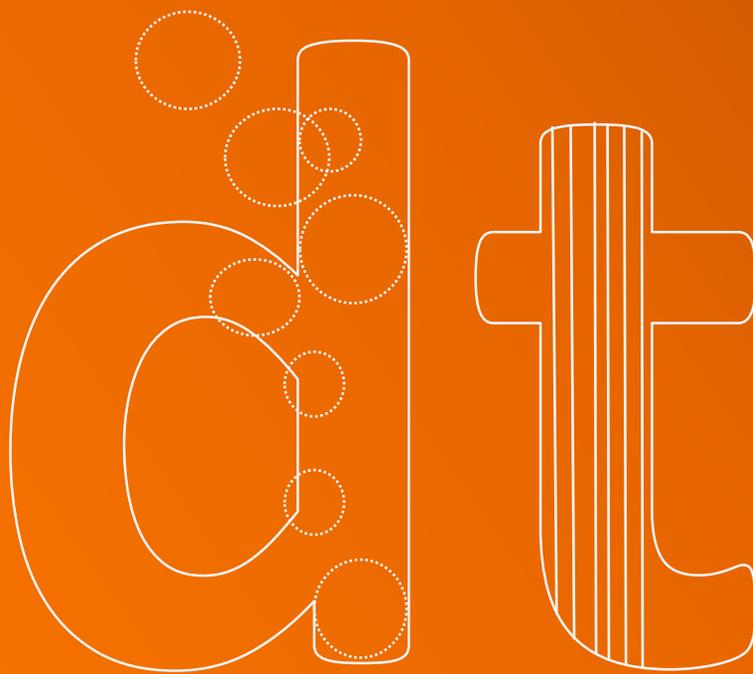


Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España



d o c u m e n t o s d e t r a b a j o

Equipo de trabajo EASP

Guadalupe Carmona López

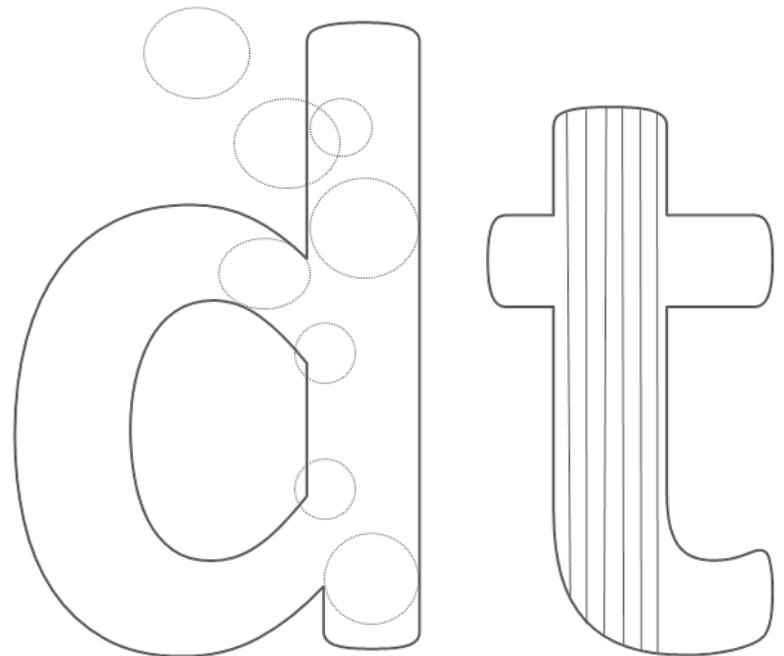
Luis Andrés López Fernández

Óscar Javier Mendoza García

Ignacio Oleaga de Usategui

ISBN: 978-84-606-7700-0

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es



ÍNDICE

Presentación	1
Resumen ejecutivo	3
1. Componentes del modelo	9
1.1. Contexto institucional, político y social	11
1.2. Estructura social	13
1.3. Condiciones de vida y trabajo	14
1.4. Estilos de vida y conductas	15
1.5. Factores psicosociales individuales	15
1.6. Cohesión social, exclusión e integración social	16
1.7. Sistema sanitario	17
1.8. Salud y desigualdades en salud	19
2. Contexto institucional, político y social	20
2.1. Capacidad adquisitiva de los hogares	21
2.2. Disponibilidad de fondos del gobierno	32
3. Estructura social	37
3.1. Elementos de demografía	38
3.2. Población por nivel educativo	43
3.3. Población extranjera	44
4. Condiciones de vida y trabajo	46
4.1. Población activa y desempleo	47
4.2. Hogares con problemas de goteras, humedades o podredumbre	49
4.3. Hogares que no pueden permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada	50
4.4. Hogares con retrasos en el pago de hipoteca o alquiler	51
4.5. Hogares con retrasos en el pago de recibos de suministros básicos	52
5. Estilos de vida y conductas	53
5.1. Tabaco	54
5.2. Alcohol	55
5.3. Obesidad y sobrepeso en adultos	56
5.4. Obesidad y sobrepeso en niños	57
5.5. Sedentarismo	58
6. Factores psicosociales individuales	60
6.1. Matrimonios y separaciones	61
6.2. Bajo apoyo social	63
6.3. Grado de felicidad	64

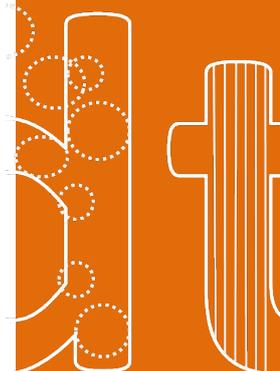
7. Cohesión social, exclusión e integración social	65
7.1. Índice de Gini	67
7.2. Ratio 20/80 de ingresos	68
7.3. Personas en riesgo de pobreza o exclusión social	69
7.4. Menores de 18 años en riesgo de pobreza o exclusión social	70
7.5. Desigualdad de género	72
7.6. Índice de percepción de la corrupción	73
8. Sistema sanitario	75
8.1. Gasto sanitario	76
8.1.1. Gasto sanitario público	78
8.1.2. Gasto sanitario privado	83
8.2. Cobertura del sistema	85
8.3. Costes de la prestación	87
8.3.1. Equipamiento	87
8.3.2. Profesionales	91
8.3.3. Actividad	95
8.4. Uso de servicios públicos y privados	100
9. Salud y desigualdades en salud	106
9.1. Esperanza de vida	108
9.2. Mortalidad infantil	114
9.3. Años potenciales de vida perdidos	115
9.4. Mortalidad	118
9.5. Salud auto percibida	128
9.6. Enfermedades crónicas y de larga evolución	131
9.7. Consumo de medicamentos	136
Referencias	139
Anexo: índice de gráficos	140
Anexo: índice de tablas	146

Este informe aporta información sobre este programa de seguimiento del impacto de la crisis económica sobre el sistema sanitario y sobre la salud en España.

Partimos de un marco conceptual que pretende definir las categorías de información que van a ser abordadas a lo largo de la serie y algunas precisiones sobre el método que vamos a emplear. En el capítulo inicial se definen las grandes áreas de información que vamos a seguir a partir de una determinada categorización para los **Determinantes sociales** de la salud, la **Salud y las desigualdades**, dando un énfasis especial a los **Servicios sanitarios**, vistos tanto como determinantes de la salud y también como variable dependiente.

Se analiza el **Contexto Institucional, político y social** en el que se produce la crisis económica española y sus características esenciales, la **Estructura social**, las **Condiciones de vida y de trabajo**, los **Estilos de vida y las conductas** de los ciudadanos, los **Factores psicosociales**, la **Cohesión social y la exclusión e integración social**. Se detiene en los **Servicios Sanitarios**, analizando las políticas sociales, los ingresos del Estado y la capacidad adquisitiva de los ciudadanos, el modelo de prestación de servicios, analizando la cobertura, los costes y la utilización de los servicios sanitarios. La **salud y las desigualdades de salud** se estudian a partir de bases de datos nacionales e internacionales y se hace una comparación con otros países de nuestro entorno socioeconómico.

Se han seleccionado para cada área de información indicadores que están disponibles en general para los países de la Unión Europea, algunos otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y para las Comunidades Autónomas. Además, se ha pretendido elegir indicadores que fueran necesarios para hacer un marco comprensible de la crisis o que eran previsiblemente “sensibles” a la crisis.



En este informe encontraremos diferentes niveles de profundidad de los indicadores según la categoría de información analizada, siendo en los informes posteriores donde se pretenderá que todos ellos presenten la información comparada tanto a nivel internacional como entre Comunidades Autónomas.



España es un Estado descentralizado con tres niveles de gobierno: central, regional o autonómico y local. La articulación territorial de España en Comunidades Autónomas como base del modelo de organización económica y social, junto con la descentralización de importantes instrumentos potencialmente redistributivos como la sanidad o la educación y su potencial impacto en la evolución de las desigualdades justifican el enfoque adoptado en el análisis del contexto institucional, político y social adoptado en este informe.

La evolución de la capacidad adquisitiva de los hogares para cubrir sus necesidades nos permite dar a conocer el principal efecto de las políticas relacionadas con el estado de bienestar que se están llevando a cabo bajo el paraguas de la situación de crisis económica y financiera por la que está atravesando el país. Por otro lado se analizan sus efectos sobre la disponibilidad de fondos del gobierno con especial énfasis en el efecto redistributivo de sus políticas entre los diferentes sectores.

A mediados de la década de los noventa se inicia un ciclo económico, con una larga etapa expansiva que dura hasta 2007 y una fase recesiva que se inicia en 2008 y que aún no ha concluido. Dicha expansión estuvo impulsada por un escenario de estabilidad macroeconómica. Ese proceso de crecimiento se basó en una intensa creación de empleo, con incrementos de la población activa derivados en gran medida por los flujos migratorios y por la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo.

De 2000 a 2007, se observa una pérdida de peso de las rentas del trabajo –participación de la remuneración de los asalariados en el PIB- debida quizás en parte a la moderación salarial, a la contención de precios y sobre todo a la alta rentabilidad de algunos sectores productivos como la construcción, los servicios inmobiliarios y los servicios financieros. Posteriormente, en los dos primeros años de la crisis este peso repunta sensiblemente debido principalmente a la destrucción de empleo en los sectores, segmentos y ocupaciones peor remuneradas junto con el desplome de los sectores centrales de la crisis. No obstante a partir de 2010 se inicia una gran caída dado que el desempleo se

extiende a categorías y colectivos mejor remunerados junto con la contención salarial pactada con los sindicatos y la reducción de sueldo de los empleados públicos. Según la Contabilidad Nacional, se observa un crecimiento moderado de la renta bruta disponible de los hogares desde 2000 hasta 2009, iniciando su descenso hasta alcanzar en 2012 un nivel similar a 2006, si bien no todos los hogares y por tanto no todas las personas han participado de igual forma de esta evolución.

El descenso de las rentas medias se ha traducido en una bajada de los umbrales de riesgo de pobreza en los últimos años, pese a lo cual ha seguido aumentando la proporción de población en situación de pobreza, quizá como consecuencia del efecto conjunto de incremento del grupo de población en la franja de rentas bajas y el descenso más acusado de sus rentas medias. Concretamente, desde 2008 y hasta 2012 el porcentaje de población en situación de pobreza se incrementó hasta alcanzar el 22,2%, 2,5 puntos porcentuales en 4 años.

Se observa una disociación entre la evolución de la renta y de la riqueza lo que incide en las decisiones sobre el consumo y el endeudamiento de los hogares y de manera más sensible sobre la utilización de servicios sanitarios públicos y privados. La renta media a finales de 2010 era de 34.700 euros y la mediana de 25.400 euros mientras que la riqueza media y mediana se situaba en 266.700 y 153.300 euros, respectivamente. Mientras que en el periodo anterior a la crisis la renta media experimenta un leve descenso, incrementándose la mediana, observándose así una disminución de la dispersión de su distribución entre los hogares, la riqueza media aumenta disminuyendo en mayor medida la mediana. En el periodo posterior a la crisis todos los valores decrecen de forma intensa observándose un descenso de la riqueza tanto media (12,5%) como mediana (20,1%) más brusco que las rentas (3,1% y 8,5%, media y mediana respectivamente).

Desde el punto de vista del gasto del conjunto de Administraciones Públicas reflejo del destino más importante de los fondos disponibles del gobierno se aprecia desde el año 2000 un crecimiento, interrumpido en 2009 con un leve descenso en los dos años posteriores, situándose en 2012 a un nivel similar al de ese año.

En cuanto a la información sobre estructura social llama la atención especialmente la demográfica, dependiente sobre todo de los movimientos migratorios. España, que en el curso de las generaciones de la posguerra tardía y la del *baby-boom*, desde los años 60, había sido una población con fuerte migración al exterior, se convirtió en un país receptor de población desde finales de los años 90 y



vuelve a ser emisor de población a partir de 2011 en una dinámica que, de momento, solo apunta a una pérdida poblacional bastante abrupta.

En relación con las condiciones de vida destacan dos aspectos, el desempleo y la situación relacionada con la vivienda. La enorme tasa de desempleo española es uno de los peores efectos de la crisis sobre la sociedad española y, potencialmente, uno de los más peligrosos para la salud de los españoles. Podría tener efectos a corto plazo, pero todavía no se aprecian claramente en nuestros datos, por lo menos en los indicadores que hemos podido medir en este primer corte. Respecto a los problemas relacionados con la vivienda no hemos documentado el problema más visible socialmente, el de los desahucios, aunque sí ha empeorado claramente el retraso en el pago de los recibos de las hipotecas y también retrasos en el abono de los servicios básicos.

En el campo de los estilos de vida destaca que el tabaquismo es una epidemia que sigue siendo importante en España. Fuman más los varones que las mujeres, aunque en éstas está creciendo más deprisa. El consumo de alcohol es también relativamente alto en España.

La obesidad y el sobrepeso en adultos es un problema grave en la sociedad española. Es superior en varones y su evolución está estabilizada, pero desde antes del comienzo de la crisis. El sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes es también un problema importante. Es más prevalente en niños que en niñas, aunque en las niñas está creciendo un poco más deprisa. El sedentarismo es también un problema de salud pública importante, mayor en las mujeres que en los hombres y está creciendo de forma muy rápida en estos años de la crisis.

En general los estilos de vida seleccionados presentan un panorama en general malo de la población española (al compararnos con los países del entorno), con afectaciones diferentes según la edad y el sexo. Pueden estar señalando un problema más grave para el futuro, sobre todo como potenciales precursores de las enfermedades crónicas y quizá pueda afectar a la longevidad de estas generaciones.

En relación a los factores psicosociales individuales se observa una tendencia decreciente, débil, en el número de matrimonios en España. Existe un aumento en el número de personas que se consideran infelices, en ambos sexos, pero de crecimiento más intenso en las mujeres. En este caso sí que podría haber una causalidad relacionada con los problemas derivados de la crisis económica. El disponer de bajo apoyo social se ha mantenido relativamente estable en las encuestas de antes y de después de



la crisis, aunque ha bajado un poco el apoyo social que reciben las mujeres. Este indicador puede ser muy relevante para el seguimiento de la crisis en estos próximos años.

Sí que pueden apreciarse en este conjunto de variables alguna influencia de la crisis económica y quizá encontrarnos con una mayor vulnerabilidad psicológica. Por otro lado no parece detectarse, de momento, una fractura grave en las redes sociales que disminuya el apoyo social. Esta última es una clave esencial en la evolución en el marco de una crisis de esta naturaleza.

En los determinantes de carácter social detectamos algunos de los problemas más importantes derivados de la crisis y con potenciales efectos intensos sobre la salud, sobre todo de forma diferida o a largo plazo. España es el país de Europa en el que más han aumentado las diferencias de los ingresos entre la población, en cualquiera de los indicadores. Se ha hecho un país muy desigual para los términos europeos. La crisis y sus consecuencias, sobre todo el paro, el riesgo de pobreza o exclusión social y el aumento de las riquezas de los más ricos están poniendo a España, probablemente, en riesgo de la ruptura de su cohesión social. En Europa no se ha producido este empeoramiento de los índices de Gini y 20/20 en la media entre los países, que se mantienen estables en general, incluidos Portugal, Italia e Irlanda. Solo Grecia acompaña a España en el abismo de la desigualdad creciente.

España también está afectada por otro grave problema en términos de salud: el aumento de la pobreza. Uno de los indicadores más problemáticos es el riesgo de pobreza o exclusión social en la infancia. En nuestro caso lo medimos en los menores de 18 años. España ocupa el lugar 22 de los países de la UE. Solo seis países están peor que España Si medimos el riesgo de pobreza únicamente, solo en Rumanía los niños están peor que los españoles.

En España también se ha deteriorado comparativamente el Índice de Percepción de la Corrupción.

En relación con los Servicios Sanitarios se han analizado los componentes relacionados con el gasto sanitario; la cobertura del sistema, desde el punto de vista poblacional; los costes de la prestación a través de métricas relacionadas con la capacidad del sistema sanitario para dar respuesta a las necesidades de la población; y de los patrones de uso de servicios sanitarios públicos versus privados, desde la perspectiva del gasto sanitario para cada una de las funciones de atención a la salud por agente de financiación.



El gasto sanitario total tiene una evolución creciente que se vuelve descendente a partir de 2009, fundamentalmente por la disminución del gasto en las Administraciones Públicas, ya que el gasto sanitario privado se mantiene constante en estos años. En porcentaje del PIB también desciende, del 9,6% en 2009 al 9,3% en 2011 último año del que disponemos de datos. El gasto sanitario público por habitante disminuye en el total, aunque es variable la disminución por Comunidades Autónomas.

La cobertura del sistema es afectada sobre todo por el Real Decreto Ley 16/2012, que deroga algunos artículos de la Ley de Cohesión y de Extranjería privando del derecho de asistencia normalizada varios colectivos, fundamentalmente a los emigrantes empadronados en España y sin cobertura de la Seguridad Social, y a varios colectivos más. Supone volver al reconocimiento del derecho a la asistencia a partir de la normativa de la Seguridad Social. Posteriormente otro Real Decreto establecía que por debajo de 100.000 euros al año se tendría derecho a la asistencia, condicionando a las gestiones correspondientes el citado derecho a la asistencia.

En relación con los costes de la prestación se han producido un conjunto de cambios que le afectan, como la disminución del número de camas instaladas en el sector público, el ascenso y estabilización a partir del año 2010 de Tomógrafos Axiales Computarizados, la estabilización o disminución del número de profesionales médicos o de enfermería, variable según Comunidades Autónomas. Se ha producido también una disminución de la población asignada por médico de familia.

En cuanto al tipo de servicios se han producido en estos años algunos cambios relevantes, desde antes de la crisis, como el aumento de la cirugía sin ingreso, la hospitalización de día, la introducción de la receta electrónica en algunas comunidades, la historia clínica digital que han supuesto determinados cambios en los indicadores de actividad, como el ligero descenso del número de altas hospitalarias, aumento de la ambulatorización quirúrgica, disminución de la frecuentación a la Atención Primaria (a partir de 2009) y una estabilización de las consultas a urgencias. Una buena parte de estos datos los tenemos disponibles solo hasta 2011 por lo que no pueden detectar el efecto de las medidas del Decreto Ley de 2012 antes citado.

La situación de salud en general en España es muy buena comparativamente con los países desarrollados y se mantiene con altos niveles desde el comienzo de las series que manejamos, desde el año 2000 por lo menos. La esperanza de vida al nacer es privilegiada y la mayor parte de los indicadores, al compararlos con los de los países europeos son favorables.



Como factores causales de esta situación favorable se ha argumentado que los determinantes serían el modo de vida mediterráneo, incluida la dieta asociada, el mantenimiento de sólidas redes sociales y de vínculos familiares y en las últimas décadas el disponer de unos servicios del estado del bienestar, relativamente poco desarrollados en España, pero mínimamente existentes, incluidos unos servicios de salud universales, comparativamente baratos, de buena calidad profesional y aceptados por la población.

Podría haber un estancamiento, e incluso un ligero descenso en el último año del que disponemos de datos, de las tendencias de mejora en España, pendiente de confirmar con datos futuros. Hay, también, por ejemplo, un ligero repunte en España y Suecia de la mortalidad infantil.

Los puntos negros de esta situación de salud española se pueden situar sobre todo en la relativamente alta mortalidad y años potenciales de vida perdidos sobre todo en varones por cánceres y tumores. Otros déficits se sitúan en la expectativa de vida con buena salud, especialmente por encima de los 65 años, tanto en hombres como en mujeres. Indicador que probablemente es indicativo de déficits en políticas sociales y del estado del bienestar. En España ha habido un descenso, de momento aislado, en el valor de este indicador. También en Grecia y Holanda.

Los accidentes, en especial los de tráfico en varones, eran un problema de salud importante en los comienzos del período de estudio (año 2000), pero ha sido espectacular su descenso, y están mejorando a las tasas de varios países europeos. Parece haber habido una aceleración del descenso de accidentes de tráfico (una mejora) coincidiendo con los años de la crisis.

La mortalidad por suicidio en España mantiene su ligero descenso. En Grecia, Portugal y Holanda se produce un ligero repunte en el último año, que habrá que seguir en informes sucesivos.

Los españoles tienen una buena salud percibida, comparativamente con los países de Europa, peor que los ciudadanos suecos, pero mejor que muchos países europeos desarrollados y claramente mejor que los otros países mediterráneos.

La prevalencia de las enfermedades crónicas en España es baja, sustancialmente más baja que las centroeuropeas. En Europa la tendencia es a la estabilidad. En España se produce una evolución al descenso, con la excepción de la diabetes.



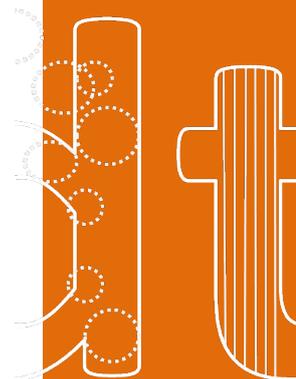
1. COMPONENTES DEL MODELO

El objetivo de este apartado es describir el modelo que se va a utilizar en este informe. Describiremos sus componentes comentando brevemente las relaciones entre ellos y su vinculación con la crisis económica, con las políticas que se llevan a cabo para enfrentarla, por lo menos a nivel discursivo, así como sus influencias en la salud y en las desigualdades en salud.

Para la construcción de un esquema de trabajo operativo (Figura 1) hemos utilizado los modelos de la Comisión Nacional para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010), el marco conceptual utilizado por la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de Salud (OMS, 2008) y documentación técnica del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. Como el foco de los informes es la salud y los sistemas de salud, a los servicios sanitarios se les considera en un doble papel, por un lado como determinante proximal de la salud y por otro como expresión del contexto socio-político y de la acción de gobierno sobre este importante componente del estado de bienestar. Para este fin este documento elabora un modelo propio.

Analizar el impacto de la crisis sobre la salud y el sistema sanitario en España obliga a contar con un conjunto de indicadores que permitan un seguimiento temporal en forma de panel o, si no es posible, mediante cortes transversales y que idealmente estén disponibles, en las diferentes Comunidades Autónomas (normalmente sistemas de información estatales con desglose a ese nivel) y a nivel internacional en los países de la Unión Europea, de la OCDE o del sistema de las Naciones Unidas, en especial la OMS EURO, OMS (sede central de Ginebra), PNUD, UNESCO, UNICEF, FAO o la ONU directamente.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta en este estudio es que muchas de las repercusiones de la crisis sobre la salud y sobre las desigualdades van a ser de carácter diferido (A. Rico y E. Blakey, 2012), por lo que, en muchos casos, tendremos que confiar en el conocimiento sólido disponible sobre la relación entre los factores determinantes tanto estructurales y contextuales como otros más proximales y de todos ellos con la salud y con las desigualdades en la salud.



1.1. Contexto institucional, político y social

El conjunto de las causas de la salud y de las desigualdades en la salud se produce en el marco de un contexto institucional, político y social. En este contexto hay muchas variables y muchas influencias. Vamos a tratar de entresacar algunas de ellas especialmente significativas para nuestros fines, que están relacionados con las ya citadas **salud y desigualdades**, con los **servicios de salud** (uno de nuestros focos) y que sean especialmente relevantes en una situación de crisis y que influyen tanto en la propia **crisis** como en las **políticas** que se están tomando para enfrentar la crisis o, por lo menos, que se dice que son tomadas por causa de la crisis. Utilizamos fundamentalmente los documentos técnicos de la Comisión Mundial (O. Solar y A. Irwin, 2007), de la Comisión Nacional de Lucha contra las Desigualdades, así como los documentos que utilizamos en nuestro modelo de estudio de los servicios de salud. Todo ello nos ayuda a seleccionar de todo un contexto inabarcable, aquello más importante para nuestros fines operativos.

Algunos de los bloques de los factores contextuales son el Sistema Institucional, la forma de organización de los poderes políticos ejecutivo, legislativo y judicial así como el entramado de naciones y de regiones que conforman España, con sus estructuras políticas en el nivel Central, en las Comunidades Autónomas y en el nivel local (con sus diferentes estructuraciones y formas de agrupamientos). En esta dimensión nos interesa en el campo de la salud y la crisis, de forma muy relevante, el nivel europeo que afecta de forma notoria tanto en aspectos sociales, económicos y en las limitaciones y marcos que tienen las políticas. Este mundo de cuatro niveles (por simplificar) se articula con un mundo de múltiples sectores en el que se desarrollan la sociedad y la economía (salud, bienestar, finanzas, agricultura, industria, comercio, etc.). Puede decirse que el entramado institucional es un mundo multiniveles y multisectorial. En ese mundo que podemos representar por un eje de coordenadas se produce la salud, la crisis y se aplican las políticas (Figura 2). Este mundo institucional tiene sus tradiciones, sus normas, y en él participan los actores, que no son solo el mundo político, sino que está engranado con el sector privado y con la propia sociedad civil.

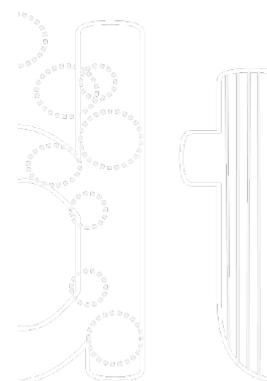
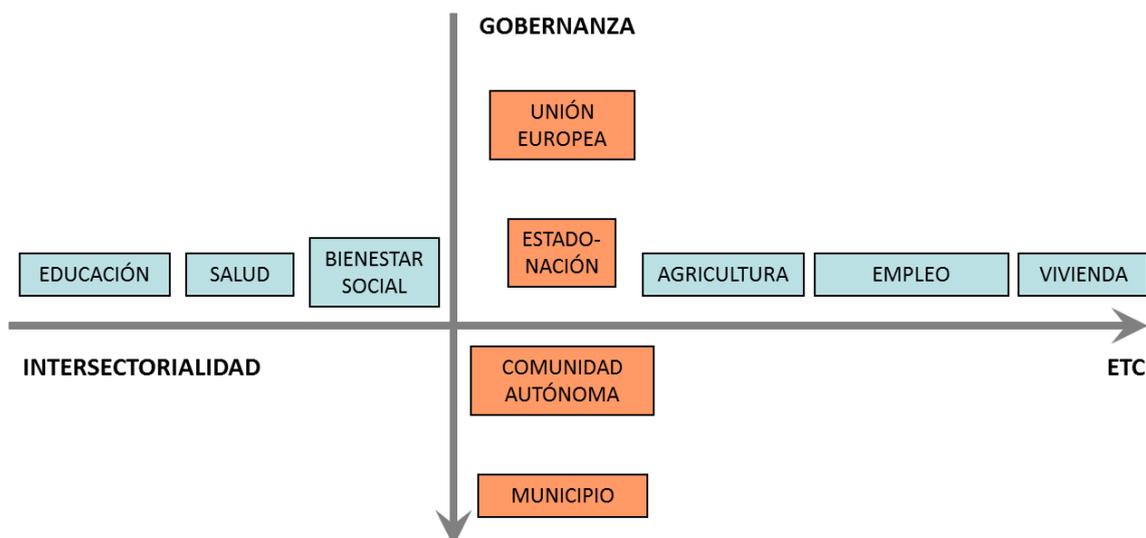


Figura 2. Un mundo multisectorial y multiniveles.



Fuente: Secretaría General de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida.
Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.

Otros elementos que forman parte del contexto son los derechos del ciudadano, sociales, económicos y políticos, los sistemas de valores que conforman las culturas diferentes del país, la preeminencia de la cooperación versus la competencia entre los valores compartidos, la responsabilidad social, **la prioridad que la sociedad otorga a la salud** y todo el armazón que conforman la cultura y las leyes.

Nos interesa de forma muy especial en el Contexto el tema de la elaboración y la implementación de las políticas. Las políticas macroeconómicas enmarcan tanto la crisis económica como las decisiones políticas. Son un punto esencial necesario para entender lo que está pasando en la sociedad y las políticas que se están tomando. En nuestro caso y a efectos de este informe nos importa de forma muy especial la **política fiscal** que condiciona de forma importante la capacidad de gasto del gobierno y la de los ciudadanos. Los indicadores de la deuda pública y el déficit presupuestario están condicionados por ella.

En el marco de los servicios de salud españoles el reparto de los fondos públicos entre las Comunidades Autónomas es el elemento fundamental de la financiación real de los servicios sanitarios autonómicos. Esta financiación se produce en base al **Modelo de financiación autonómico**.

Además de las políticas macroeconómicas nos deberemos centrar con especial interés en las políticas relacionadas con el Estado del Bienestar y el Mercado de Trabajo, piezas claves en la respuesta



política a la crisis. En esta crisis el desempleo en nuestro país está siendo el mayor de Europa y está creando previsiblemente problemas de salud de diverso tipo de manera directa (factores determinantes de Condiciones de Vida y de Trabajo), pero también está siendo un factor contextual para una buena parte de situaciones. Pero no solo afectan a la salud en esta crisis las políticas económicas, sino también las que se realizan en los otros sectores sociales como el de la construcción, la banca, tráfico, comercio interior y exterior, agricultura, etc.

Entre las políticas es especialmente necesario monitorizar a las políticas de los sectores del bienestar social, lo que es un marco necesario para entender la situación actual, piénsese en el sector de la dependencia, el educativo, las pensiones, etc. Pero, naturalmente el propio sector salud se ve afectado por múltiples políticas como la disminución salarial de los funcionarios (los médicos públicos españoles son funcionarios) como aquellas otras medidas más específicas del propio sector como la extensión y profundización del copago, las medidas de ahorro instauradas, procesos de privatización, ampliación de las externalizaciones, eliminación de la cobertura sanitaria de ciertos colectivos, limitaciones en cartera de servicios, posibles variaciones de las listas de espera, **grado de priorización del sector salud por los gobiernos** y un largo etcétera.

1.2. Estructura social

La estructura social está configurada alrededor de dos conceptos esenciales, uno es el poder y la distribución del poder en la sociedad y, relacionado con él, la posición socioeconómica, determinante fundamental de la salud de la población y, en especial, de la distribución social de la salud, lo que es fundamental en las desigualdades en la salud.

La posición socioeconómica actúa como determinante causal de la salud a través de los factores determinantes intermediarios más proximales, como las condiciones de vida, los factores psicosociales, los estilos de vida y la accesibilidad a los servicios de salud.

Pero la posición económica puede actuar probablemente de forma más directa: determina la amplitud que tienen las opciones de los individuos para tener una mejor salud. De hecho, en estudios ya clásicos como los de Marmott y Rose (1981), al estudiar las desigualdades de posición social siempre encuentran diferencias mayores que las explicadas por los factores intermediarios



conocidos. Estas mayores diferencias son explicables o por la propia desigualdad de posición en la sociedad o por factores por identificar.

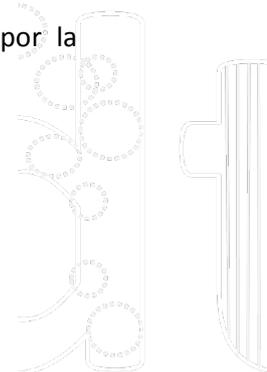
En buena medida, en el marco de este trabajo, la estructura social forma la base informativa para construir los denominadores que permitan estudiar las desigualdades de salud y, en nuestro caso, como se está comportando ante la crisis y las respuestas políticas. Así el género será en buena medida uno de los criterios para poder valorar las diferentes implicaciones y las posibles desigualdades que se está produciendo en estos años, y nos posibilitará aplicar un enfoque de género. En general la información de la estructura social será la fundamental para estudiar los “estratificadores sociales”.

Por otro lado, aunque los indicadores que midan la estructura social son relativamente estables en el tiempo (sexo, edad), en algunos casos serán buenos indicadores para medir, en especial, las políticas aplicadas durante esta crisis (por ejemplo variaciones en los ingresos o cambios en la demografía de los emigrantes), algunos pueden ser útiles y/o sensibles incluso a corto plazo.

1.3. Condiciones de vida y trabajo

Las condiciones de vida y de trabajo son llamadas a veces “determinantes sociales de salud en sentido estricto”, aunque aquí nos importa sobre todo su papel de influenciadores intermedios y directos sobre la salud. Es, probablemente, el grupo de determinantes proximales más importantes. Algunos de los indicadores con efecto a corto plazo en las recesiones graves y de las diferentes políticas a ellas aplicadas, pueden ser de este tipo. En el caso de España por ejemplo el desempleo, todo lo relacionado con la disponibilidad de vivienda (desahucios) y la carencia de alimentos, están conformando una de las caras más dramáticas de la crisis, las políticas y de los debates de la sociedad.

En este apartado seguimos sobre todo a Dalhgren y Withehead (1992), el “modelo de las capas”. Las desigualdades se manifiestan a través de dos mecanismos principales, la “exposición diferencial” y la “diferente vulnerabilidad”. Estos dos mecanismos están mediatizados en buena medida por la distinta posición socioeconómica.



1.4. Estilos de vida y conductas

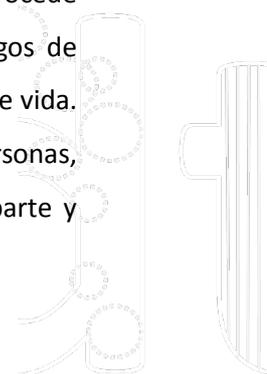
Los estilos de vida, las conductas y los comportamientos de las personas son factores intermediarios fundamentales en la salud de las personas así como en las desigualdades entre la salud de la gente. Existe mucha polémica, no obstante, entre el papel de las conductas en sí. Algunos las trabajan sin considerar sus causas sociales, a nosotros nos parece que esto es incorrecto y es una razón de la “culpabilización de la víctima”. Creemos en la necesidad de valorar los estilos de vida considerándolos con claras relaciones con la posición económica. Por ejemplo, pensamos que tener una dieta con alta proporción de grasas saturadas, no es a nivel colectivo una “elección libre” de cada persona sino que está condicionada por su posición socioeconómica u otras condiciones sociales, como la existencia de alimentos saludables a buen precio o simplemente disponibles en el entorno local. De hecho se encuentran variaciones según diferentes variables sociales que vincula a las conductas tanto con las dimensiones de la estructura social como con las condiciones de vida, así como también, indudablemente, con factores del contexto como las políticas gubernamentales y los factores culturales, por ejemplo los vinculados con la familia.

Es muy probable que podamos proponer indicadores muy poderosos en relación con las consecuencias de la crisis en este campo de los estilos de vida. De hecho la disponibilidad de datos anteriores y de la primera fase de la crisis de la última Encuesta Nacional de Salud ha sido importante en este trabajo.

Por las razones citadas más arriba habrá que medir los diferentes estilos y las conductas según los estratificadores de la estructura social.

1.5. Factores psicosociales individuales

En la interfase entre lo social pero cercana al individuo y asociada con él, existen un conjunto de determinantes proximales con una influencia probada sobre la salud y su distribución entre los estratos de la posición social. Un marco teórico que nos acerca a estos factores (entre otros) procede de las “teoría de las capacidades” de Amartya Sen (1999), que enmarcan los posibles rangos de opciones reales de las personas, tanto para sus comportamientos como para las condiciones de vida. Algunos de estos determinantes tienen que ver con la información de la que disponen las personas, sus actitudes y valores culturales, las “comunidades” e identidades de las que se sienten parte y



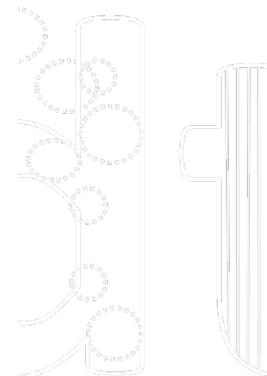
enmarcan su mundo local. Relacionado con la salud de forma probada están los apoyos sociales que en forma de red ayudan o no al individuo mediante sus redes familiares, redes de amistad, trabajo, colegas, afinidades, “tribus urbanas”. A través de las citadas redes se transmite información, apoyo, afectos, cuidados y otros elementos inmateriales de la vida. También la autoestima y el “sentido que tiene la vida” que parece estar condicionada por el entorno psicosocial más cercano, y que forma parte de este entramado que rodea al individuo en red.

Podría ser el estrés el vínculo biológico que media entre estos factores psicosociales y la mayor o menor salud de los individuos. El estrés podría provocar una distorsión del funcionamiento del sistema inmunitario que condicionara, por ejemplo cánceres de tipo diverso o podría causar también endurecimiento de las paredes arteriales generando hipertensión, aterosclerosis, enfermedades coronarias y otro tipo de problemas.

1.6. Cohesión social, exclusión e integración social

La importancia sobre la salud de un conjunto de factores que tienen que ver con el grado en el que una sociedad es solidaria y cohesionada forma diferentes tipos de “comunidades” dentro de ella, se asocia, participa, etc., tiene una influencia sobre la salud muchas veces discutida. A veces aparece bajo el epígrafe de Capital Social y otras vinculada con redes sociales de apoyo, mecanismos de soporte social, etc. No obstante, cada vez existe una evidencia más sólida sobre la gran importancia de estos aspectos a la hora de explicarnos la salud y las desigualdades sobre la misma. En este aspecto probablemente sean Wilkinson y Pickett (2009) los autores más convincentes en estos momentos.

La documentación técnica preparada para la Comisión Mundial de la Salud (2008), al no definirse con claridad sobre si sería un factor estructural o uno más proximal lo ubica, tras discutir sobre su importancia, como “factores transversales”. La Comisión Nacional de Lucha contra las Desigualdades de España lo estudia en su documentación técnica y luego parece ubicarlo fundamentalmente entre los factores psicosociales. En este documento lo trabajamos como bloque aparte sin entrar en otras consideraciones.



La crisis económica podría estar afectando fuertemente en este punto, siendo el aumento de las desigualdades sociales, el riesgo de polarización social, fragmentación y pérdida de la cohesión social uno de los problemas a vigilar.

1.7. Sistema sanitario

Los efectos de la crisis en el sistema sanitario se producen a través de una doble vía y en varias etapas. Por una parte, tiene sus efectos más próximos en la estructura social, incidiendo por ejemplo en el empleo y la pobreza, que pueden generar problemas de salud en los afectados pero al mismo tiempo una presión sobre el gasto social y sanitario tanto del gobierno como de los hogares. Por otra, el impacto final de la crisis sobre la salud dependerá de las respuestas políticas del gobierno central y regional para dar respuesta a las necesidades de la población de tal forma que se minimicen tanto el gasto sanitario diferido como la pérdida de salud a medio y largo plazo.

A pesar de la dificultad de establecer relaciones causales, la variedad de respuestas políticas que se están llevando a cabo tanto a nivel internacional, nacional y regional pueden dar lugar a un cambio significativo tanto en el modelo de atención sanitaria como en el patrón de utilización de servicios sanitarios públicos/privados, cuya monitorización resulta clave para valorar el impacto que pudieran tener en objetivos clave del sistema sanitario y en particular sobre la equidad, eficiencia y calidad del mismo.

Basándose en el marco elaborado por Musgrove (1987) y adaptándolo al contexto del sistema sanitario español, la Figura 3 trata de reflejar las áreas que potencialmente pueden verse afectadas, tanto a corto como a largo plazo, por las respuestas políticas a la crisis y por tanto susceptibles de monitorizar.

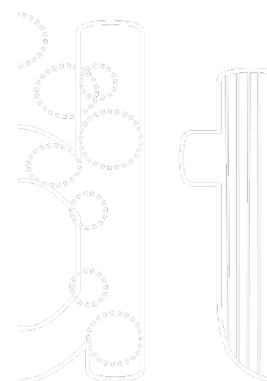
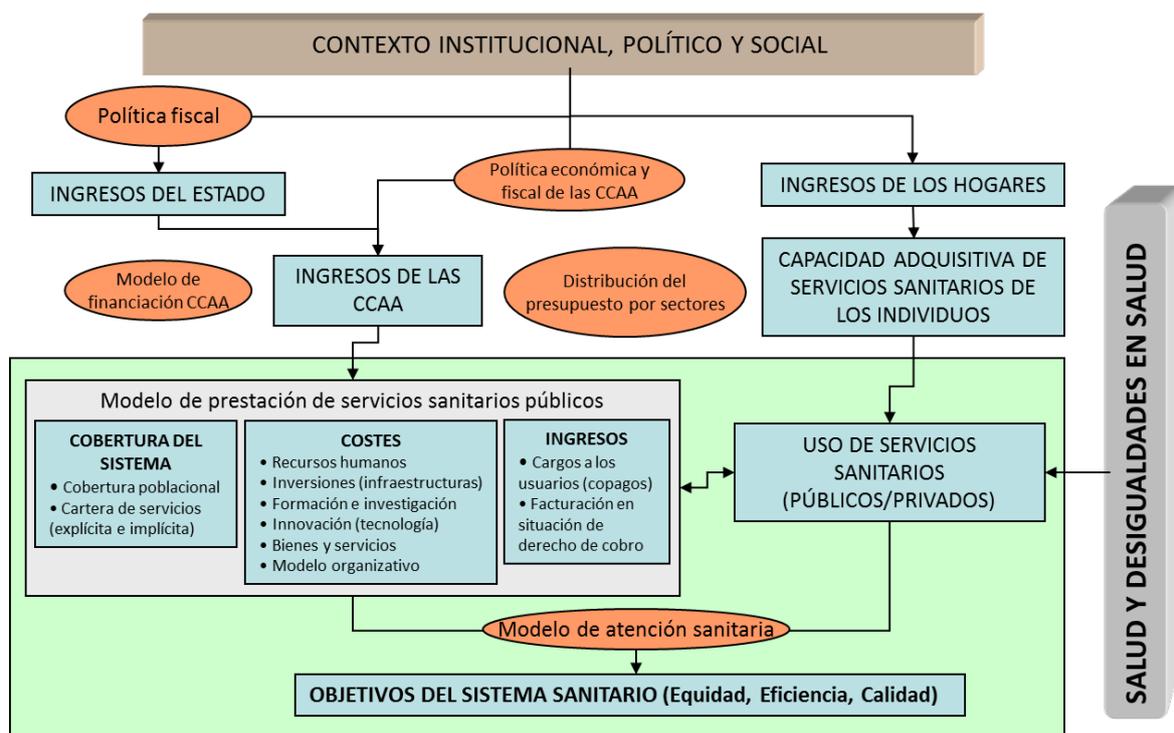


Figura 3. Marco para monitorizar los efectos de la crisis en los servicios sanitarios.



Fuente: elaboración propia.

El contexto macroeconómico tiene sus efectos más inmediatos tanto en la disponibilidad de fondos para financiar las obligaciones de gasto de los servicios públicos como en la capacidad adquisitiva de los hogares para cubrir sus necesidades.

Esa disponibilidad de fondos del gobierno junto con las consecuencias de la situación de la economía a nivel local y su capacidad para generar ingresos propios, repercute en la disponibilidad de fondos de las Comunidades Autónomas, responsables de la prestación de los servicios públicos transferidos y por tanto también responsables de la distribución de estos fondos entre dichos servicios públicos, entre ellos, los servicios sanitarios.

En cada Comunidad Autónoma, y según la distribución presupuestaria que se realice entre los diferentes sectores, el montante de fondos destinados anualmente a cubrir la atención sanitaria pública puede verse afectado, bien aumentándose, manteniéndose o disminuyéndose.

Con objeto de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público, en los últimos años se están adoptando medidas (tanto a nivel nacional como autonómico) que pueden incidir, potencialmente, sobre aspectos clave de la prestación asistencial relacionados con la **cobertura del sistema sanitario público**, los **costes de la prestación** e incluso con la **generación de ingresos**, lo que

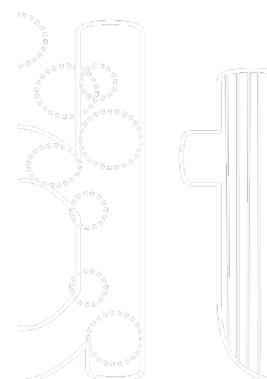
podría producir cambios en los patrones de utilización de servicios públicos y privados. Al mismo tiempo estos cambios en los patrones de uso pueden venir derivados de los efectos que la crisis pueda estar ocasionando en la capacidad adquisitiva de los hogares. Estas dos vías de cambio en el patrón de uso de los servicios sanitarios así como su interacción con el modelo de prestación de servicios sanitarios públicos, pueden conducir a un cambio del actual modelo de atención sanitaria que ponga en entredicho los objetivos clave del sistema sanitario en España (equidad, eficiencia y calidad de la prestación sanitaria).

1.8. Salud y desigualdades en salud

Los factores concretos que determinan la salud de la sociedad y los que causan las desigualdades de la salud no son necesariamente los mismos. De hecho en las tres décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, en Europa, EEUU y otras partes del mundo se ha producido una mejora sustancial de los indicadores de salud y, sin embargo, la desigualdad entre los estratos de la posición social se ha mantenido, incluidos los países más desarrollados. En este proyecto debemos, por lo tanto monitorizar los efectos de la crisis y de las políticas, tanto sobre la salud como sobre las desigualdades en la salud. Otro punto relevante para tener en cuenta es que una buena parte de los problemas de salud tienen un “período de latencia”, esto significa que no se van a manifestar a corto plazo sino que van a tener un, más o menos largo, efecto diferido.

Es importante tener en cuenta también que algunas situaciones de salud, por ejemplo la mala salud catastrófica desde el punto de vista económico, pueden tener efectos retrógrados sobre factores condicionantes intermediarios o estructurales.

Para la medición de la salud se utilizarán fundamentalmente indicadores epidemiológicos clásicos basados en la mortalidad, las bases datos administrativas de hospitales y centros de salud, sistemas de vigilancia epidemiológica, encuestas de salud y otros. Para el estudio de las desigualdades habrá que estratificar sobre la base de algunos de los elementos comentados al hablar de estructura social, por lo menos edad, género y uno o más que midan la posición social.



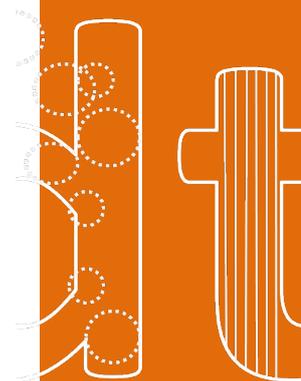
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL, POLÍTICO Y SOCIAL

España es un Estado descentralizado con tres niveles de gobierno: central, regional o autonómico y local. La articulación territorial de España en Comunidades Autónomas como base del modelo de organización económica y social junto con la descentralización de importantes instrumentos potencialmente redistributivos como la sanidad o la educación y su posible impacto en la evolución de las desigualdades otorgan de un interés especial el enfoque adoptado en este apartado.

En el ámbito financiero, la descentralización administrativa se inspira en los principios de autonomía financiera, coordinación y solidaridad, reconocidos en la Constitución Española de 1978. Tanto las Comunidades Autónomas como las corporaciones locales gozan de plena autonomía financiera para decidir y aprobar su propio presupuesto. Por tanto, en España además del presupuesto del Estado existen los presupuestos de las administraciones territoriales que no están en manos del gobierno central.

Con objeto de minimizar los desequilibrios territoriales desde el ámbito nacional se impulsan diferentes tipos de políticas o actuaciones de cohesión siendo las más relevantes la política fiscal y las prestaciones sociales, así como determinadas actuaciones públicas específicas como el Fondo de Compensación Interterritorial o el Sistema de Incentivos Regionales. No obstante, la principal fuente de recursos dirigida a promover el desarrollo de las regiones menos desarrolladas proviene del ámbito comunitario, principalmente del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) y del Fondo de Cohesión. Parte de estas ayudas es gestionada directamente por las Comunidades Autónomas, las corporaciones locales y las empresas públicas, y otra parte importante por el Estado, a través de los Presupuestos Generales del Estado.

Así pues, desde una perspectiva distributiva, en este apartado se analiza en primer lugar la evolución de la capacidad adquisitiva de los hogares para cubrir sus necesidades, principal efecto de las políticas relacionadas con el estado de bienestar que se están llevando a cabo bajo el paraguas de la situación de crisis económica y financiera por la que está atravesando el país. Posteriormente se analiza la evolución de la disponibilidad de fondos del gobierno así como el efecto redistributivo de sus políticas entre los diferentes sectores.

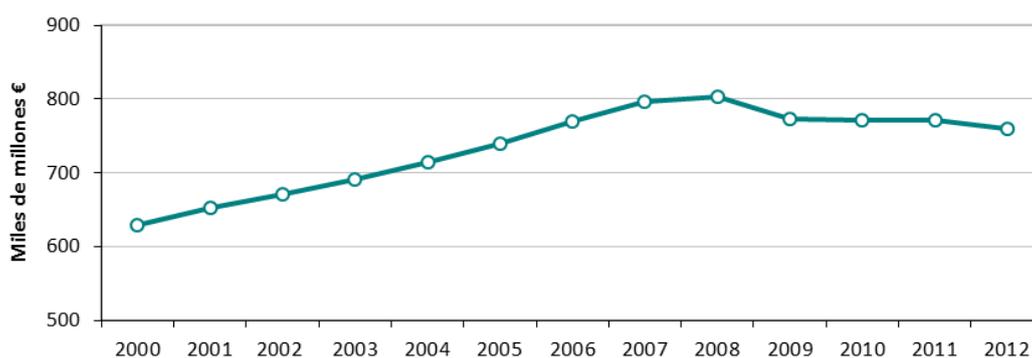


2.1. Capacidad adquisitiva de los hogares

El análisis de la distribución factorial de la renta, desde el punto de vista distributivo resulta de gran utilidad dado que los salarios constituyen la principal fuente de ingresos de la mayor parte de los hogares mientras que las rentas del capital se mantienen concentradas en determinados colectivos de personas.

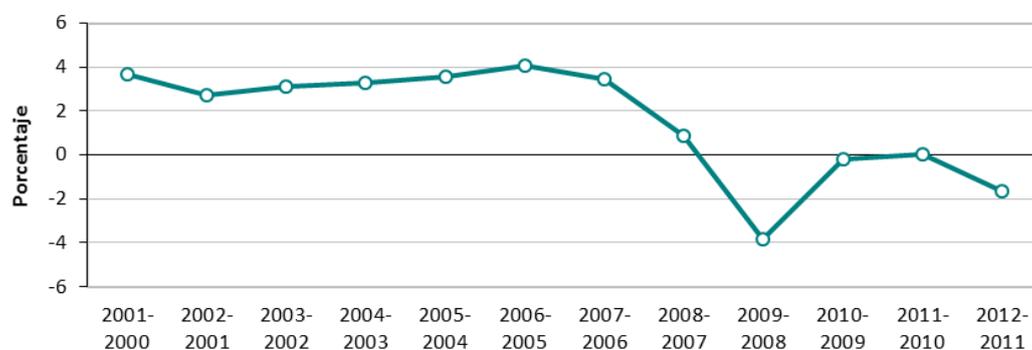
A mediados de la década de los noventa se inicia un ciclo económico, con una larga etapa expansiva que dura hasta 2007 y una fase recesiva que se inicia en 2008 y que aún no ha concluido (Gráfico 1 y Gráfico 2). Dicha expansión estuvo impulsada por un escenario de estabilidad macroeconómica. Ese proceso de crecimiento se basó en una intensa creación de empleo, con incrementos de la población activa (Gráfico 3 y Gráfico 4) derivados en gran medida por los flujos migratorios junto con la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo.

Gráfico 1. PIB real (deflactor nacional base 2000). España. 2000-2012.



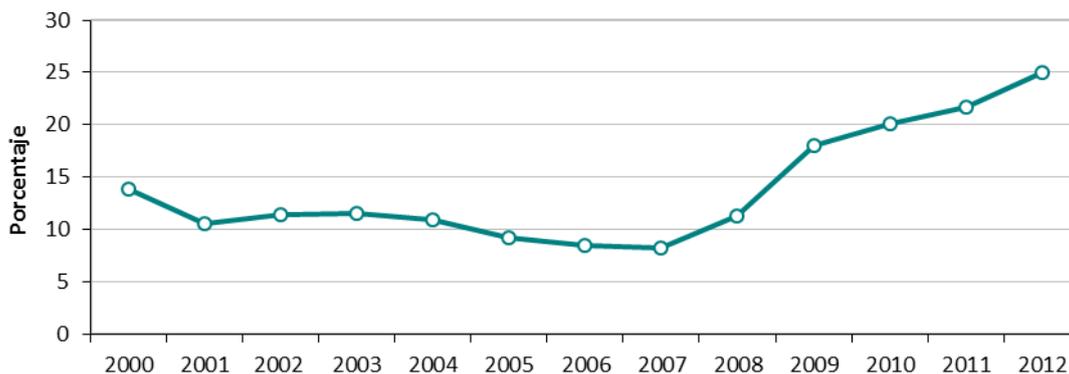
Fuente: OECD Statistics.

Gráfico 2. Variación del PIB real (deflactor nacional base 2000). España. 2001-2012.



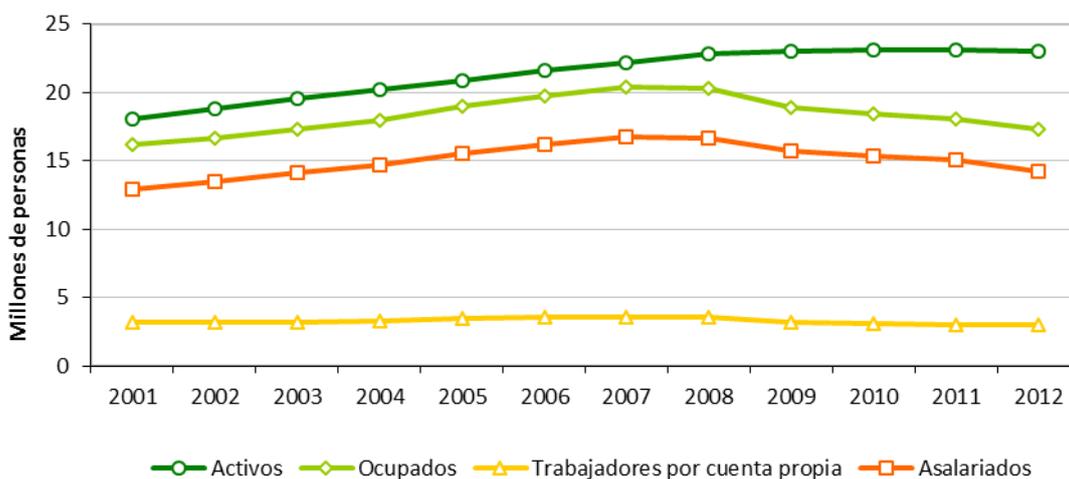
Fuente: OECD Statistics.

Gráfico 3. Tasa de paro respecto a la población activa. España. 2000-2012.



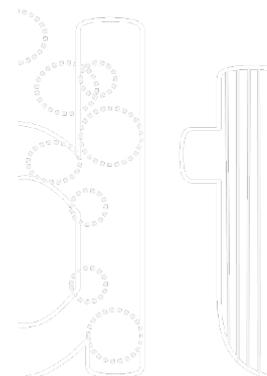
Fuente: elaboración propia a partir de The Short-Term Labour Market Statistic.

Gráfico 4. Población activa y ocupada por situación profesional. España. 2000-2012.



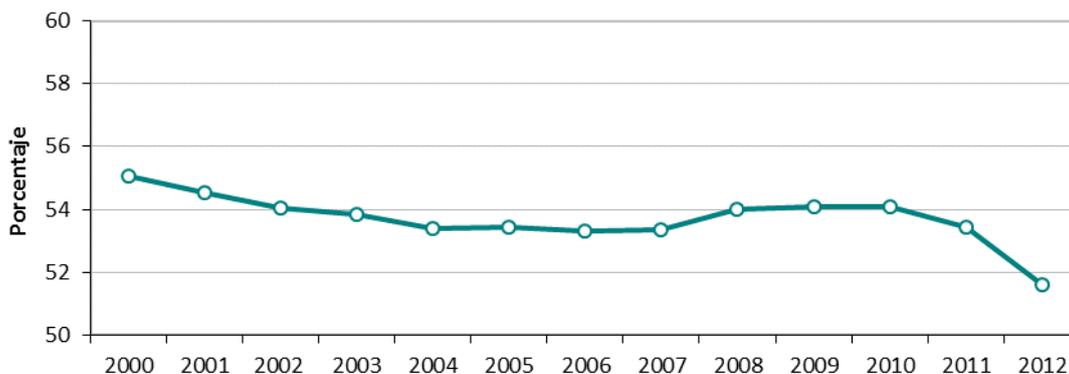
Fuente: Encuesta Población Activa. Instituto Nacional de Estadística.

En este periodo, la participación de los asalariados en el PIB presenta varias etapas (Gráfico 5). De 2000 a 2007, se observa una pérdida de peso de las rentas del trabajo quizás debida en parte a la moderación salarial, a la contención de precios y a la alta rentabilidad de algunos sectores productivos como la construcción, los servicios inmobiliarios y los servicios financieros. Posteriormente en los dos primeros años de la crisis este peso repunta sensiblemente debido principalmente a la destrucción de empleo en los sectores, segmentos y ocupaciones peor remuneradas junto con el desplome de los sectores centrales de la crisis.



No obstante a partir de 2010 se inicia una gran caída dado que el desempleo se extiende a categorías y colectivos mejor remunerados junto con la contención salarial pactada con los sindicatos y la reducción de sueldo de los empleados públicos.

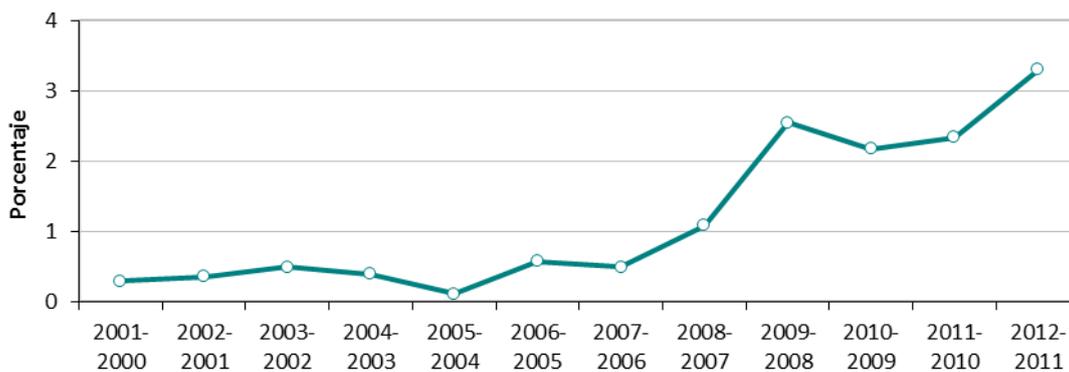
Gráfico 5. Participación de la remuneración de los asalariados en el PIB a coste de los factores. España. 2000-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de la Contabilidad Nacional de España.

Los datos de la Contabilidad Nacional muestran como en el periodo de 2000 a 2007 la productividad aparente casi se mantiene en el mismo nivel, incrementándose con fuerza a partir de 2008 (Gráfico 6) fundamentalmente debido al fuerte ajuste del empleo.

Gráfico 6. Variación de la productividad aparente. España. 2001-2012.



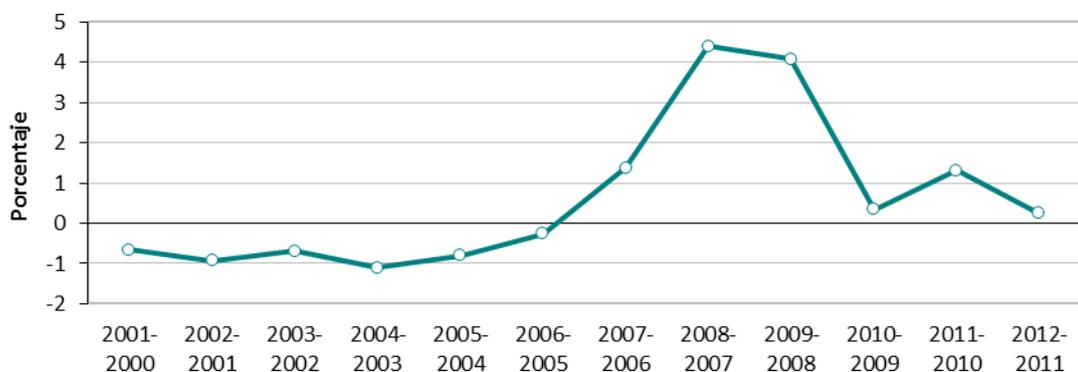
Fuente: elaboración propia a partir de la Contabilidad Nacional de España.

Por otro lado, la remuneración media por asalariado (Gráfico 7) presenta pequeños decrementos siempre por debajo de los modestos incrementos de productividad, experimentando un fuerte repunte posterior superior al aumento de la productividad aparente, para luego caer bruscamente como resultado del ajuste inicial tan importante del empleo, fundamentalmente en empleos



temporales con salarios por debajo de la media, así como el ajuste salarial que se va produciendo posteriormente en los trabajadores.

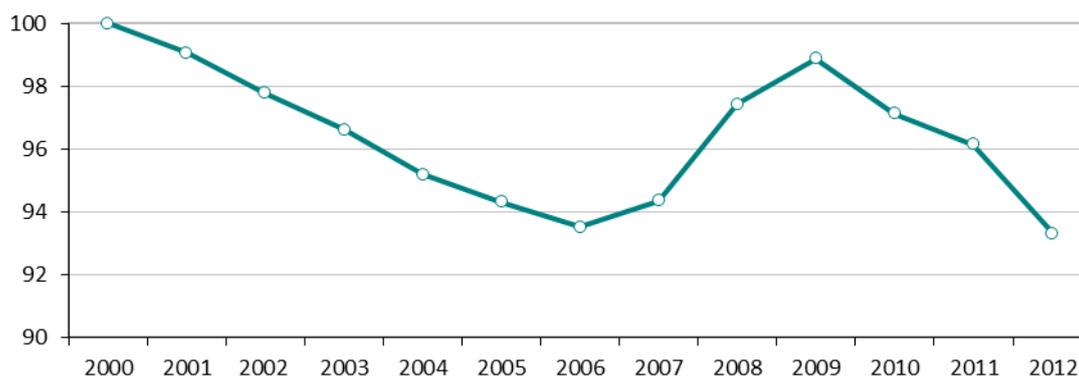
Gráfico 7. Variación de la remuneración por asalarado. España. 2001-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de la Contabilidad Nacional de España.

El coste laboral unitario¹ (Gráfico 8) se sitúa en 2012 en el 93,3% del valor que tenía en el 2000. Dado que la tasa de asalarización (Gráfico 9) crece, excepto en 2012, la pérdida de peso de la remuneración de los asalariados en el PIB se debe a la disociación entre el crecimiento de la productividad por ocupado y la remuneración media por asalarado, siendo sólo en el último año la pérdida de empleo asalarado el otro factor que explicaría la caída más pronunciada del coste laboral.

Gráfico 8. Coste laboral unitario (índice 2000=100). España. 2000-2012.

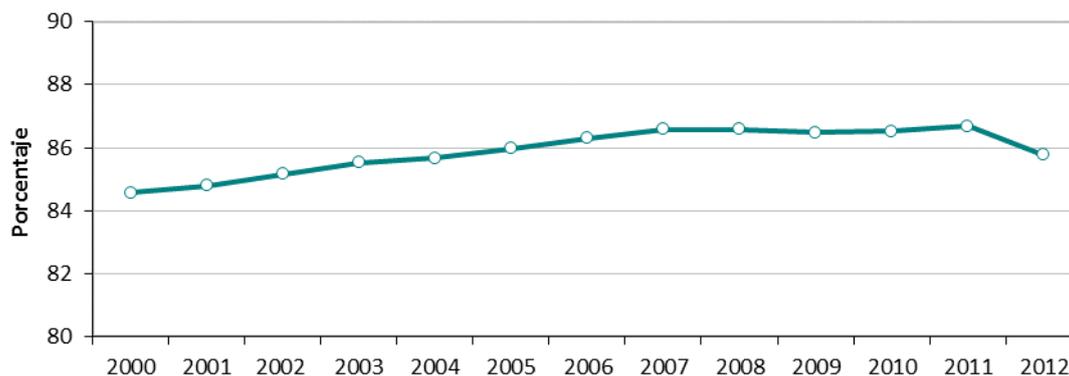


Fuente: elaboración propia a partir de la Contabilidad Nacional de España.

¹ Porcentaje del producto por ocupado (productividad aparente) que se dedica a retribuir el trabajo (remuneración media por asalarado).



Gráfico 9. Tasa de asalarización. España. 2000-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de la Contabilidad Nacional de España.

De cualquier modo, esta pérdida de peso de la masa salarial en el PIB además de las implicaciones macroeconómicas derivadas de la depresión del consumo y la inversión puede tener efectos distributivos. Por una parte, la caída de la participación salarial puede dar lugar a un incremento de la brecha entre los hogares que perciben fundamentalmente rentas del trabajo respecto a los que su fuente principal de ingresos son las rentas de capital. Junto a esto se podría poner en riesgo el Estado del Bienestar, dado que la masa salarial, que viene determinada tanto por el volumen como por la calidad del empleo, conforman la base de las cotizaciones sociales las cuales financian las principales prestaciones sociales. Al mismo tiempo debido a la progresiva reducción de la fiscalidad de las rentas de capital dicha masa salarial se ha convertido en la principal base fiscal del sistema tributario.

Según la Contabilidad Nacional, la renta bruta disponible de los hogares (Gráfico 10) ha experimentado un crecimiento moderado desde 2000 hasta 2009 iniciando su descenso hasta alcanzar en 2012 un nivel similar al 2006, si bien no todos los hogares y por tanto no todas las personas han participado de igual forma de esta evolución según se desprende de la Encuesta de Presupuesto Familiares del INE.

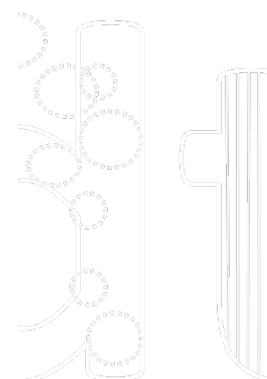
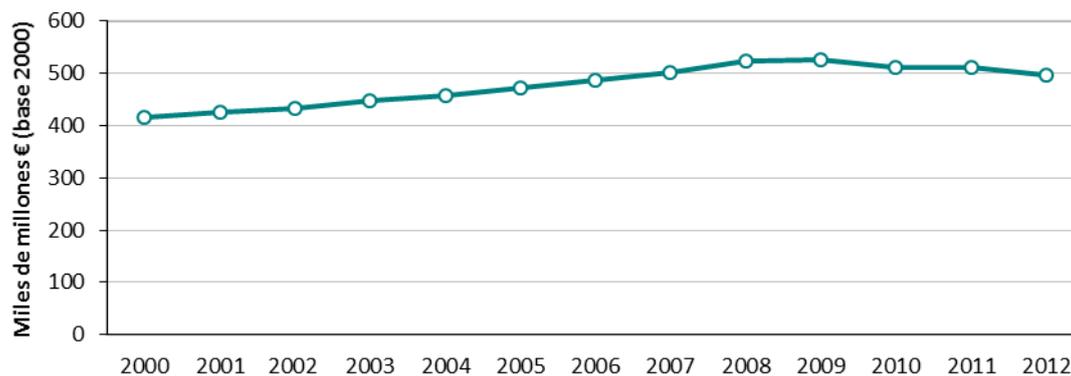


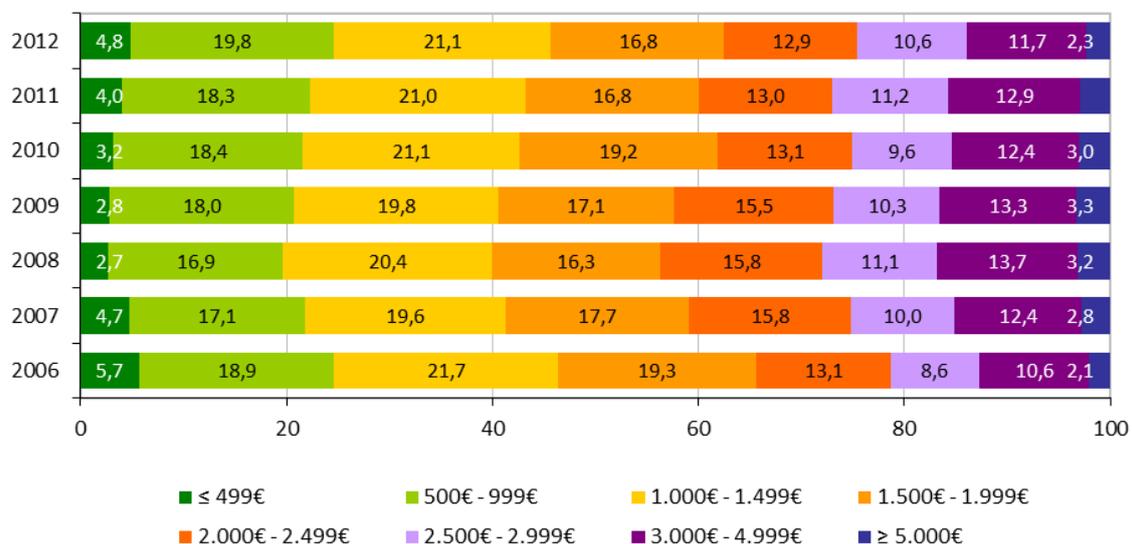
Gráfico 10. Renta bruta disponible de los hogares. España. 2000-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de la Contabilidad Nacional de España.

Hasta 2008², y teniendo en cuenta sólo los hogares que perciben ingresos, la distribución según la estructura del volumen de ingresos muestra como el porcentaje de hogares situados en los tramos más bajos de la escala se redujo, creciendo de forma importante el porcentaje de familias con ingresos altos (Gráfico 11). Esta situación cambia a partir de 2009, creciendo de forma importante el porcentaje de hogares con menores ingresos mientras que los tramos superiores bajan su ritmo de crecimiento.

Gráfico 11. Distribución de los hogares según ingresos mensuales netos³. España. 2006-2012.



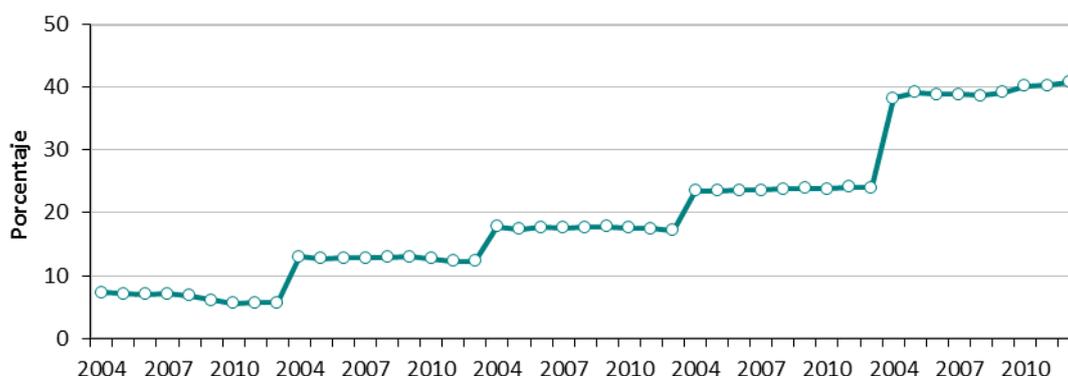
Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares. Base 2006.

² Los datos de la encuesta se refieren al año anterior.

³ Sólo hogares que perciben ingresos.

En términos de pérdida de rentas se vuelve a poner de manifiesto como la crisis está incidiendo principalmente en los grupos de rentas inferiores tal y como puede observarse a partir de la distribución de la renta por quintiles (Gráfico 12) donde el porcentaje de renta de los quintiles intermedios se ha mantenido más o menos estable, mientras que las principales variaciones se han producido en los extremos, reduciéndose el porcentaje de renta del quintil más bajo y aumentando el porcentaje del más alto.

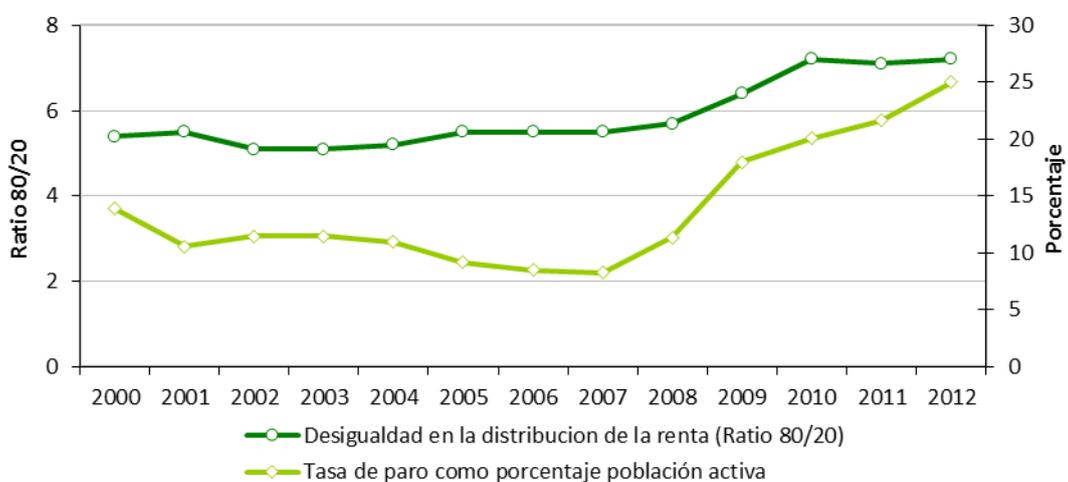
Gráfico 12. Distribución de la renta por quintiles. España. 2004-2012.



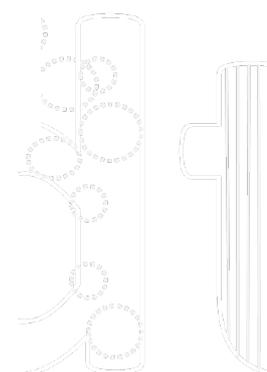
Fuente: Eurostat.

Así pues, la crisis económica, que está afectando con intensidad a España, especialmente en lo que a destrucción de empleo se refiere, está produciendo al mismo tiempo un incremento notorio en la desigualdad (Gráfico 13).

Gráfico 13. Desigualdad en la distribución de la renta y tasa de paro. España. 2000-2012.



Fuente: Eurostat.

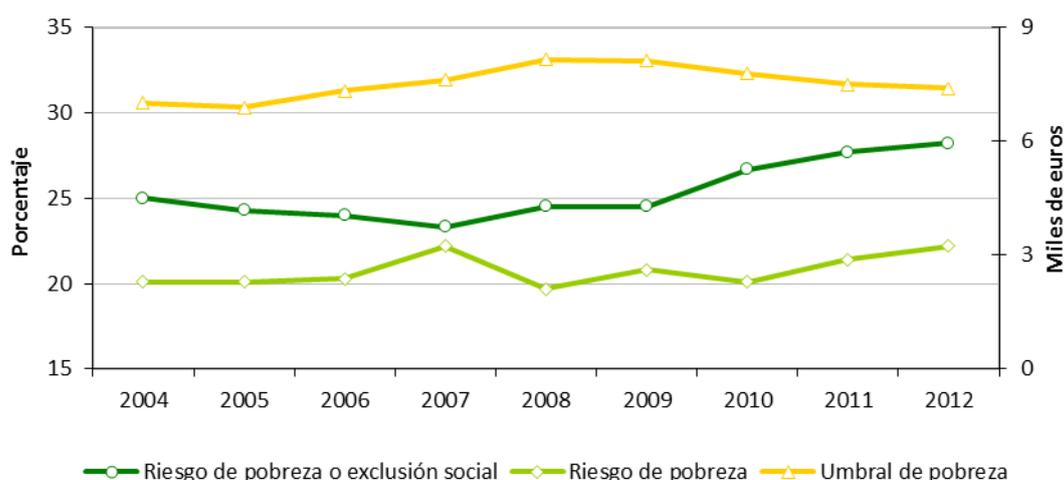


Junto a este aumento de la desigualdad, el incremento de los niveles de pobreza, se convierte en uno de los efectos más notorios en las condiciones de vida de la población.

El descenso de las rentas medias se ha traducido en una bajada de los umbrales de riesgo de pobreza en los últimos años, pese a lo cual ha seguido aumentando la proporción de población en situación de pobreza, quizá como consecuencia del efecto conjunto de incremento del grupo de población en la franja de rentas bajas y el descenso más acusado de sus rentas medias. Concretamente, desde 2008 y hasta 2012 el porcentaje de población en situación de pobreza se incrementó hasta alcanzar el 22,2%, 2,5 puntos porcentuales en 4 años (Gráfico 14).

Del mismo modo, el indicador europeo AROPE (At Risk Of Poverty or Exclusion), que mide el riesgo de pobreza y exclusión social, no solo a partir del umbral de ingresos, sino también incorporando otros aspectos, como la situación laboral de los integrantes de los hogares, o la escasez de recursos materiales de los mismos, muestra un mayor incremento en los últimos años, aumentando 3,7 puntos porcentuales hasta alcanzar el 28,2% en 2012.

Gráfico 14. Riesgo de pobreza o exclusión social, umbral de pobreza. España. 2004-2012.

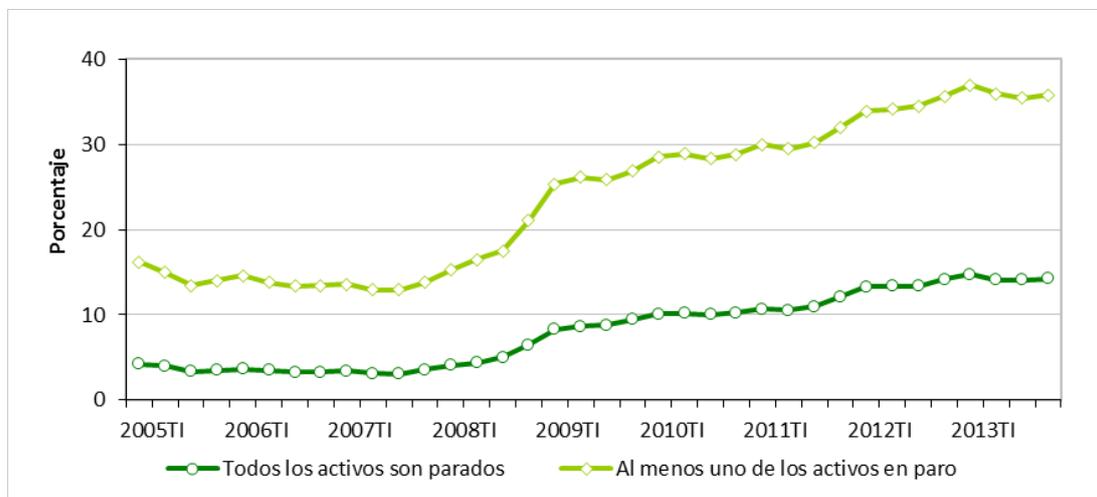


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida y Eurostat.

En este sentido se debe hacer notar que uno de los principales condicionantes del riesgo de pobreza no es por sí mismo el empleo, sino su intensidad y continuidad a lo largo del tiempo. Así pues, aquellos hogares con menor riesgo son aquellos con el mayor número de personas trabajando a tiempo completo el mayor número de días del año. En los últimos años el porcentaje de viviendas con al menos un activo en las que todos sus miembros están en paro ha alcanzado el 14,25% en el cuarto trimestre de 2013, 7,8 puntos porcentuales más respecto al cuarto trimestre de 2008, casi el triple (2,8 veces) del porcentaje que se reflejaba en dicho año. De igual forma, los hogares en los que

al menos uno de sus activos está en paro representa el 35,8% de los que tienen al menos un miembro en activo en el cuarto trimestre del 2013, un poco más del doble del porcentaje que representaban en el 2008 (Gráfico 15).

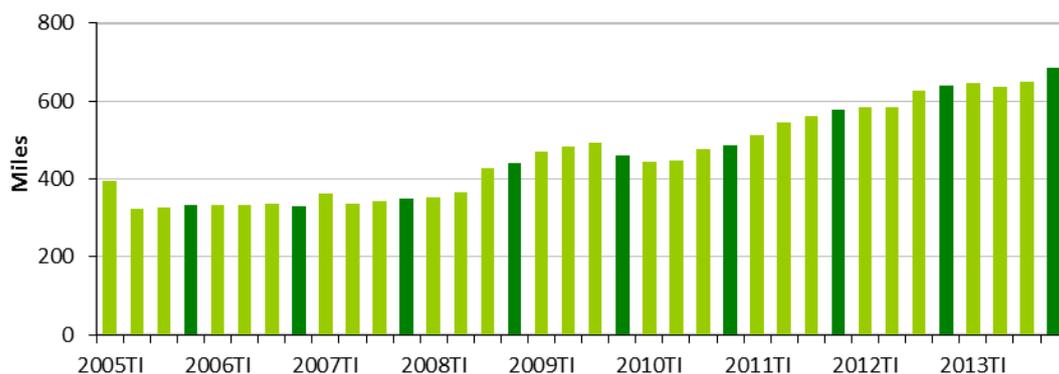
Gráfico 15. Incidencia de paro en viviendas con menos de una persona activa. España. 2006-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística.

De igual forma según la Encuesta de Población Activa (EPA) los hogares que no perciben ningún ingreso (Gráfico 16) ha llegado alcanzar en el último trimestre de 2013 la cifra de 686.600, con un incremento estimado de 244.600 hogares respecto al último trimestre de 2008 lo que representa un aumento de algo más del 55%. Aunque se trata de un indicador indirecto de la situación de pérdida de ingresos y rentas sustitutivas podemos interpretarlo como indicativo del riesgo de desigualdad, pobreza y exclusión social.

Gráfico 16. Viviendas sin ingresos. España. 2006-2013.



Fuente: Encuesta de Población Activa.

En España puede que se observen algunas peculiaridades respecto al resto de Estados Miembros de la Unión Europea y entre Comunidades Autónomas (CCAA) que quizás merezca la pena explorar en

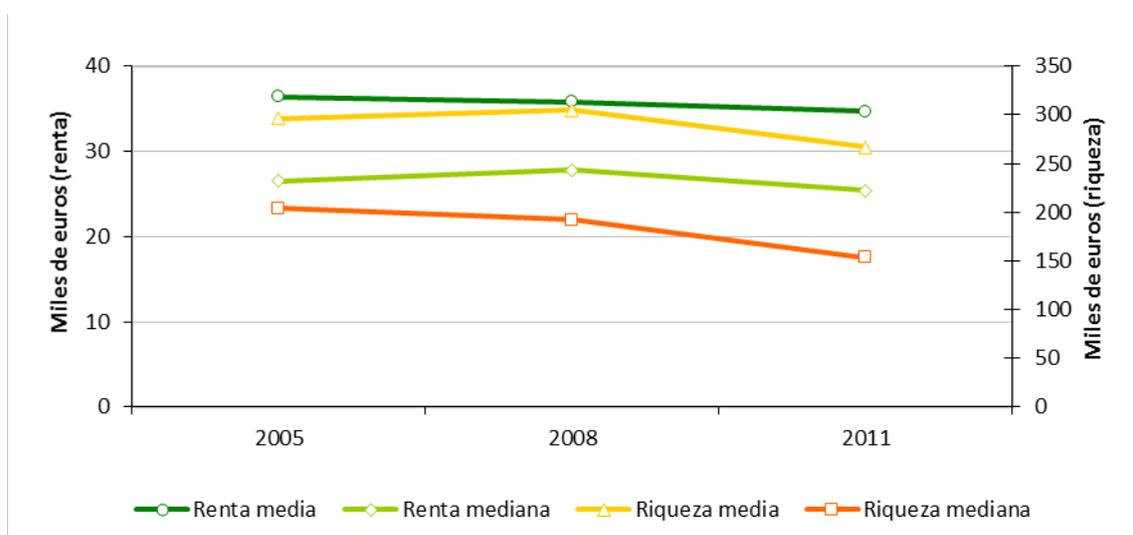


relación al riesgo de pobreza y exclusión teniendo en cuenta algunas variables como la situación laboral, la edad o el sexo.

No obstante, analizando otros factores que influyen en la situación económica de las familias y que contribuyen a la aproximación que se realiza de su bienestar material a través de la renta, se observa una disociación entre la evolución de la renta y de la riqueza que incide sobre las decisiones de consumo y de endeudamiento de los hogares y de manera más sensible, sobre el uso de los servicios sanitarios públicos y privados.

En España hasta este momento no se dispone de información que integre las perspectivas macro y micro de renta de los hogares, y las dimensiones de ingresos, patrimonio, gasto y ahorro. No obstante la Encuesta Financiera de las Familias (EFF) no solo estima los flujos monetarios, es decir la renta, sino también la riqueza o patrimonio tanto real como financiera. En primer lugar, la comparación entre los niveles medios y medianos de la renta bruta y la riqueza neta estimados en las tres últimas encuestas (Gráfico 17) nos permite constatar una mayor dispersión en la distribución de la renta en los percentiles más altos que en los más bajos.

Gráfico 17. Renta y riqueza. España. 2005, 2008 y 2011.



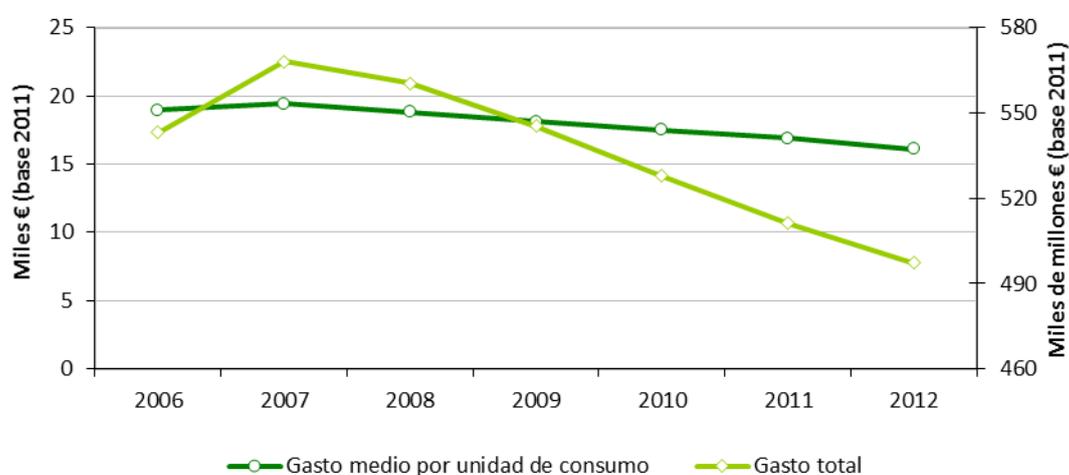
Fuente: Encuesta Financiera de las Familias (EFF) 2011. Banco de España.

La renta media a finales del 2010 era de 34.700 euros y la mediana de 25.400 mientras que la riqueza media y mediana se situaba en 266.700 y 153.300 euros, respectivamente. En cuanto a su evolución esta ha sido muy desigual. Mientras que en el periodo anterior a la crisis (EFF2008/EFF2005) la renta media experimenta un leve descenso incrementándose la mediana y por tanto disminuyendo la dispersión de su distribución entre los hogares, la riqueza media aumenta (3%) disminuyendo en

mayor medida la mediana (6%). En el periodo posterior a la crisis (EFF2011/EFF2009) todos los valores decrecen de forma intensa observándose un descenso de la riqueza tanto media (12,5%) como mediana (20,1%) más brusco que las rentas (3,1% y 8,5%, media y mediana respectivamente). Un análisis más detallado por la situación laboral, edad, educación y percentil de renta del cabeza de familia así como según el número de miembros del hogar trabajando nos podría dar algo más de información sobre el tipo de hogar en el que más ha incidido este empeoramiento de la situación económica de las familias.

La renta obtenida por los hogares es utilizada por las familias para mantener o mejorar su bienestar mediante el consumo de bienes y servicios, siendo de esta manera el gasto en el consumo un reflejo de la situación económica de los hogares aunque esté condicionado por las expectativas de las familias en relación tanto a su situación económica como a la situación económica del país. Así, según la Encuesta de Presupuestos familiares la cantidad de dinero que destinan los hogares a la obtención de bienes y servicios, tanto a nivel global como por unidad de consumo comienza a descender en 2008 hasta estar en 2010 por debajo del nivel que se reflejaba en 2006 (Gráfico 18),

Gráfico 18. Gasto anual de los hogares. España. 2006-2012.

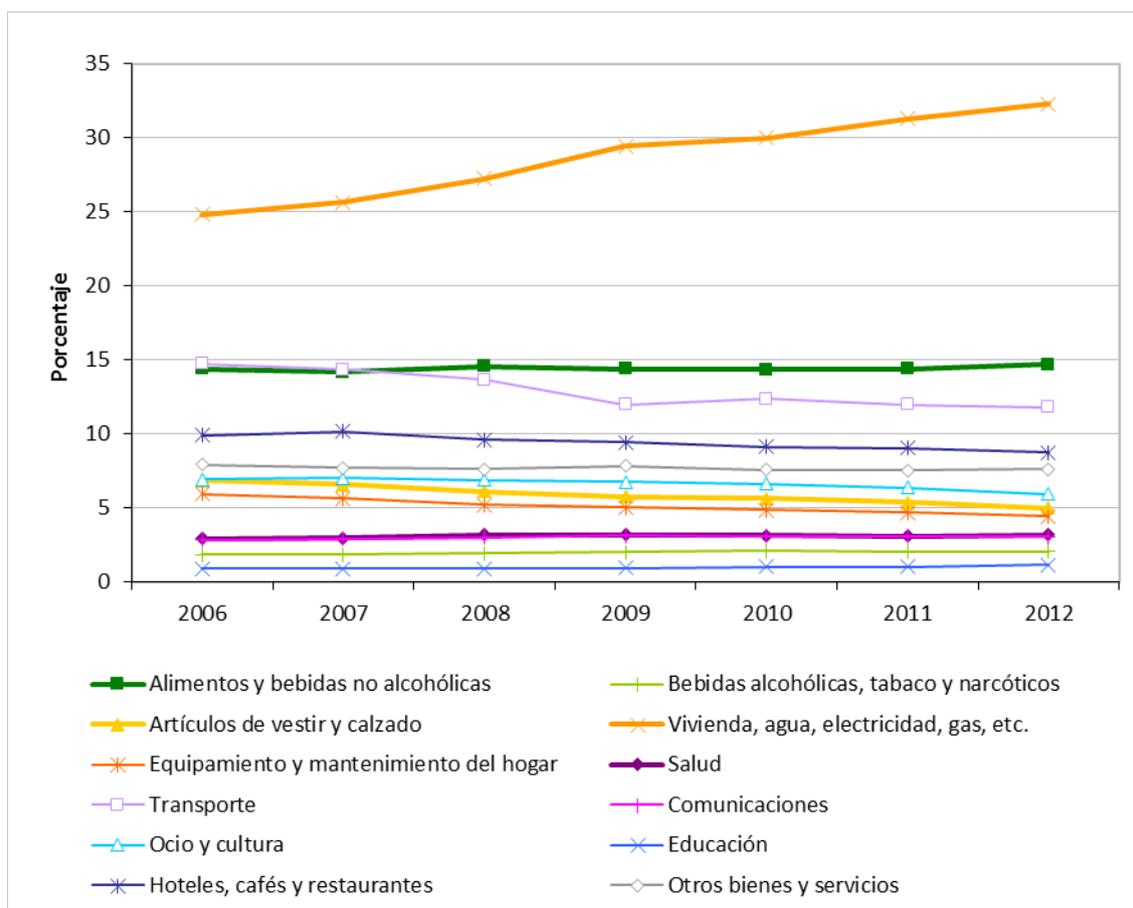


Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares. Instituto Nacional de Estadística.

En cuanto a la estructura de gastos según se observa en el Gráfico 19 las familias, dado el descenso de sus rentas, se han visto obligadas a establecer prioridades otorgando en los últimos años más peso a los gastos relacionados con la vivienda y en menor medida la alimentación en detrimento de otras partidas de gasto y en particular de aquellos bienes relacionados con el ocio. No obstante, esta imagen puede que sea diferente entre hogares con diferente nivel de ingresos.



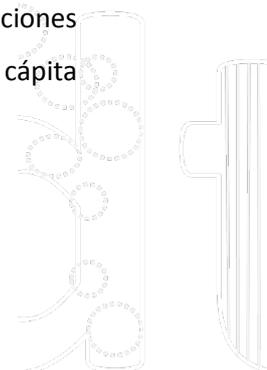
Gráfico 19. Evolución del peso de cada partida de gasto en el consumo de los hogares. España. 2006-2012.



Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares. Instituto Nacional de Estadística.

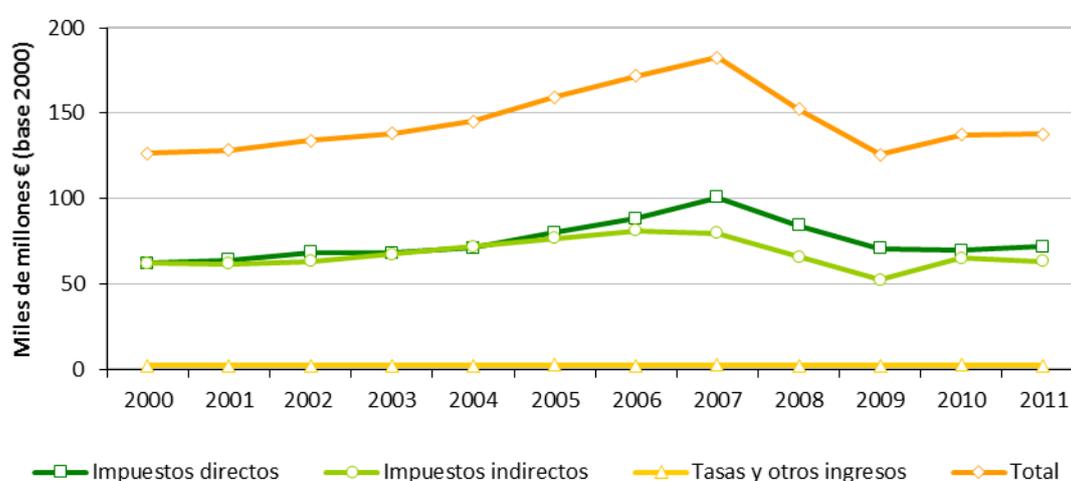
2.2. Disponibilidad de fondos del gobierno

Por una parte, tanto el sistema impositivo como el de protección social son los instrumentos más relevantes de cohesión territorial, debiendo contribuir a reducir las diferencias en renta disponible de los hogares tanto entre CCAA como dentro de cada una de ellas. Del sistema impositivo, el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), por su teórico carácter progresivo, debería ser el instrumento más redistributivo, de tal modo que CCAA con mayor número de residentes de rentas elevadas contribuyan en mayor medida, que las regiones de menor renta, al sostenimiento del Estado de Bienestar. No obstante, desde el sector público el principal instrumento redistributivo es el gasto social, en especial el referido a prestaciones económicas, gasto en pensiones y prestaciones por desempleo, dado que los principales beneficiarios serían las regiones con menor renta per cápita que son las que muestran mayor nivel de envejecimiento y mayor nivel de desempleo.



Los impuestos junto con las tasas y las contribuciones especiales configuran los ingresos tributarios, principal fuente de financiación de los Presupuestos de las Administraciones Públicas. La importancia relativa de cada una de estas tres clases de tributos es diferente según el ámbito de la Administración Pública. En el Gráfico 20 observamos cómo a partir de 2007 se produce un descenso de los ingresos tributarios situándose en 2009 por debajo de los registrados en el año 2000. A partir de 2010 se observa una recuperación debida fundamentalmente al incremento de los impuestos indirectos, que como sabemos gravan el consumo de las familias con independencia de su situación económica, posible factor que explicaría el incremento en la desigualdad económica de los hogares.

Gráfico 20. Ingresos tributarios. España. 2000-2011.



Fuente: elaboración propia a partir de Recaudación y Estadísticas del Sistema Tributario Español 2001-2011. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En relación con los impuestos directos como se muestra en el Gráfico 21, la evolución registrada por el IRPF en los últimos años es muy diferente a la registrada por el Impuesto de Sociedades, reflejo de la política fiscal impulsada en los últimos años.

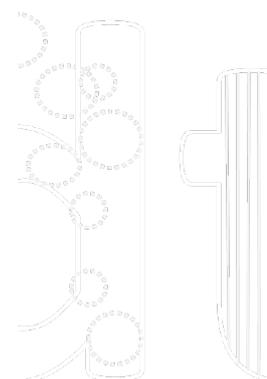
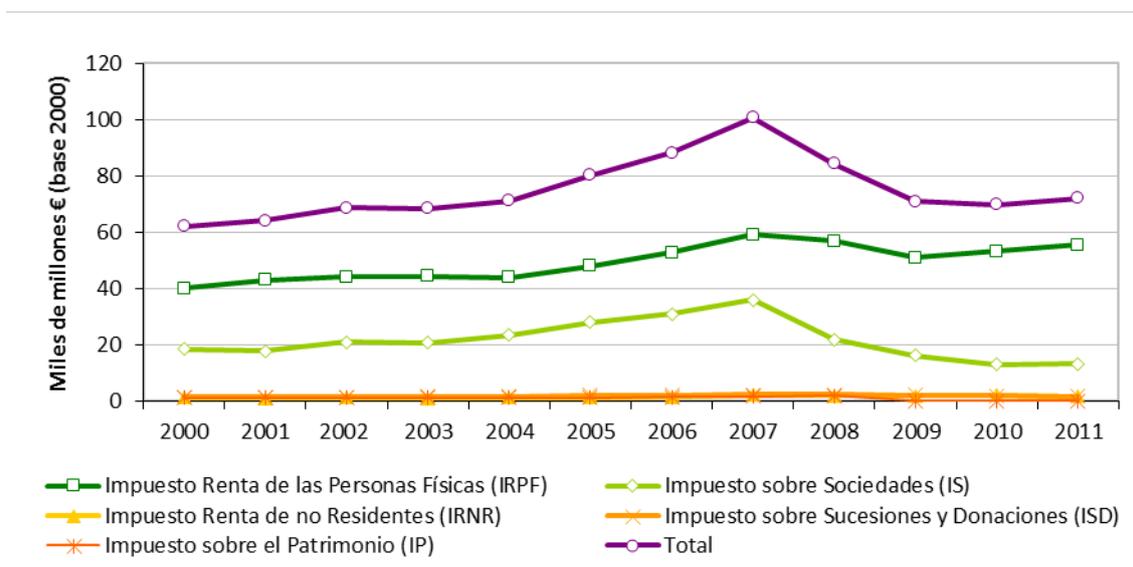


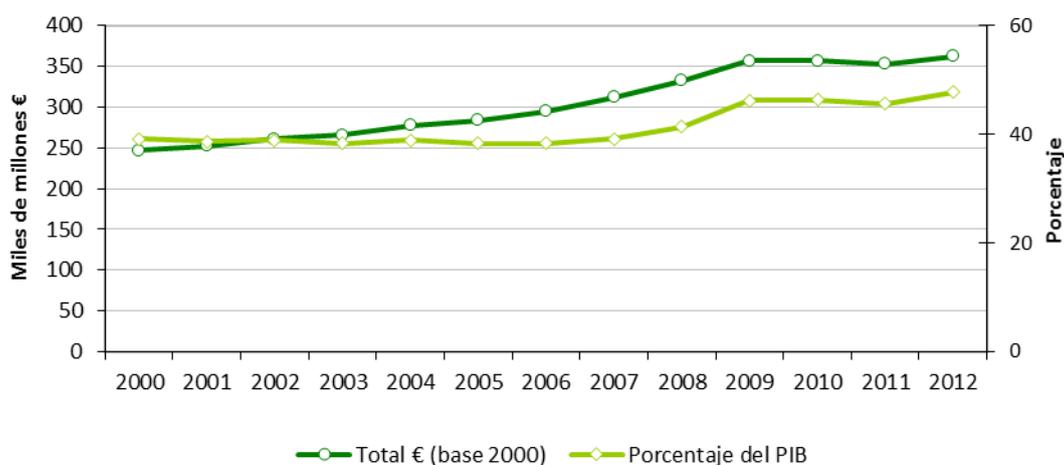
Gráfico 21. Impuestos directos. España. 2000-2011.



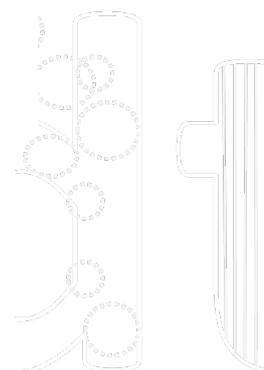
Fuente: elaboración propia a partir de Recaudación y Estadísticas del Sistema Tributario Español 2001-2011. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Por otro lado desde el punto de vista del gasto del conjunto de Administraciones Públicas reflejo del destino más importante de los fondos disponibles de los gobiernos y según los datos de la OCDE y Eurostat, como se observa en Gráfico 22, desde el año 2000 dicho gasto experimenta un crecimiento que se ve interrumpido a partir de 2009 con un leve decremento en los dos años posteriores para situarse en 2012 casi en el mismo nivel que tenía en ese año. En relación al PIB la evolución de los últimos 5 años mostrados es prácticamente la misma que la del volumen de gasto, si bien su comportamiento anterior era estable, observándose el crecimiento a partir de 2008.

Gráfico 22. Gasto de las Administraciones Públicas. España 2000-2012.

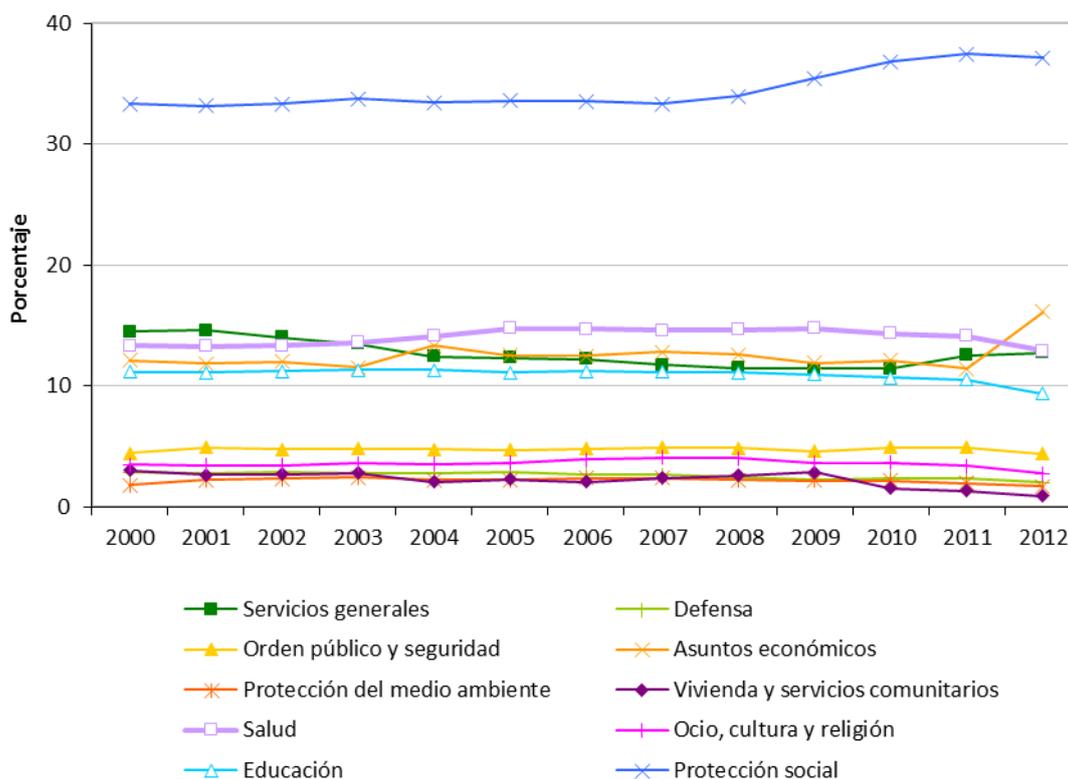


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OECD y Eurostat.



Según la Clasificación de las Funciones del Gobierno (CFG) COFOG la finalidad de estos gastos nos permite valorar cualitativamente el funcionamiento de las Administraciones Públicas en relación al peso que representan cada una de ellas. Como podemos observar en el Gráfico 23 y Gráfico 24 el gasto en “Protección Social” es el que ha experimentado mayor crecimiento a partir de 2008 en detrimento de otras funciones. No obstante es de resaltar el incremento en el último año del gasto en “asuntos económicos” en detrimento del resto de funciones a excepción de “servicios generales”.

Gráfico 23. Gasto de las Administraciones Públicas por funciones (COFOG). España. 2000-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.

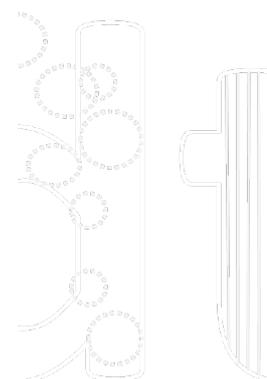
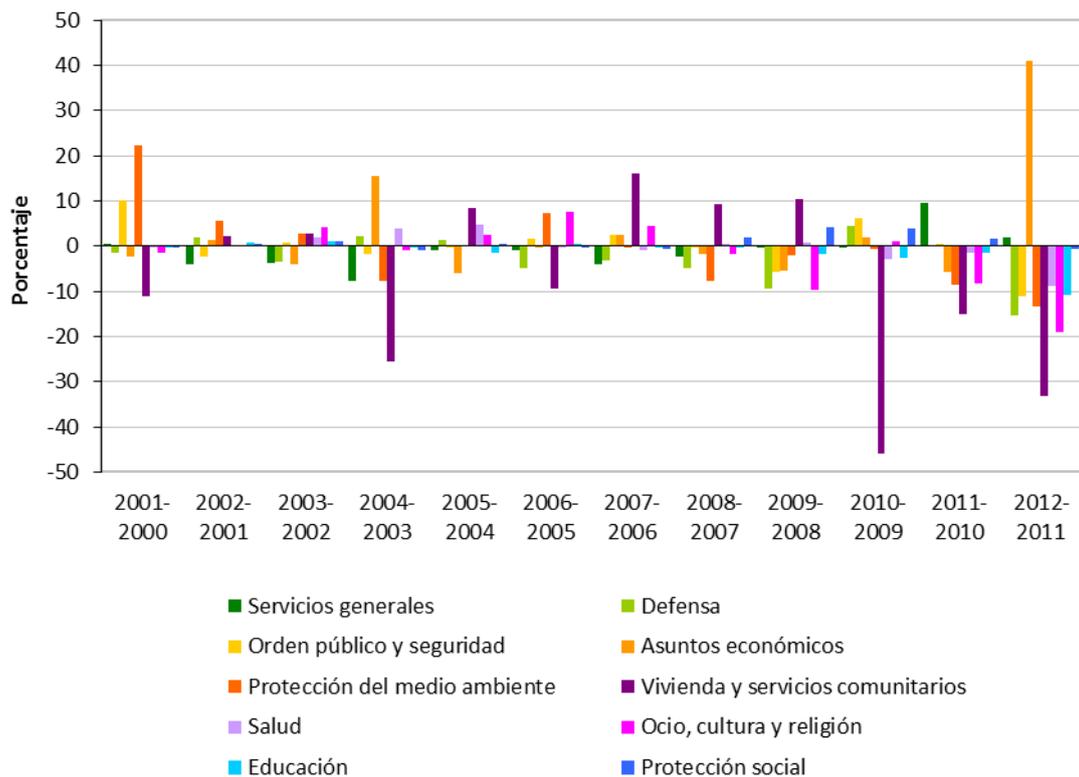
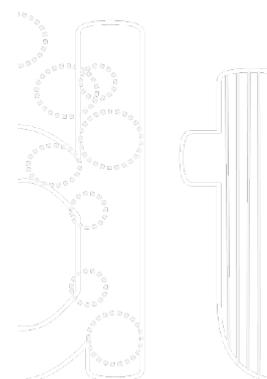


Gráfico 24. Variaciones en el gasto de las Administraciones Públicas por funciones (COFOG). España. 2001-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.



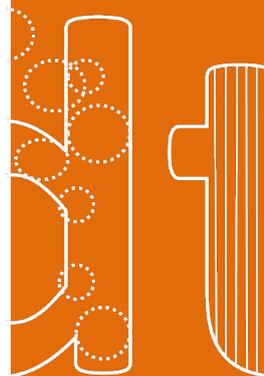
3. ESTRUCTURA SOCIAL

Los determinantes estructurales que han podido tenerse en cuenta en este documento hasta el momento están muy relacionados con la evolución de la economía española desde el año 2000. En el caso de España es muy evidente la impronta que están dejando los procesos migratorios, que han supuesto un gran aumento poblacional de población extranjera durante la época de expansión previa a la crisis económica en la que vinieron a ocupar puestos de trabajo de baja calidad laboral como en la construcción en los varones y los cuidados y otras tareas domésticas en las mujeres. La proporción de población migrante en España es de las más altas de los países europeos, junto con Irlanda y Letonia.

Desde el momento de la primera recesión se produjo una importante reducción de la construcción y muy probablemente una reducción también de los puestos de trabajo, en buena parte informales, en los hogares. Una fuerte reducción se observa en el gráfico de los flujos migratorios, que se hacen violentamente descendentes desde 2007 a 2009, luego se estabilizan durante dos años y posteriormente, a partir de 2011, se hacen negativos; esto es, que sale más población que entra en España. Entre la población que sale, existe ya población que ha nacido en el país.

España, que en el curso de las generaciones de la posguerra tardía y la del *baby-boom*, desde los años 60, había sido una población con fuerte migración al exterior, se convirtió en un país receptor de población desde finales de los años 90 y vuelve a ser emisor de población a partir del 2011 en una dinámica que, de momento, solo apunta a la pérdida poblacional bastante abrupta. Será interesante valorar todo este conjunto de influencias sobre los servicios públicos de salud y sobre otras variables.

Esta situación se aprecia, con mucha menos violencia, en otros países que han tenido una nueva recesión derivada de las políticas de austeridad, como Grecia y Portugal. En Irlanda el saldo migratorio es todavía más negativo que en España. Algunos países de Europa del Este, Bulgaria, Polonia, y en especial los países bálticos, también están afectados por este fenómeno. Francia, Alemania, Suecia, etc., siguen con saldos positivos con mayor o menor intensidad.

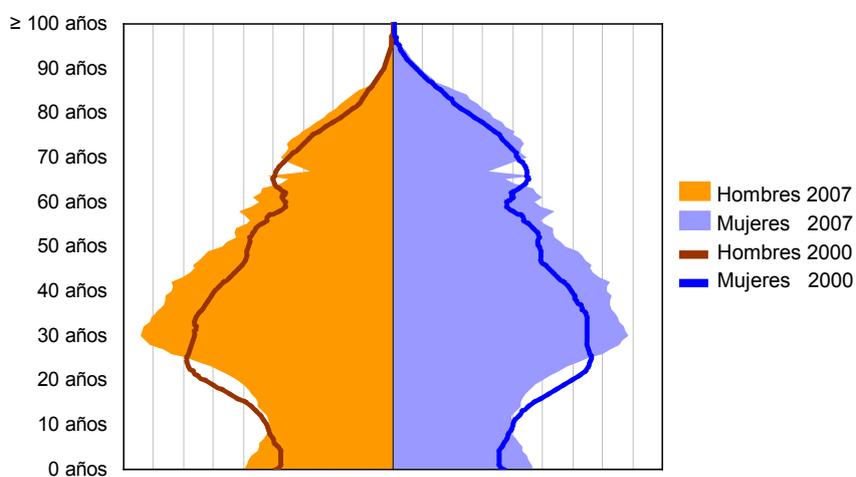


La mortalidad estandarizada por edad es muy favorable en España, y no parece afectada por la crisis. La natalidad parece estar bajando en Grecia y España, en cualquier caso son bajadas mínimas aunque partían ya de valores muy bajos.

Otros determinantes de la estructura social serán estudiados detenidamente en futuros documentos. Los indicadores actualmente analizados, como el porcentaje de la población con estudios superiores, no se han visto aparentemente afectados por la crisis.

3.1. Elementos de demografía

Gráfico 25. Pirámide de población española. 2000 y 2007.



Fuente: Cifras de población. Instituto Nacional de Estadística.

La gran emigración hacia España durante los años de la burbuja inmobiliaria puede apreciarse en los sectores que rebosan de la línea que marca la pirámide del año 2000 (Gráfico 25), tanto en hombres como en mujeres y en la población por encima de los 25 años. Esa es la población que nutrió la mano de obra de la construcción en los varones y el servicio doméstico y los cuidados sobre todo en las mujeres.

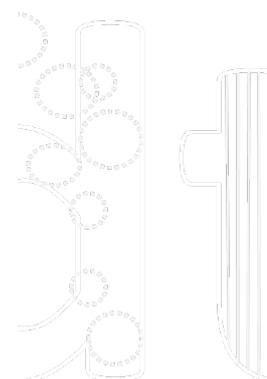
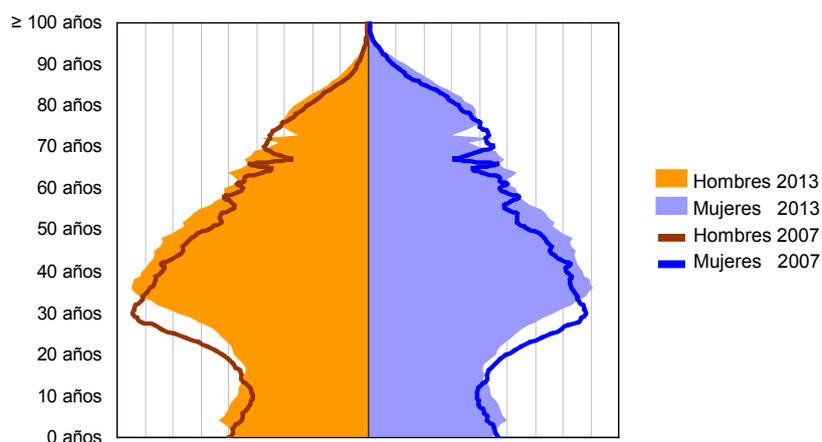


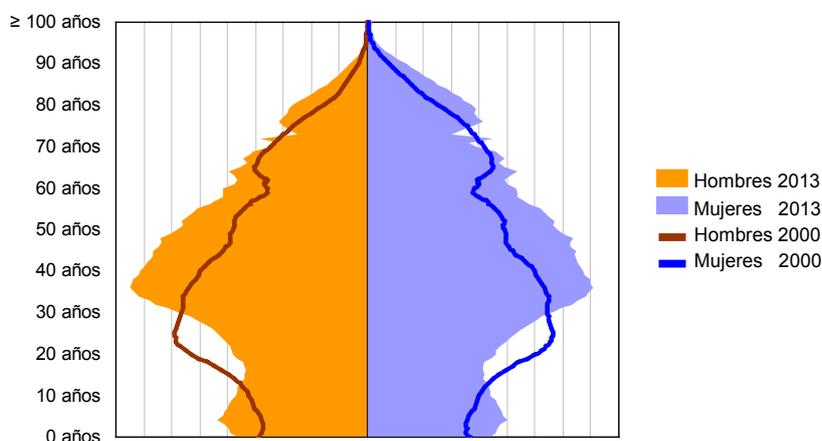
Gráfico 26. Pirámide de población española. 2007 y 2013.



Fuente: Cifras de población. Instituto Nacional de Estadística.

En la comparación de las pirámides estimadas para 2007 y 2013 (Gráfico 26) ya pueden observarse algunos fenómenos demográficos, como un cierto estrechamiento de los contingentes poblacionales respecto a la comparación 2000-2007 (Gráfico 25), que correspondería a algunos inmigrantes retornados y a españoles emigrados. Obsérvese además que estos grupos poblacionales que rebosan son de mayor edad, existiendo incluso personas de más de 60 años.

Gráfico 27. Pirámide de población española. 2000 y 2013.



Fuente: Cifras de población. Instituto Nacional de Estadística.

El Gráfico 27 representa la comparación de la estructura demográfica del año 2000 y la que tenemos en estos momentos. Obsérvese el gran ensanchamiento correspondiente a las edades medias de la vida, que conforma en este momento la base de la población activa y de los parados.

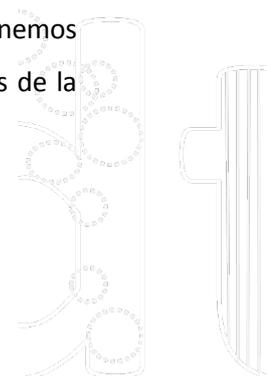
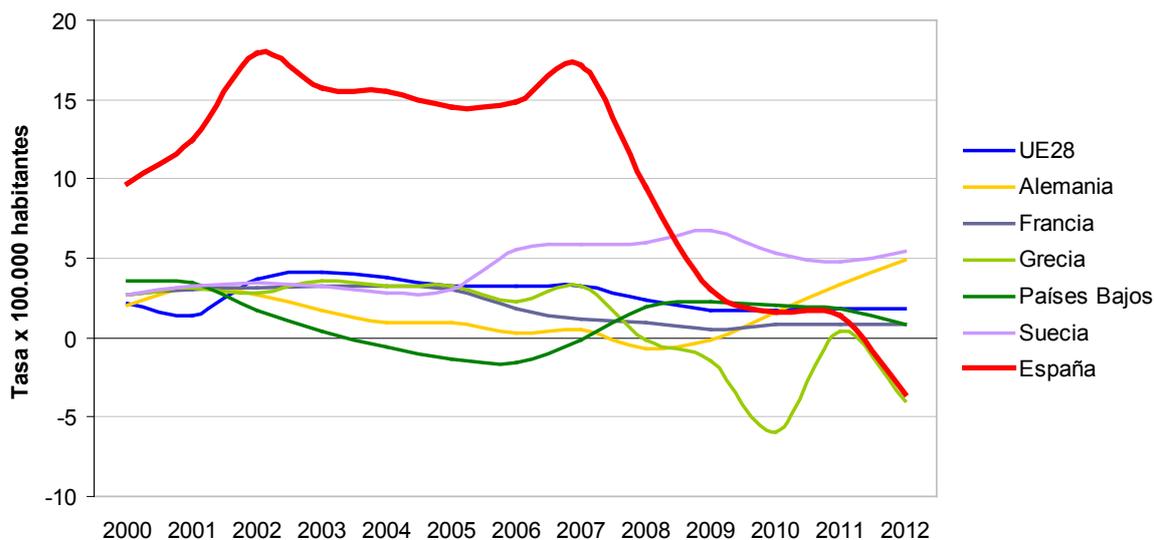


Gráfico 28. Saldo migratorio con el extranjero. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2012.



Fuente: Eurostat.

El Gráfico 28 es muy representativo del efecto diferencial de España en relación con el saldo migratorio. Puede observarse con mucha claridad que en la época de la burbuja inmobiliaria España tuvo un saldo migratorio muy positivo con picos en 2002 y en 2007. A partir de 2007 y hasta casi 2011 España se acerca al saldo migratorio próximo a 0, para pasar en 2012 a un saldo migratorio ya claramente negativo y que parece que, de momento no se está reduciendo el flujo de salida. El caso de Grecia es menos espectacular pero también está marcado por la crisis, con saldos migratorios muy levemente positivos pero que se hacen intensamente negativos en 2010, con una ligera recuperación y vuelta a caer en 2012. Irlanda, Lituania y Rumanía tienen saldos negativos continuados e Italia y Alemania se mantienen con saldos positivos, con migraciones de muy diferente procedencia.

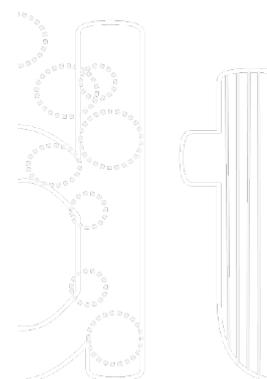
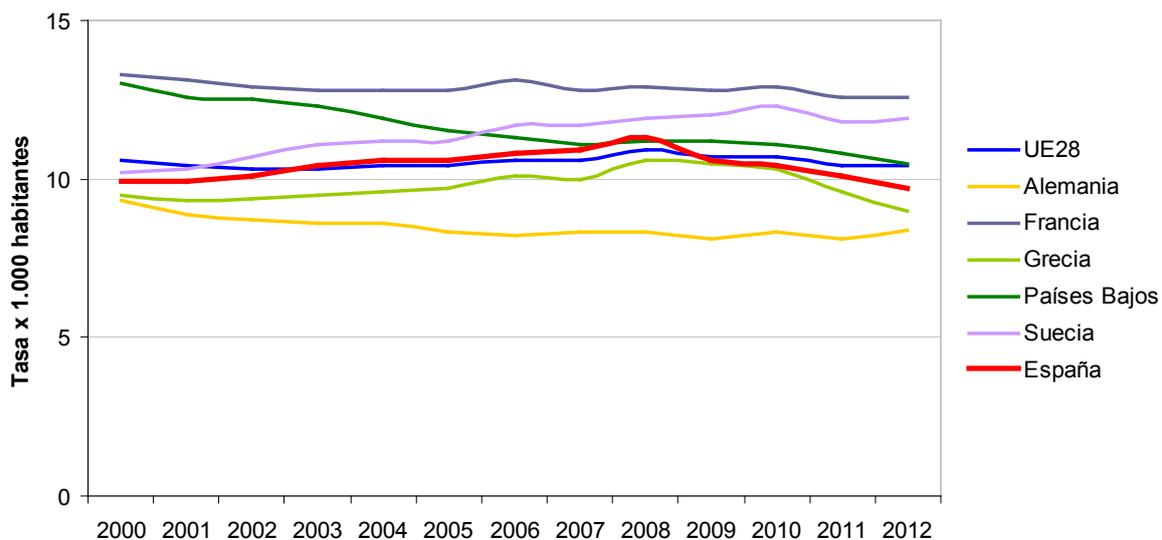


Gráfico 29. Tasa de nacimientos. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2012.



Fuente: Eurostat.

La tasa de nacimientos es bastante baja en la Unión Europea en general (Gráfico 29) y se ha mantenido bastante estable en los años previos a la crisis. Las cifras de algunos países son relativamente más altas, destacando en 2012 Irlanda (con una tasa del 15,7), el Reino Unido (12,8) y Francia (12,6). En los casos de España y Grecia sí que puede atribuirse a la crisis económica una tendencia al descenso, que también encontramos en Portugal e Irlanda, pese a las cifras altas de este último país. Alemania tiene cifras bajas pero estables.

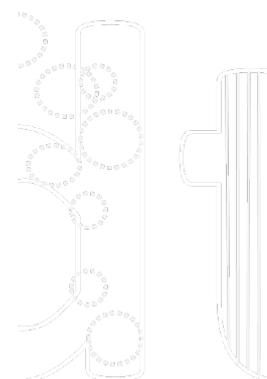
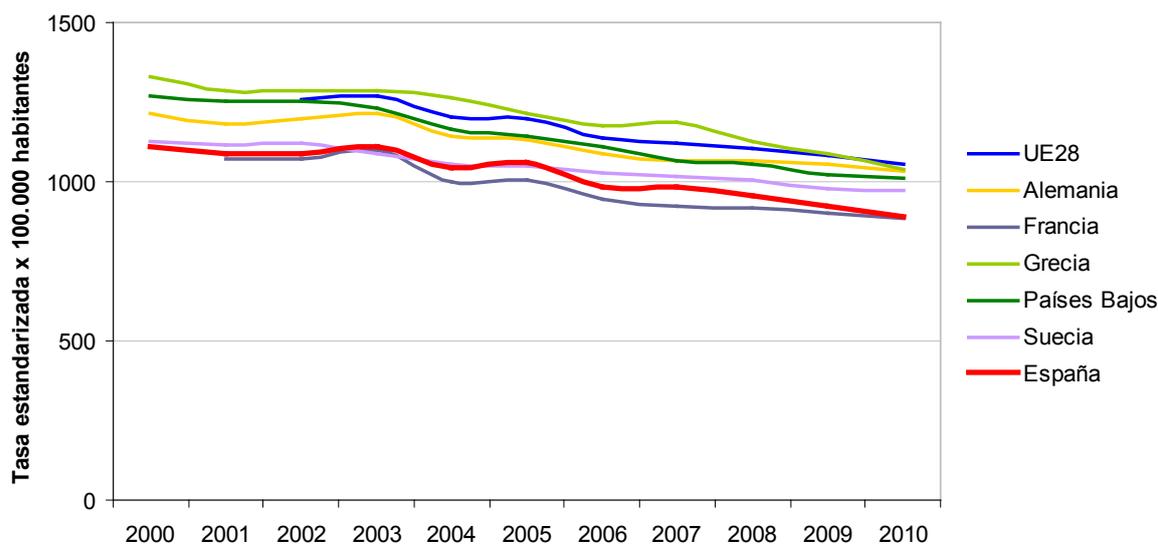
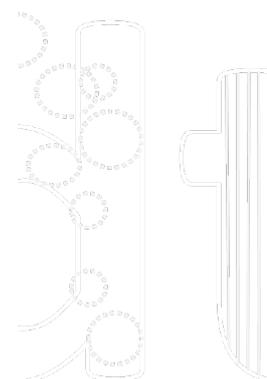


Gráfico 30. Tasa estandarizada de mortalidad. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.



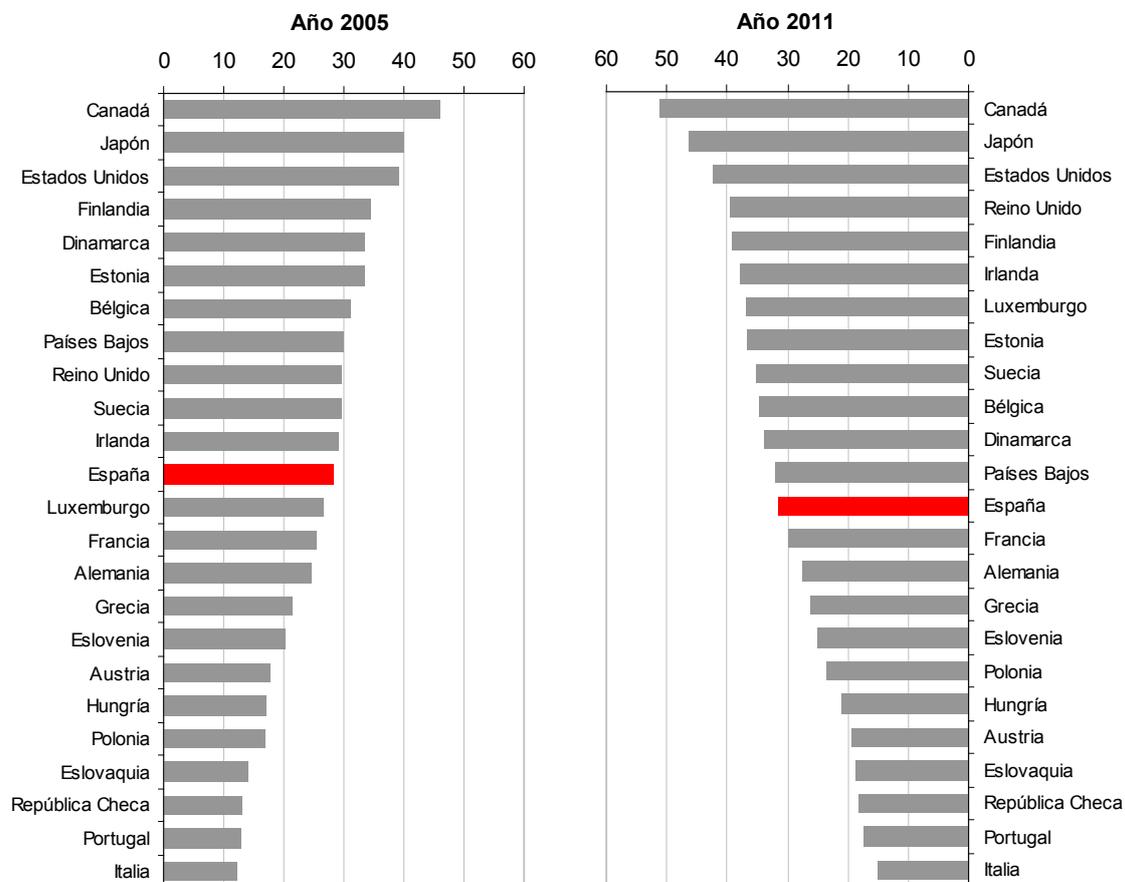
Fuente: Eurostat.

Las tasas estandarizadas de mortalidad están bajando suavemente en todos los países, con una pendiente similar (Gráfico 30). Son los países del Este de Europa los que tienen estas tasas llamativamente más altas y los países nórdicos y mediterráneos las más bajas. España tiene las mejores tasas estandarizadas en mujeres y las segundas, tras Francia, de forma general. No se aprecian efectos llamativos atribuibles a la crisis económica.



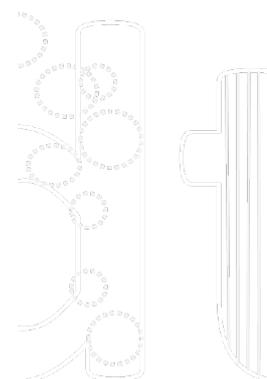
3.2. Población por nivel educativo

Gráfico 31. Población entre 25 y 64 años con educación superior. España y otros países. 2005 y 2011.



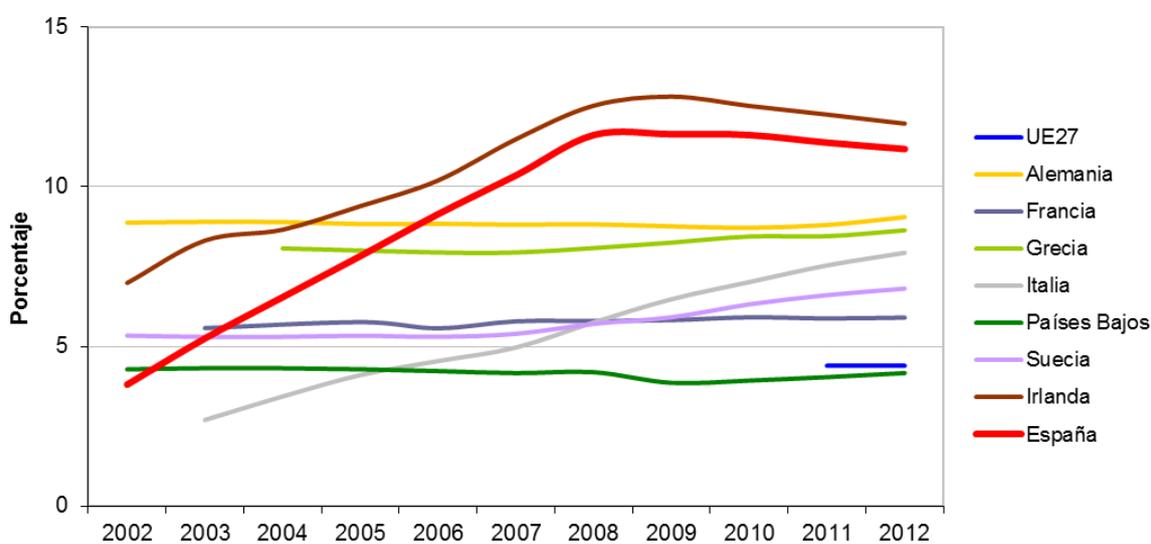
Fuente: Education at a Glance. OECD.

La crisis, por lo menos hasta 2011, no parece haber influido sustancialmente en España en relación con el porcentaje de personas con educación superior (Gráfico 31), lo cual es lógico ya que no es un indicador sensible a corto plazo. Sí que ha habido una pérdida de un puesto en el ranking de la OCDE. Grecia, Portugal e Italia han mejorado en estos años sus porcentajes de personas con educación superior.



3.3. Población extranjera

Gráfico 32. Población extranjera. España, UE27 y algunos países europeos. 2002-2012.



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat.

Aunque no suele coincidir con la percepción de los ciudadanos europeos, España es uno de los países con mayor proporción de población inmigrante (Gráfico 32), junto con otros como Irlanda o Estonia (en esta última, emigrantes rusos en su mayoría). La cifra española es superior a Francia, Alemania, o a Italia, aunque esta última está creciendo con mucha rapidez. Lo que tienen otros países de la UE 15 es una población de ciudadanos cuyos progenitores eran de origen extranjero pero que ya son ciudadanos de los países de recepción, lo que algunos llaman emigración de segunda o tercera generación. España fue un país de emigrantes desde los años sesenta hasta los ochenta.

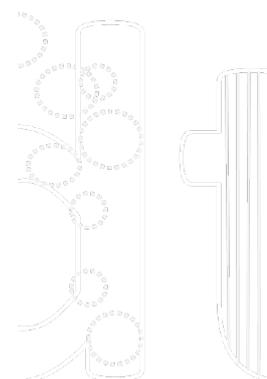
En los años de la crisis la población inmigrante en España se está reduciendo. Sobre todo los inmigrantes de origen iberoamericano parecen estar retornando (Ecuador y Bolivia), aunque no parece estar pasando eso todavía en los emigrantes con origen en Europa del Este (Rumania y Bulgaria). En el avance de datos del INE para enero de 2014 habría disminuido la población extranjera en más de 500.000 personas, que sería el 10,7% de la población total.

En este tema la influencia de la crisis está siendo notoria y no podemos todavía predecir en qué dirección y con qué velocidad evolucionará, teniendo en cuenta que sigue existiendo, pese a la crisis, un flujo de entrada y que también se está produciendo una migración de españoles, en especial a la Unión Europea. Como repercusiones inmediatas es de esperar una reducción de la natalidad, ya que

se estaba produciendo una importante proporción de nacimientos de mujeres nacidas fuera de España.

Los emigrantes, en especial los ilegales, están siendo sometidos a exclusiones de los servicios normalizados de salud, con consecuencias potencialmente graves en su salud y en la salud pública.

Existe un discurso que culpabiliza a la población extranjera en el sentido de que consumirían recursos que podrían ir a la población autóctona. En los estudios hasta ahora realizados en España los emigrantes consumen menos recursos, a igualdad de edad y sexo, que la población autóctona (“síndrome del emigrante sano”).

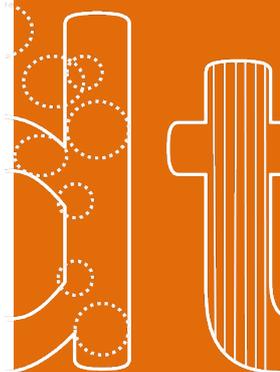


4. CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO

La enorme tasa de desempleo española es uno de los peores efectos de la crisis sobre la sociedad española y, potencialmente, uno de los más peligrosos para la salud de los españoles. Podría tener efectos a corto plazo, pero todavía no se aprecian claramente en nuestros datos, por lo menos en los indicadores que hemos podido medir en este primer corte, por ejemplo el aumento de consumo de tranquilizantes, en un marco de reducción general de consumo farmacéutico. También es probable que se puedan manifestar efectos a medio o largo plazo sobre algunos problemas de salud e incluso sobre la longevidad, pero no los estamos detectando todavía o estamos solo con ligeros repuntes no consolidados todavía (ver apartado de Salud y Desigualdades de Salud de este documento).

No hemos sobrecargado de información este apartado del desempleo, pero la Encuesta de Población Activa detecta importantes diferencias entre Comunidades Autónomas, casi 800.000 hogares sin ningún tipo de ingreso y una tasa sistemáticamente superior al 55% de tasa de paro juvenil, situaciones todas ellas con manifestaciones en otros indicadores que sí que citamos, como los vinculados con el riesgo de pobreza, inicio de procesos migratorios de jóvenes españoles con alto nivel formativo y otros importantes condicionantes de la vida sobre la salud.

Las diferentes situaciones relacionadas con las viviendas en las que habitan las familias dibujan un panorama muy relevante en relación con las consecuencias de la crisis. Es un determinante fundamental de las condiciones de vida, junto con las condiciones de trabajo y empleo son determinantes de los denominados proximales (como los estilos de vida) ya que afectan directamente a la salud de las personas y poblaciones.



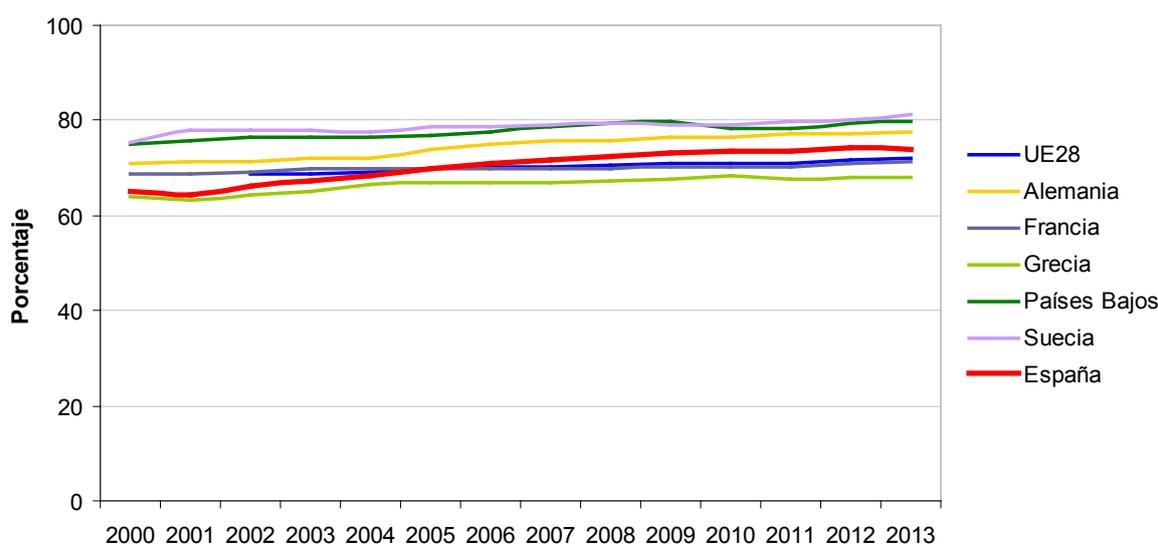
El indicador de goteras o humedades en los domicilios hace referencia a problemas estructurales de las viviendas o de falta de mantenimiento y no parece observarse un grave deterioro con la crisis, por lo menos de momento. Hay países con problemas de este tipo pero en general la tendencia es a la mejora, incluso en estos últimos años y en los países más afectados. Todo lo contrario de otros indicadores, como el de poder mantener la temperatura de la vivienda, que sí afecta más a los países que están sufriendo como Grecia, y de forma muy llamativa Italia. España y Portugal están mal, pero están mejorando.

Las dificultades para pagar las hipotecas o los alquileres sí que está siendo un indicador de la crisis. Afectan a la media de la UE, pero son crecimientos intensos lo que se da en los diferentes países, especialmente Grecia e Irlanda, pero también en Hungría, España, Portugal, Francia y Finlandia.

La situación respecto a los pagos de recibos de energía y agua también es muy parecida, y se suman a los países gravemente afectados citados arriba a los que se unen Rumania, Bulgaria y Polonia, que no se afectaban en el indicador anterior. No disponemos de datos sobre ejecuciones hipotecarias o familias desalojadas, aunque la contabilidad de las instituciones judiciales españolas en este punto es realmente preocupante.

4.1. Población activa y desempleo

Gráfico 33. Porcentaje de población activa entre 15 y 64 años.
España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2013.

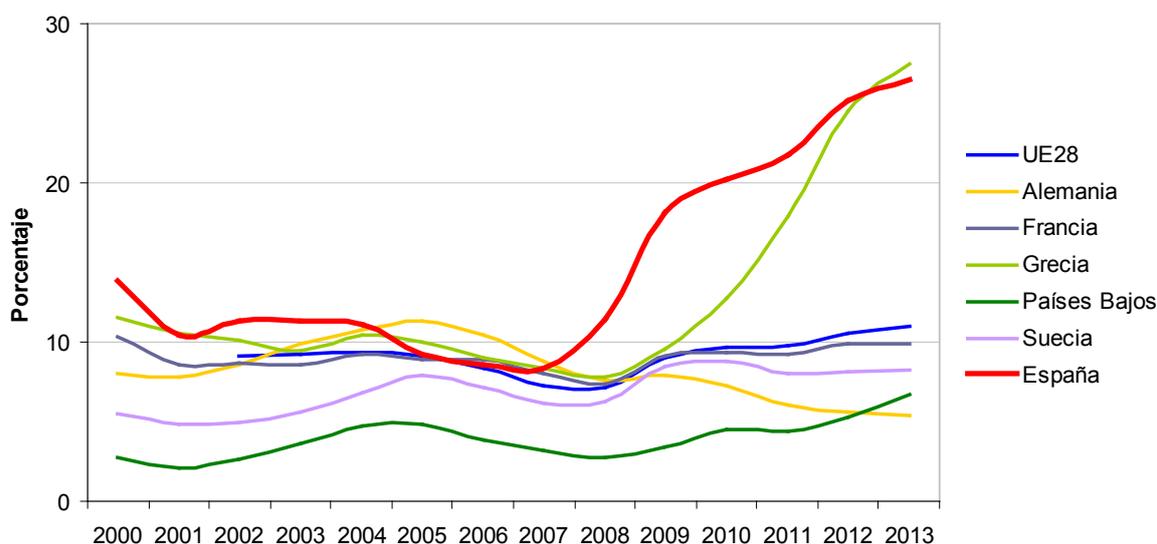


Fuente: The European Union Labour Force Survey. Eurostat.



España tiene una tasa de actividad similar a la media europea pero inferior a la de los países más desarrollados (Gráfico 33). No está sufriendo oscilaciones con la crisis pero sí tiene una tendencia creciente desde las últimas décadas con la progresiva incorporación de porcentajes superiores de mujeres al mercado laboral.

Gráfico 34. Porcentaje de población desempleada entre 15 y 64 años respecto a la población activa. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2013.



Fuente: *The European Union Labour Force Survey. Eurostat.*

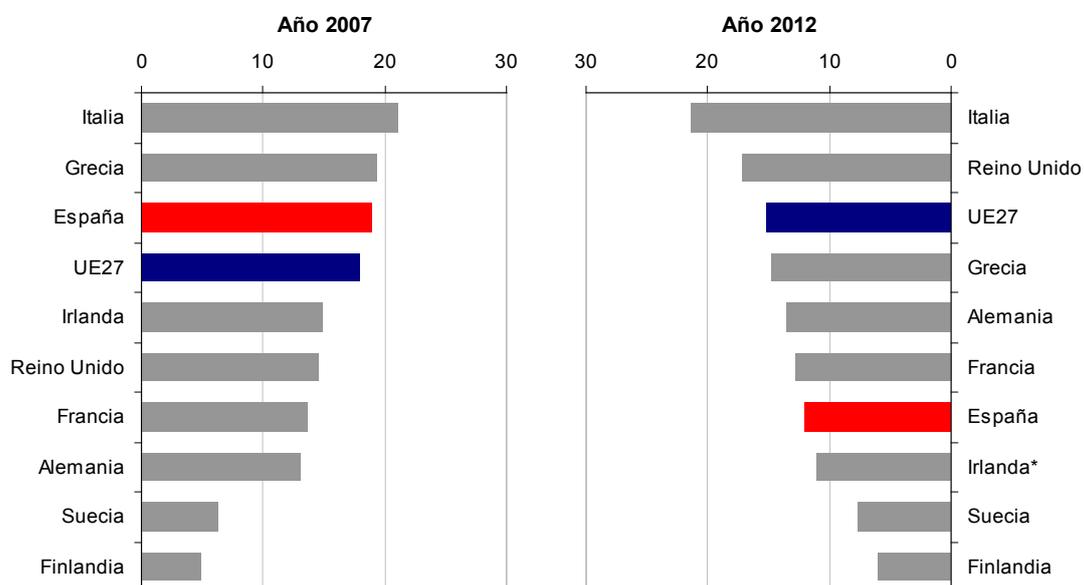
La tasa de desempleo es uno de los indicadores más dramáticos de la situación española (Gráfico 34). En este momento solo Grecia supera a nuestro país en esta situación, que es un determinante clave para muchos problemas de salud y una de las causas del aumento de las desigualdades sociales en España. Como determinante a corto plazo tiene efectos conocidos sobre la salud mental, sobre la que actúa de forma directa con ansiedad y depresión así como sobre otros problemas relacionados con la pérdida de control sobre las decisiones de las personas y la pérdida de autoestima.

Naturalmente el desempleo también condiciona peor acceso a recursos, incluidos alimentarios, problemas sobre las condiciones de vida tales como los relacionados con la vivienda, con el acceso a ella, con su pérdida por desahucio o deterioros del mantenimiento. También dificulta el acceso a otros recursos como viajes de descanso y otros elementos de la calidad de vida, como la educación o en determinados casos a recursos para la salud. A largo plazo puede tener efectos todavía no bien conocidos relacionados con enfermedades crónicas o tumores. Sin duda la alta tasa de paro española define uno de los rasgos más peligrosos del perfil de los efectos de la crisis en España.



4.2. Hogares con problemas de goteras, humedades o podredumbre

Gráfico 35. Hogares con problemas de goteras, humedades o podredumbre. España, UE27 y algunos países europeos. 2007 y 2012.



Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

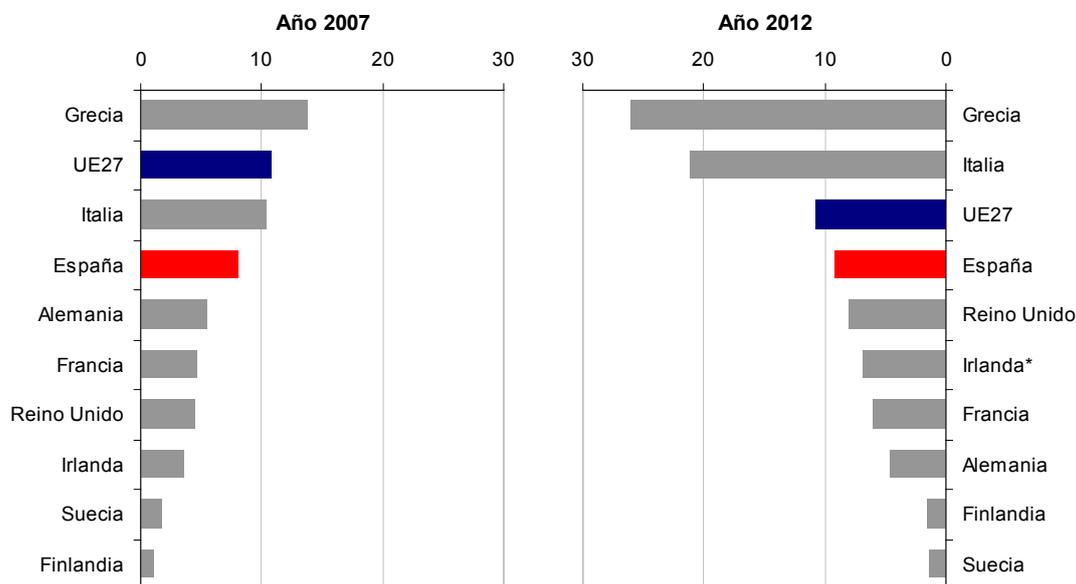
*Los datos de Irlanda son de 2011.

Los datos del indicador de hogares con problemas de goteras, humedades o podredumbre (Gráfico 35) no confirman una influencia de la crisis en el potencial deterioro de las viviendas de los ciudadanos de forma general en la UE. Sí parece existir antes de la crisis una peor infraestructura en algunos países más golpeados por la crisis, pero la evolución es claramente a mejor, aunque nada de esto es muy coherente con el comportamiento económico de la crisis con las familias. Sí que se aprecia una notable mejor situación de los países nórdicos más ricos.



4.3. Hogares que no pueden permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada

Gráfico 36. Hogares que no pueden permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada. España, UE27 y algunos países europeos. 2007 y 2012.



Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

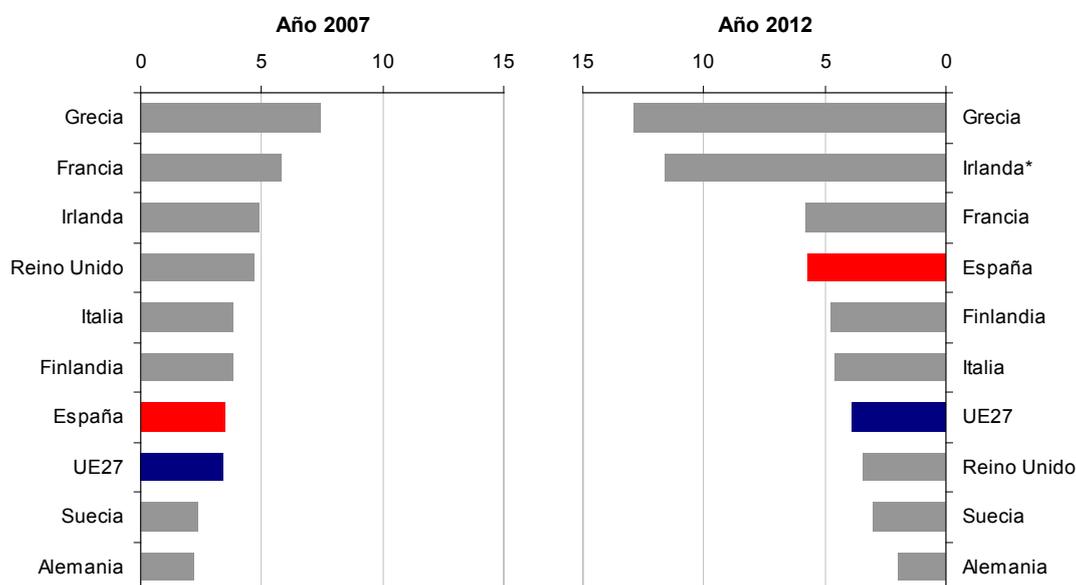
*Los datos de Irlanda son de 2011.

En general en Europa los hogares han podido mantener sus hogares con una temperatura adecuada en verano y en invierno (Gráfico 36), siendo básicamente estable el porcentaje con este problema en alrededor de un 15-20%. Países especialmente afectados por la crisis han evolucionado claramente a peor, como es el caso de Grecia, muy llamativo, y el de Italia. Portugal también tiene una mala situación en este indicador, pero ha ido mejorando. Así mismo, España ha sufrido un deterioro, pero no tan importante. De todas formas, los países que peor están en este aspecto son Bulgaria, Chipre y Lituania.



4.4. Hogares con retrasos en el pago de hipoteca o alquiler

Gráfico 37. Hogares con retrasos en el pago de la hipoteca o del alquiler. España, UE27 y algunos países europeos. 2007 y 2012.



Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

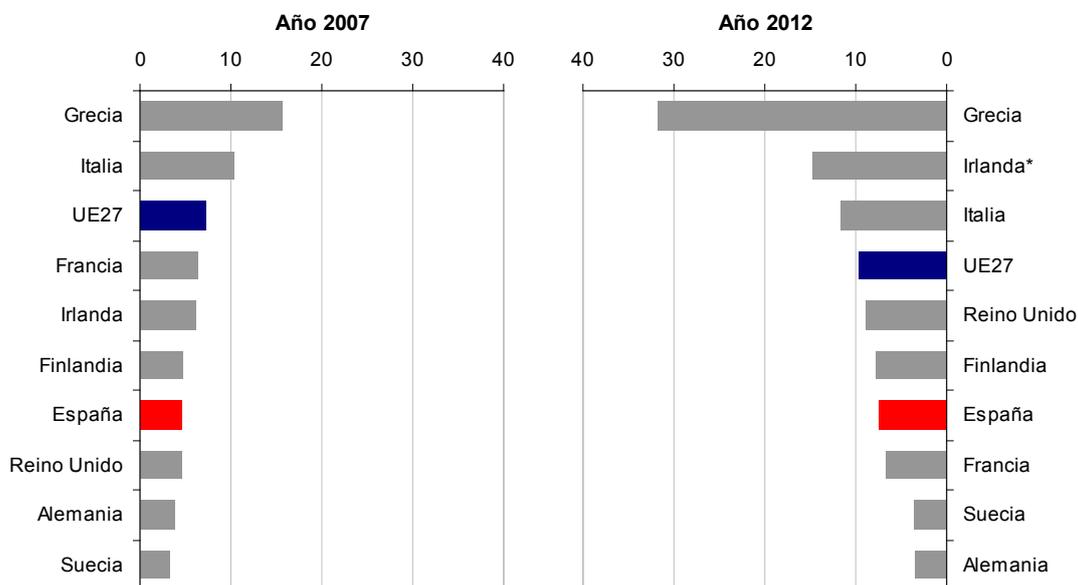
*Los datos de Irlanda son de 2011.

Existe un ligero incremento en el número de hogares europeos con dificultades para pagar el alquiler o la hipoteca (Gráfico 37), pero se distribuye de forma muy desigual según el país y el tipo de afectación de la crisis económica y los patrones anteriores que tenían en este indicador. Los casos de Grecia, Irlanda y Hungría son en estos momentos dramáticos, pero son malos también en España, Francia, Portugal y de forma inesperada en Finlandia. Varios países del Este Europeo no padecen este problema como Rumania, Bulgaria y Polonia, probablemente por el diferente tipo de estructura de la propiedad de la vivienda familiar. Este indicador parece especialmente sensible como identificador de las familias con problemas.



4.5. Hogares con retrasos en el pago de recibos de suministros básicos

Gráfico 38. Hogares con retrasos en el pago de recibos de energía, agua, etc. España, UE27 y algunos países europeos. 2007 y 2012.



Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

*Los datos de Irlanda son de 2011.

Este indicador (Gráfico 38) presenta muchas similitudes con el anterior. Hay un incremento de los europeos que viven en hogares con problemas en el pago de los recibos y afecta de forma significativa a los países con una crisis más profunda, como Grecia, Irlanda, España e Italia. También Finlandia está afectada en este punto, que apunta directamente a medir las repercusiones sobre las economías familiares de las que son un elemento básico. En lo que se diferencia del indicador anterior de forma más profunda es que los países más afectados son precisamente los países del Este europeo que salían bien parados en el indicador anterior, como Bulgaria, Rumanía y también Hungría.



5. ESTILOS DE VIDA Y CONDUCTAS

Los estilos de vida son unos importantes determinantes sociales de la salud, de naturaleza proximal y desde luego con importantes vinculaciones con las variables estructurales y de posición socioeconómica.

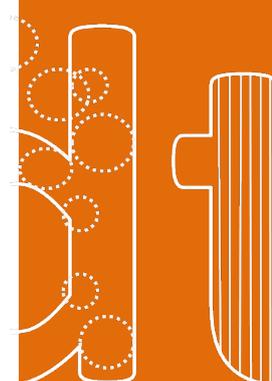
El tabaquismo es una epidemia que sigue siendo importante en España. Fuman más los varones que las mujeres, aunque en éstas la tendencia está creciendo más deprisa. Comparativamente con Europa nuestra prevalencia del hábito de fumar es superior a la media y es mucho más alta que la de otros países de la OCDE como Japón, EEUU o Brasil. Es un grave problema de salud pública y parece estar disminuyendo durante los años de la crisis, pero sin que se pueda establecer una relación de causa efecto. En Grecia ha bajado de forma importante en los primeros años de la crisis, pero nos faltan datos de los últimos dos años.

El consumo de alcohol es relativamente alto en España. En el gráfico se aprecia un incremento en los años finales de la época de crecimiento, aunque parece estar bajando después, coincidiendo con los años de la crisis, como en Grecia.

La obesidad y el sobrepeso en adultos es un problema grave en la sociedad española. Es superior en varones y su evolución está estabilizada, pero desde antes del comienzo de la crisis. Comparados con países de nuestro entorno tenemos también un problema grave de salud pública, aunque estabilizado en su progresión.

El sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes es también un problema importante. Es más prevalente en niños que en niñas, aunque en las niñas se incrementa rápido. En las comparaciones internacionales nuestros niños y adolescentes tienen un mayor problema comparativo con otras sociedades, mientras que en las niñas es menor la desventaja y menos grave comparativamente hablando con las chicas adolescentes europeas.

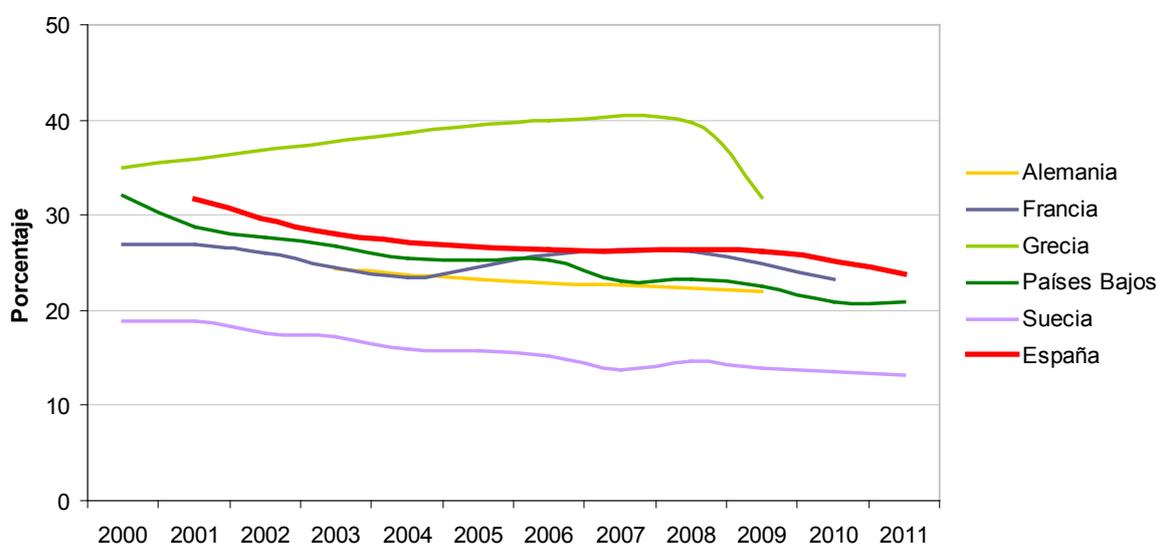
El sedentarismo es mayor en las mujeres que en los hombres, creciendo de forma muy rápida en estos años de la crisis, convirtiéndose también en un problema relevante.



En general los estilos de vida seleccionados presentan un panorama en general malo de la población española (al compararnos con los países del entorno), con afectaciones diferentes según la edad y el sexo. Pueden estar señalando un problema más grave para el futuro, sobre todo como potenciales precursores de las enfermedades crónicas y quizá pueda afectar a la longevidad de estas generaciones.

5.1. Tabaco

Gráfico 39. Población que fuma a diario. España y otros países europeos. 2000-2011.



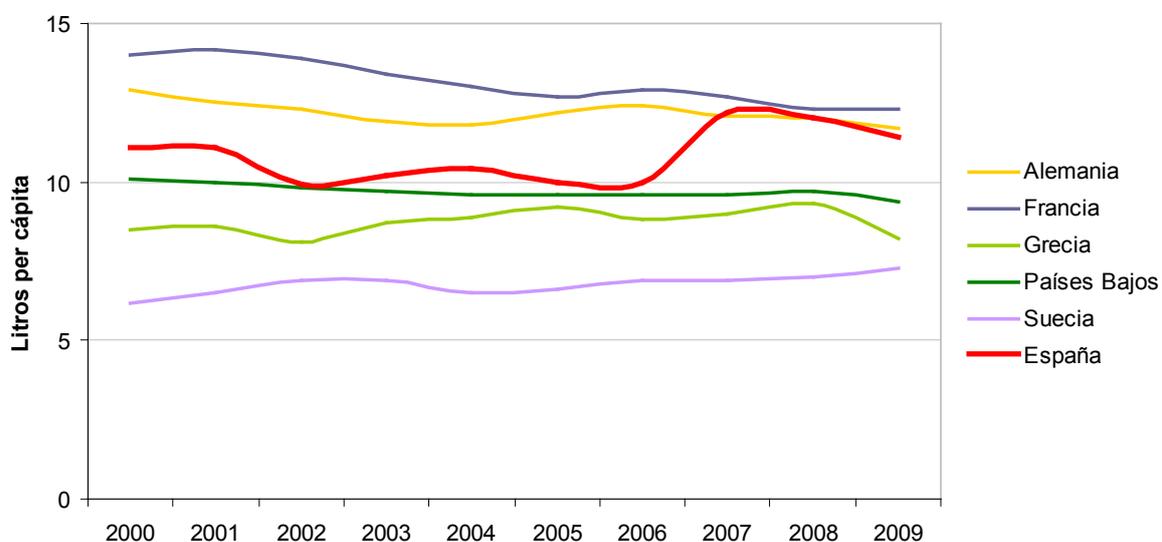
Fuente: OECD Statistics.

España es un país con una tasa de fumadores diarios situada por encima de la media entre los países europeos (Gráfico 39). Tiene una tendencia decreciente, pero muy ligera. Quizá se pueda identificar una ligera caída a partir de 2009, pero esto es francamente especulativo. Este determinante está relacionado de forma muy estrecha con la alta prevalencia de mortalidad por tumores, en especial en varones y con los años potenciales de vida perdidos por la misma causa. Junto con la desigualdad social es probablemente el determinante individual más importante en relación con la mortalidad.



5.2. Alcohol

Gráfico 40. Litros de alcohol consumidos por persona mayor de 14 años. España y otros países europeos. 2000-2009.



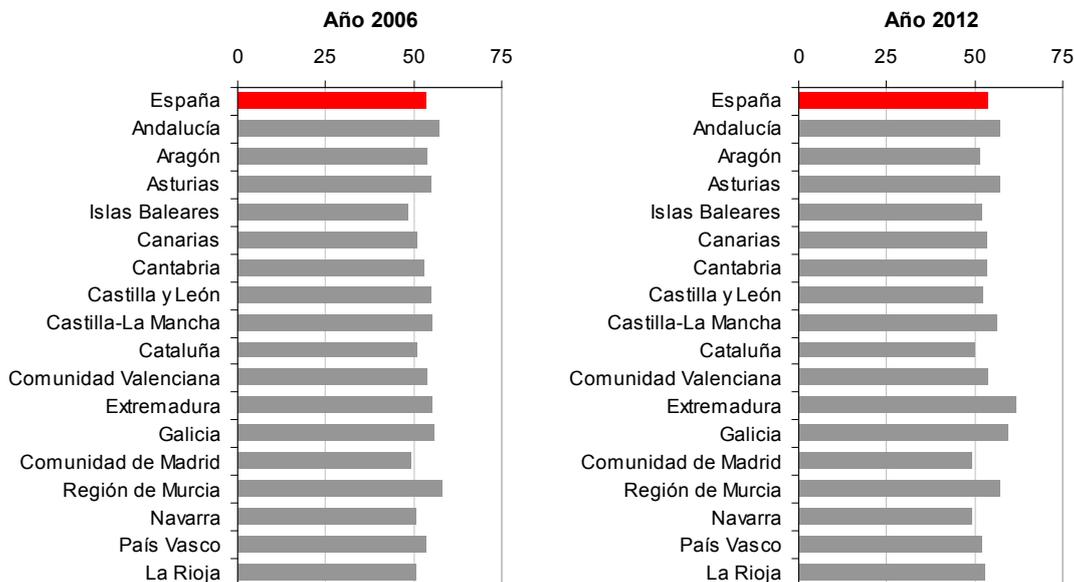
Fuente: OECD Statistics.

Aunque en este caso la serie es corta para apreciar los efectos de la crisis, sólo llega a 2009, (Gráfico 40), parece apreciarse una gran estabilidad en los países seleccionados y también en otros países revisados. En los dos años anteriores a la crisis hay un aumento en el consumo en España y quizá un ligero decremento final, apreciable en España y Grecia, pero que habrá que seguir su evolución en los años siguientes para confirmarlo.



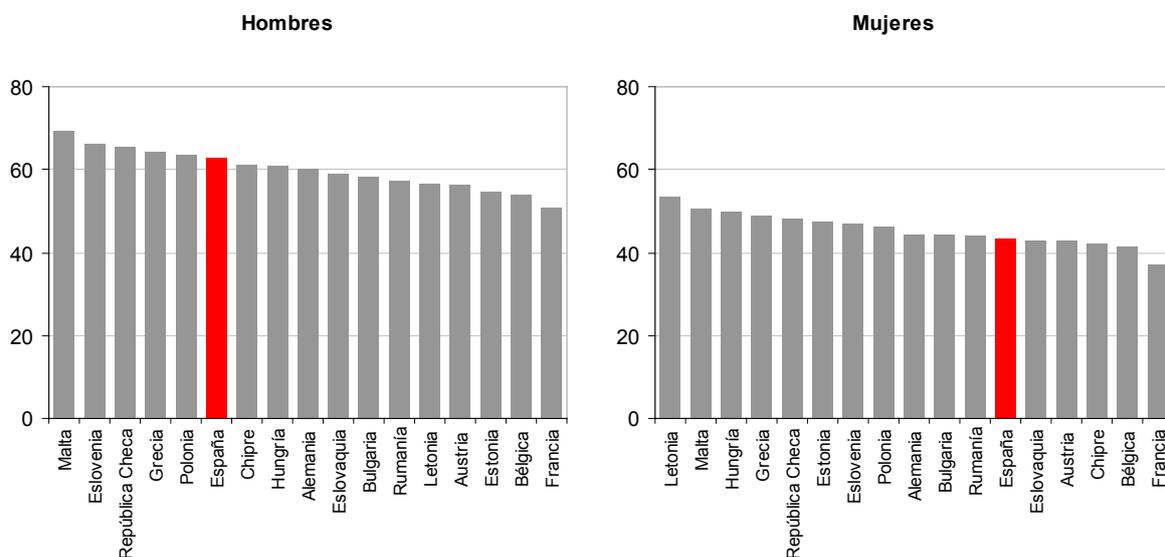
5.3. Obesidad y sobrepeso en adultos

Gráfico 41. Población adulta con sobrepeso u obesidad. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 42. Hombres y mujeres con sobrepeso u obesidad. España y otros países europeos. Año 2008.



Fuente: European Health Interview Survey. Eurostat.

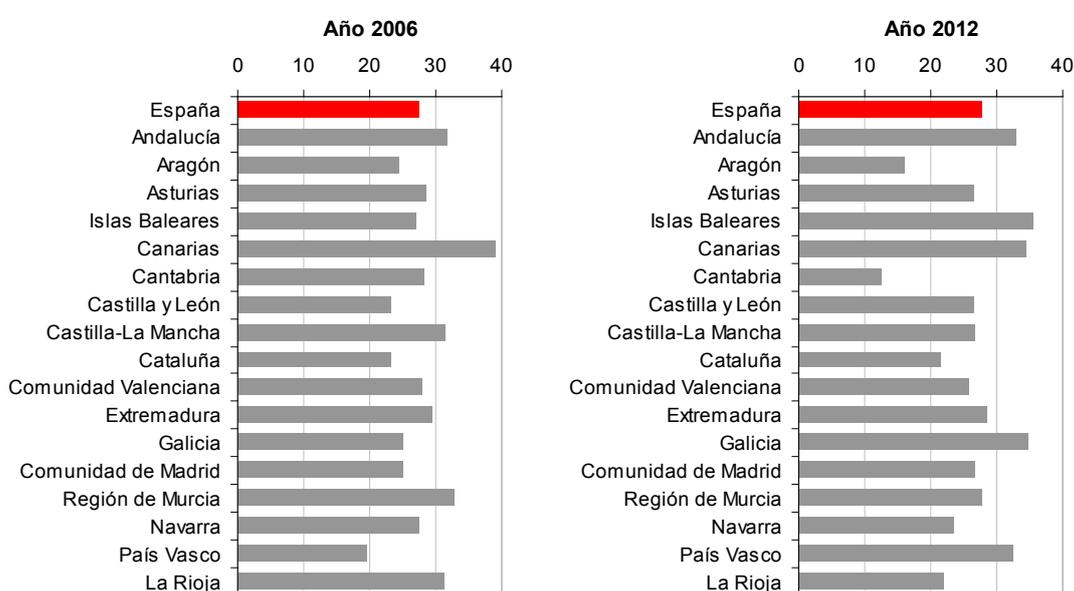
En las personas adultas en España está aumentando discretamente el número de las que dicen tener obesidad o sobrepeso (Gráfico 41). Supone aproximadamente la mitad de la población adulta española.



Comparativamente a nivel internacional somos un país con alta proporción de afectación por este factor determinante de la salud, aunque hay una carencia importante de datos comparables (Gráfico 42). No llegamos a los niveles de gravedad de Estados Unidos (63,1% en 2011 según la OCDE), aunque estamos en posiciones relativamente en desventaja respecto a Europa. La situación de los varones españoles es peor que la de las mujeres y con peor evolución en estos últimos años. No podemos aventurar ningún tipo de relación con la crisis.

5.4. Obesidad y sobrepeso en niños

Gráfico 43. Población de 2 a 17 años con sobrepeso u obesidad. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

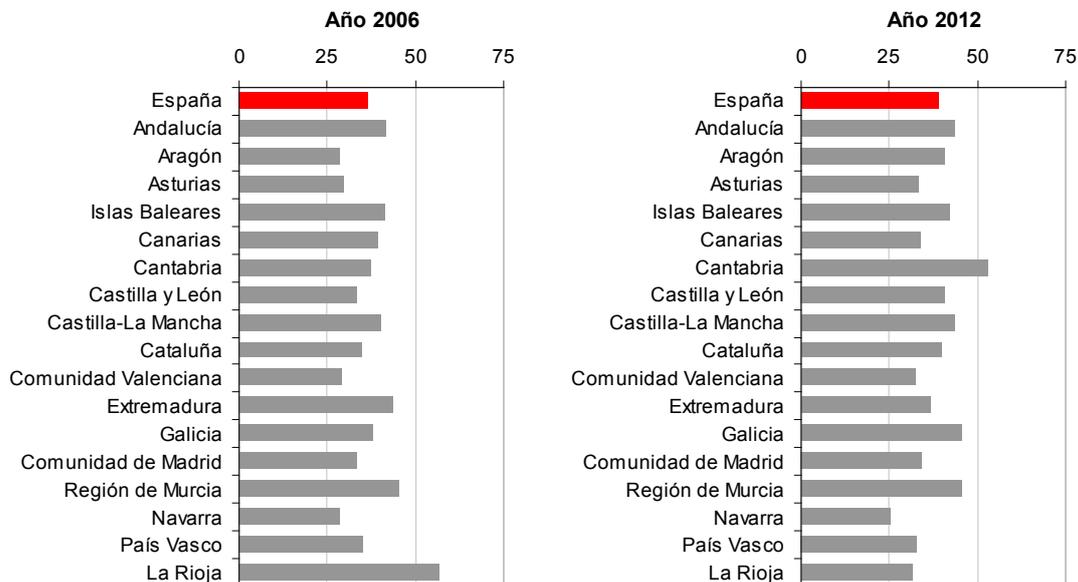
El sobrepeso y la obesidad en niños y niñas en España es un indicador que está estabilizado en los años de la crisis (Gráfico 43), pero ha subido un poco más en las niñas. Es un problema que se está agravando y que comparativamente nos coloca en desventaja con otros países europeos. Como puede verse, por Comunidades Autónomas existe una gran divergencia entre los datos y las evoluciones de esta problemática antes y después de la crisis.

El sobrepeso y la obesidad de niños, niñas y adolescentes es un problema grave en la población española, comparativamente con otros países. Especialmente en los varones, tanto en los niños como en los adolescentes. Las niñas y adolescentes están comparativamente mejor (*International Association for Study of Obesity*).



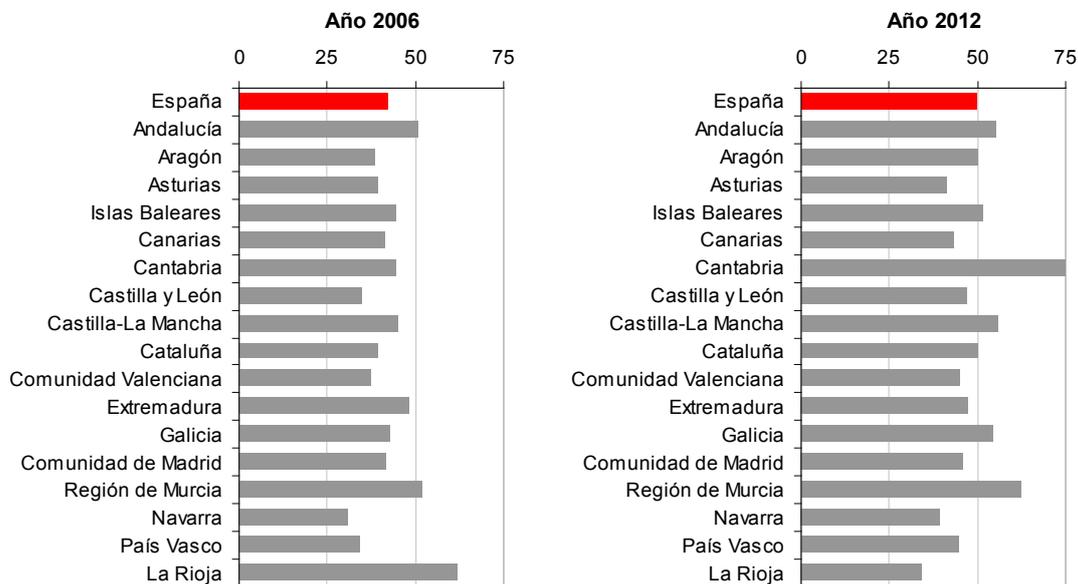
5.5. Sedentarismo

Gráfico 44. Sedentarismo en hombres. España y CCAA. 2006 y 2012.



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

Gráfico 45. Sedentarismo en mujeres. España y CCAA. 2006 y 2012.



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



El sedentarismo está aumentando en España, con variaciones importantes entre las Comunidades Autónomas (Gráfico 44 y Gráfico 45). El aumento se está produciendo en ambos sexos y con más intensidad en las mujeres.

Es un factor determinante proximal con potenciales efectos, sobre todo a medio y largo plazo vinculados con enfermedades crónicas y otros problemas, como obesidad, diabetes y problemas circulatorios.



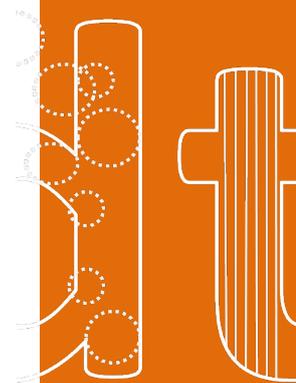
6. FACTORES PSICOSOCIALES INDIVIDUALES

Los indicadores de este apartado los seleccionamos por ser posibles variables asociadas a factores psicosociales que influyen sobre la salud. Se observa una tendencia decreciente, débil, en el número de matrimonios en España. En la misma situación se encuentran el resto de los países mediterráneos, salvo Grecia. En los países nórdicos la tendencia permanece estable. Las separaciones están estabilizadas en Europa en cifras muy bajas. En los dos años previos a la crisis hubo un crecimiento aislado de separaciones en España que no sabemos a qué ha podido ser debido.

Existe un aumento en el número de personas que se consideran infelices, en ambos sexos, pero de crecimiento más intenso en las mujeres. En este caso sí que podría haber una causalidad relacionada con los problemas derivados de la crisis económica.

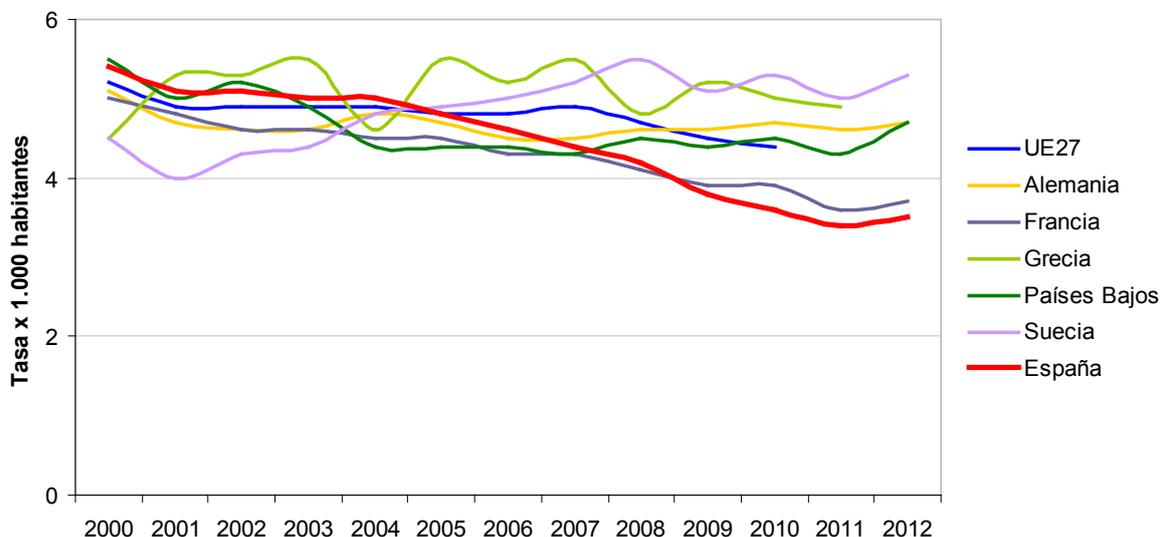
El disponer de bajo apoyo social se ha mantenido relativamente estable en las encuestas de antes y de después de la crisis, aunque ha bajado un poco el apoyo social que reciben las mujeres. Este indicador puede ser muy relevante para el seguimiento de la crisis en estos próximos años.

Sí que pueden apreciarse en este conjunto de variables alguna influencia de la crisis económica y quizá encontrarnos con una mayor vulnerabilidad psicológica; más adelante podremos verificar el aumento del consumo de fármacos ansiolíticos, por ejemplo. Por otro lado no parece detectarse, de momento, una fractura grave en las redes sociales que disminuya el apoyo social. Esta última es una clave esencial en la evolución en el marco de una crisis de esta naturaleza.



6.1. Matrimonios y separaciones

Gráfico 46. Matrimonios. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012.

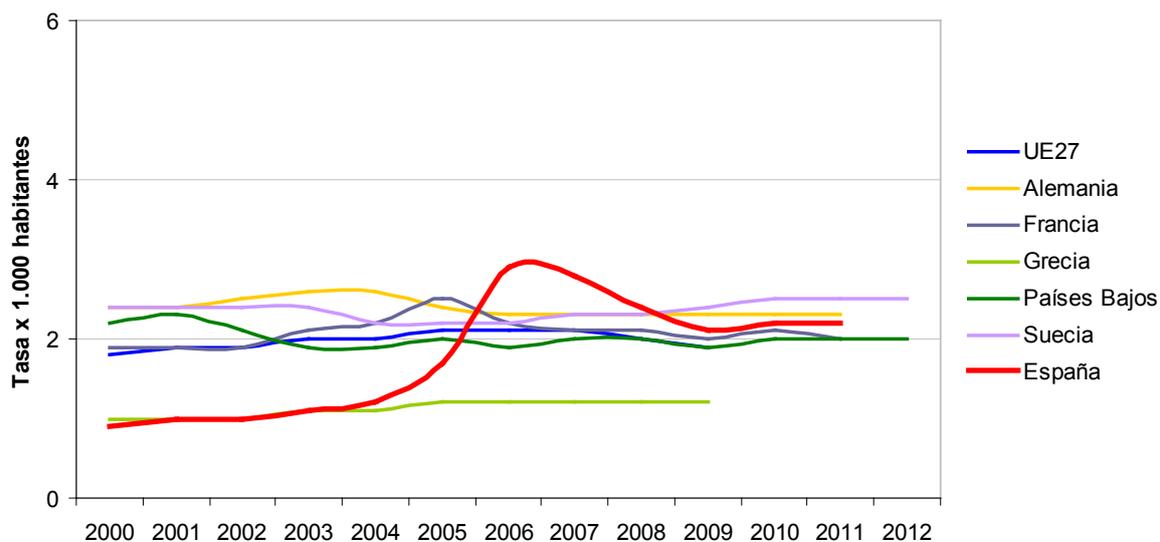


Fuente: Eurostat.

El número de matrimonios por mil habitantes sigue una línea ligeramente decreciente en Europa (Gráfico 46). Curiosamente se está manteniendo prácticamente igual en los países del Norte de Europa y una línea claramente decreciente en los países mediterráneos en general, en especial en España, Italia, Portugal y Francia (ver datos Eurostat 2013). Este efecto, no se aprecia en Grecia. Los países de Centroeuropa y del Este marcan la ligera disminución que se observa en la media de la UE.



Gráfico 47. Separaciones. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012.



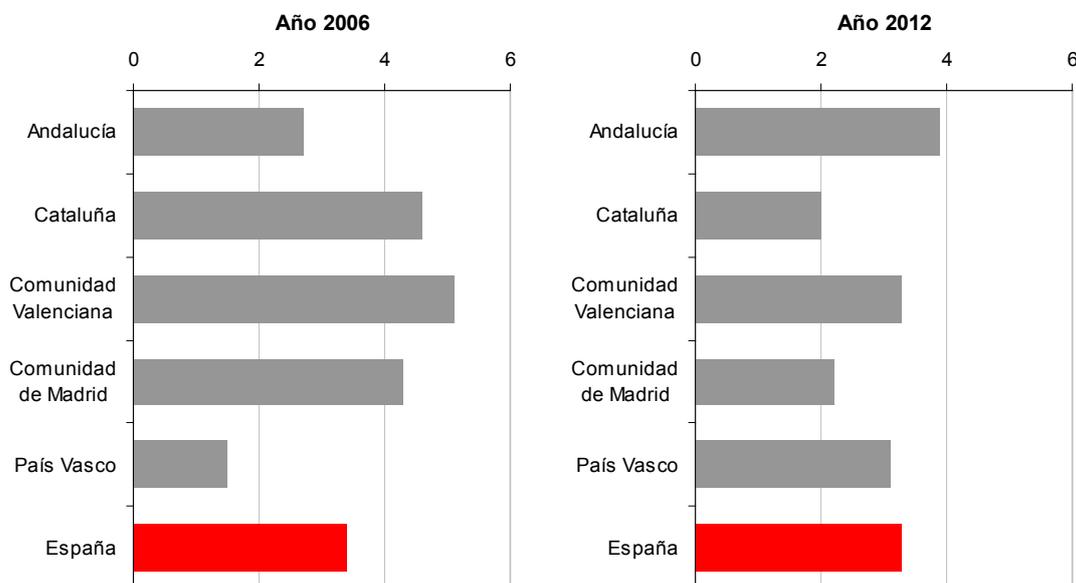
Fuente: Eurostat.

Las separaciones y divorcios en Europa están bastante estables a lo largo de estos últimos años (Gráfico 47), con cifras en general muy bajas. Se produce un pico de 2006- 2008 en España, sin que tengamos una explicación del fenómeno.



6.2. Bajo apoyo social

Gráfico 48. Personas con bajo apoyo social. España y algunas CCAA. 2006 y 2012.



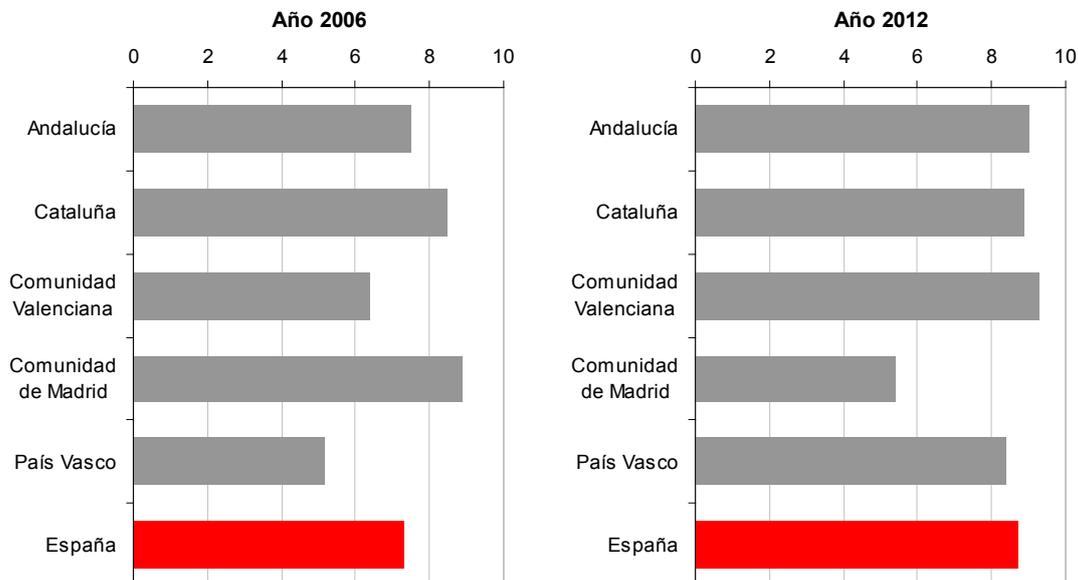
Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

El porcentaje de personas con bajo apoyo social se ha mantenido estable entre 2006 y 2012 (Gráfico 48), pero han bajado un poco —a mejor— los varones en esta situación y han aumentado, pero discretamente, las mujeres. En Andalucía, región muy afectada por la crisis, ha aumentado bastante más que la media. Es una variable importante en la interpretación de la crisis pero no parece haberse afectado de forma importante.



6.3. Grado de felicidad

Gráfico 49. Porcentaje de personas que se consideran menos felices de lo habitual. España y algunas CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

Comparando el año previo a la crisis y 2012 se detecta un aumento del número de personas que se consideran menos felices que lo habitual, por cualquier circunstancia (Gráfico 49). Podemos pensar que elementos derivados de la crisis económica pueden estar influyendo en este punto. En 2006 el porcentaje de mujeres en esta situación era el doble que en varones; en 2012 ambos sexos han perdido felicidad, pero el descenso ha sido mayor en los varones.



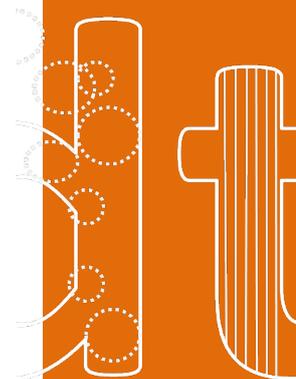
7. COHESIÓN SOCIAL, EXCLUSIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

En estos determinantes de carácter social detectamos algunos de los problemas más importantes derivados de la crisis y con potenciales efectos intensos sobre la salud, sobre todo de forma diferida o a largo plazo. Pero no solo efectos sobre la salud, también son efectos graves sobre la integridad y cohesión del conjunto de la sociedad española. España es el país de Europa en el que más han aumentado las diferencias de los ingresos entre la población en cualquiera de los indicadores (solo le supera Letonia en el Índice de Gini). España se ha hecho un país muy desigual para los términos europeos. Y ya era un país desigual antes, pero la crisis y sus consecuencias, sobre todo el paro, el riesgo de pobreza o exclusión social y el aumento de las riquezas de los más ricos están poniendo a España, probablemente, en riesgo de la ruptura de su cohesión social.

A esto se están sumando determinadas políticas que establecen diferencias en el acceso a la sanidad, la educación, la justicia y otros servicios sociales. Se han agotado las transferencias compensatorias para determinados tipos de poblaciones vulnerables. Este aumento de la desigualdad y el aumento de las diferencias en los servicios públicos sabemos ya que aumentan las desigualdades en la salud en el medio y largo plazo. No es una suposición, es lo que muestran los estudios en salud pública y de las poblaciones.

En Europa no se ha producido este empeoramiento de los índices de Gini y 20/20 en la media entre los países, que se mantienen estables en general, incluidos Portugal, Italia e Irlanda. Solo Grecia acompaña a España en el abismo de la desigualdad creciente.

España también está afectada por otro grave problema en términos de salud: el aumento de la pobreza. España y Grecia están subiendo peldaños en el ranking de la pobreza de los países europeos. Otros países eran más pobres antes de la crisis y lo son en la actualidad, como Bulgaria, Rumania, Letonia y Hungría (ver datos Eurostat 2013), pero España y Grecia. No obstante, a consecuencia de la crisis los niveles de pobreza se aproximan e incluso superan a estos. Con los datos oficiales lo estamos constatando en este estudio, pero informes más recientes específicos sobre la pobreza señalan el agravamiento progresivo de este problema. La pobreza y las desigualdades están asociadas, pero son problemas diferentes y afectan a la salud de forma diferente.



Uno de los indicadores más problemáticos es el riesgo de pobreza o exclusión social en la infancia. En nuestro caso lo medimos en los menores de 18 años. España ocupa el lugar 22 de los países de la UE. Solo seis países están peor que España. Si medimos el riesgo de pobreza únicamente solo Rumania está peor que los niños españoles.

A veces los problemas de salud derivados de la pobreza actúan también en el futuro como la desigualdad, pero muchos problemas de la pobreza pueden ser agudos y actuar también en el corto plazo, sobre todo si se asocian con las políticas antes citadas relacionadas con las pérdidas de derechos en los servicios públicos. Existen denuncias de situaciones graves y mortales en algún caso, con los colectivos excluidos como por ejemplo la población migrante sin papeles.

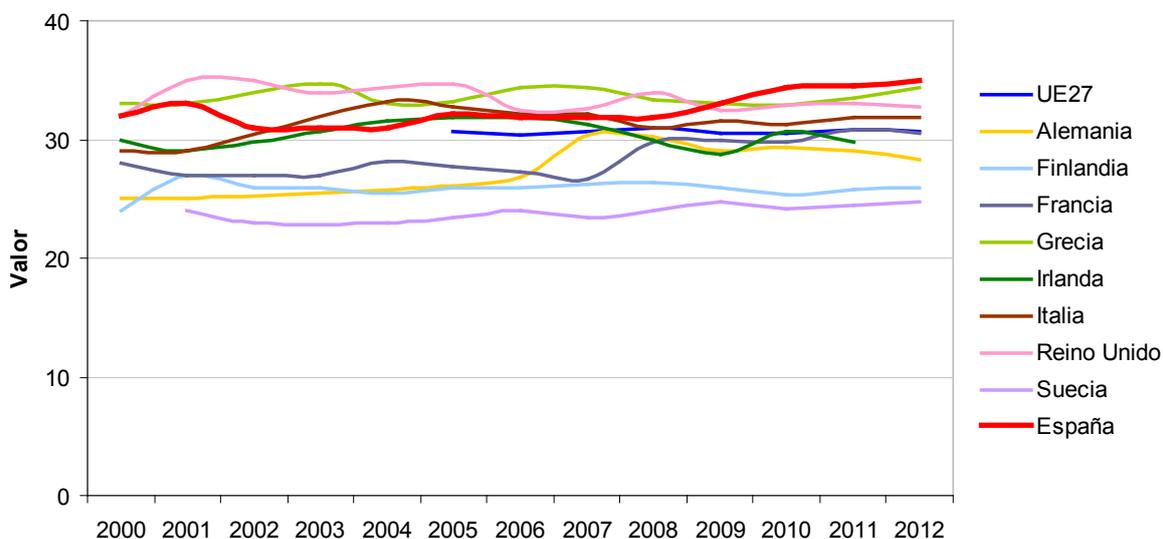
El aumento de la desigualdad de género en el marco de la crisis se ha citado como otra consecuencia de la crisis. Los diferentes índices utilizados dan resultados diferentes. Nosotros de momento hemos usado dos, el Índice de Desigualdad de Género del PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) y el Índice de Equidad de Género, de *Social Watch*, ambos con datos finales de 2012. Hemos encontrado una pérdida de la posición de España en el ranking en el primero pero no en la medida en sí del indicador.

En España el Índice de Percepción de la Corrupción ha empeorado con claridad, donde ha empeorado radicalmente en el ranking comparativo en la OCDE y aumentado la percepción de corrupción. Los países del Sur de Europa viven en un entorno más corrupto y los del Centro y Norte de Europa bastante menos. Los países del Sur de Europa y los vinculados con la crisis han incrementado en estos años de crisis su corrupción.



7.1. Índice de Gini

Gráfico 50. Índice de Gini. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012.



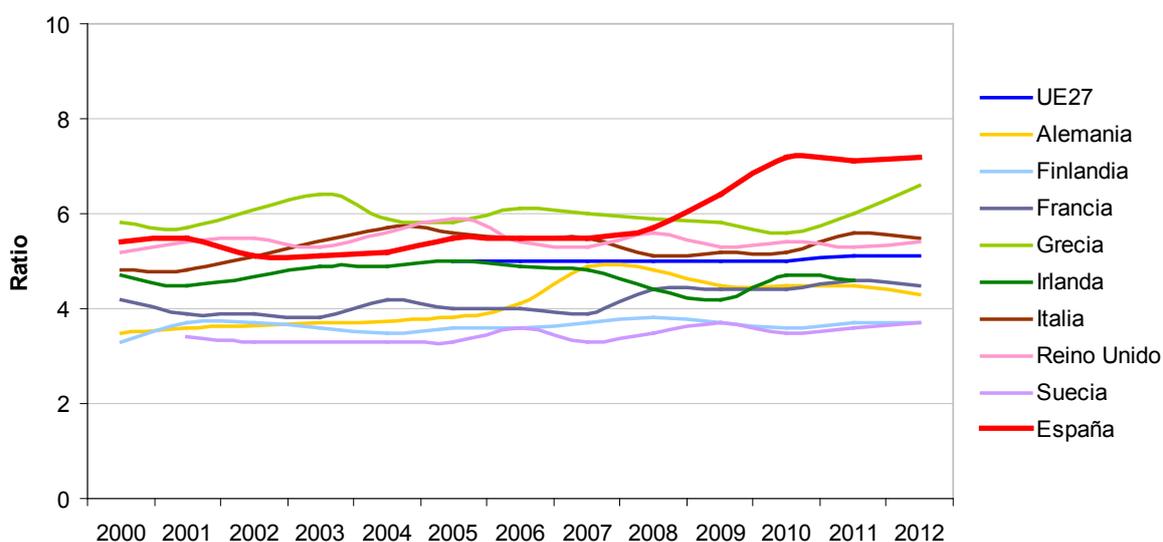
Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

El Índice de Gini, que mide la desigualdad en toda la distribución de la población, permite identificar la mejor situación de igualdad social de los países nórdicos. España ya partía desde el comienzo del siglo XXI de una desigualdad alta, que ha crecido de forma notable con la crisis (Gráfico 50). En el año 2012 de los países de la UE solamente Letonia tenía un Índice de Gini ligeramente superior a España. De todos los indicadores este es el más preocupante de los que afectan a nuestro país, junto con la tasa de desempleo. Las repercusiones sobre la salud están claramente demostradas y tienen un poderosísimo potencial de pérdida de la cohesión social.



7.2. Ratio 20/80 de ingresos

Gráfico 51. Ratio 20/80 de ingresos. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012.



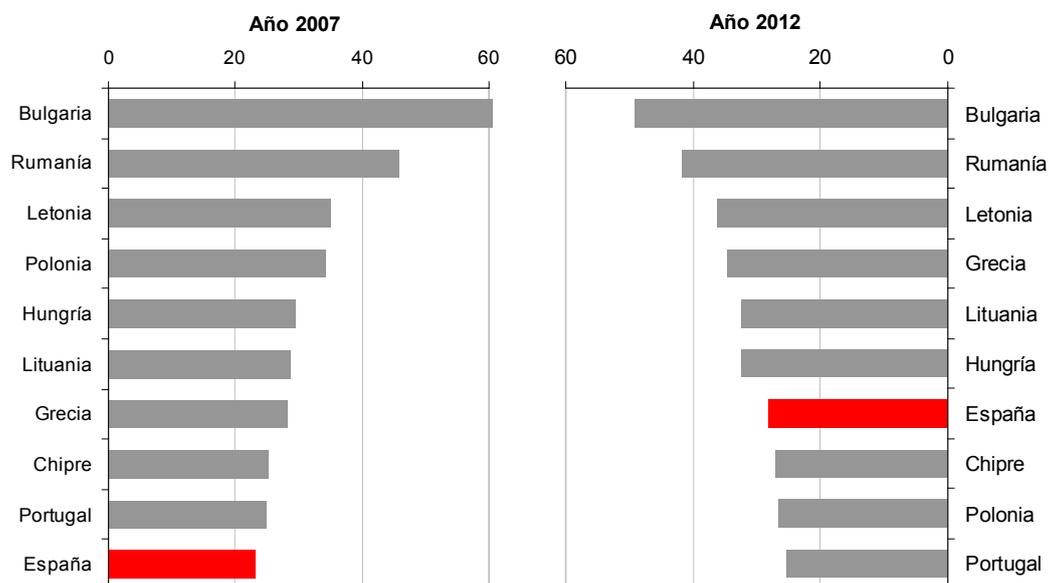
Fuente: *Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.*

En la comparación 20/80 del 20% más rico frente al 20% más pobre, los países más igualitarios (Gráfico 51) son los nórdicos, los países centrales y salvo excepciones, los países del Este que mantienen una mayor igualdad en los ingresos. España y Grecia están siendo, con mucho, los países que han aumentado más la desigualdad, Portugal e Irlanda están consiguiendo mantener los niveles de desigualdad precrisis. Este indicador y el del Índice de Gini, son paralelos en su evolución. Es probable que el aumento de las desigualdades sociales tenga consecuencias diferidas en el tiempo respecto a la producción de enfermedad. En 2012 España presenta el peor resultado de toda la Unión Europea con este indicador. Es peor que Letonia, Rumania, Portugal, Grecia y Bulgaria (ver datos Eurostat 2013).



7.3. Personas en riesgo de pobreza o exclusión social

Gráfico 52. Personas en riesgo de pobreza o exclusión social. España y algunos países europeos. 2007 y 2012.



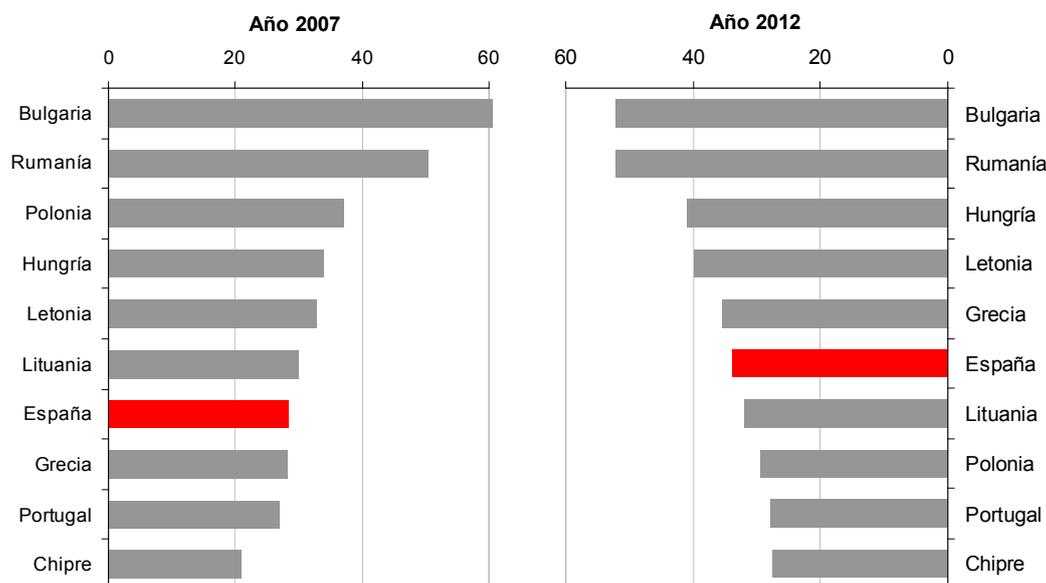
Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

El porcentaje de personas con riesgo de pobreza o exclusión social, la situación europea se ha ido debilitando con la crisis económica (Gráfico 52). Es uno de los determinantes más peligrosos para el deterioro de la salud, tanto a corto plazo como para el futuro. Naturalmente que no solo afecta a la salud, es un indicador muy potente de la cohesión y la exclusión social. Aunque la pobreza en sí debemos considerarla una enfermedad por sí misma. España y Grecia no solo han empeorado su situación en este punto, además lo han hecho de forma más grave y rápida que, por ejemplo, Polonia, Chipre y Portugal. Los últimos Informes ad hoc sobre evolución de la pobreza insisten en el persistente agravamiento de esta situación.



7.4. Menores de 18 años en riesgo de pobreza o exclusión social

Gráfico 53. Menores de 18 años en riesgo de pobreza o exclusión social. España y algunos países europeos. 2007 y 2012.

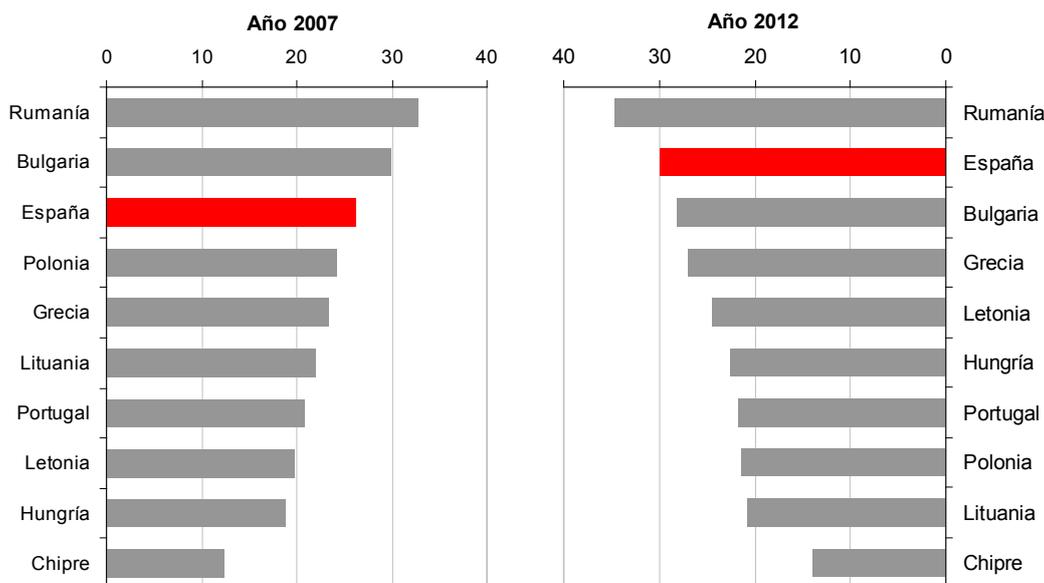


Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

El problema del riesgo de pobreza o la exclusión social en la infancia es grave en España y en los países europeos más afectados por la crisis. En el Gráfico 53 se comparan los países con peores resultados en este indicador en el que se muestra que la situación de España se ha deteriorado con la crisis. En este caso el indicador incluye: personas en riesgo de pobreza (menos del 60% de la mediana nacional de ingresos disponibles) o con privación material severa (no pueden pagar al menos 4 de los 9 siguientes conceptos: alquiler/hipoteca, calefacción, gastos inesperados, carne regularmente, vacaciones, televisión, lavadora, coche y teléfono) o viviendo en hogares con baja intensidad de trabajo (se ha trabajado menos del 20% del total de posibles meses a trabajar entre todos los componentes del hogar en edad laboral). Este indicador es probablemente mejor medidor para comparar entre países y para valorar la diferencia entre las políticas de algunos países. Por ejemplo, Polonia ha mejorado sustancialmente y Portugal, dentro de la gravedad, se mantiene relativamente estable. Sin embargo, Grecia y España han empeorado en estos años.



Gráfico 54. Menores de 18 años en riesgo de pobreza. España y algunos países europeos. 2007 y 2012.



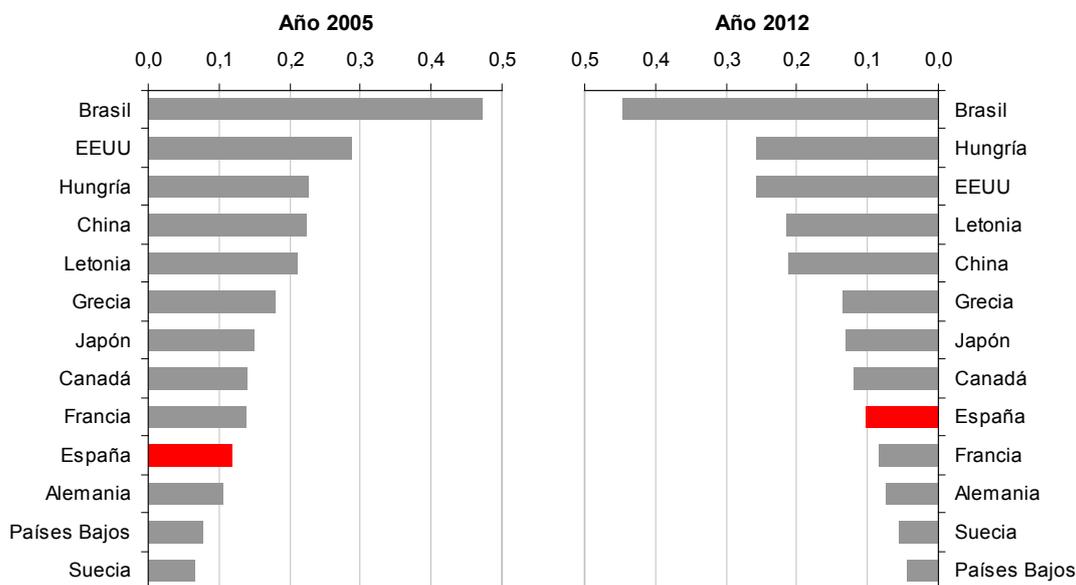
Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

A diferencia del anterior indicador, este incluye sólo personas en riesgo de pobreza (menos del 60% de la mediana nacional de ingresos disponibles), sin los otros componentes del gráfico anterior. Se aprecia el importante deterioro y la mala situación de España (Gráfico 54). Debe tenerse en cuenta que el riesgo de pobreza está medido en cada país respecto al 60% de la mediana de ingresos de cada país, lo que explica la pobreza relativa, dentro de cada país. Este problema y su agravamiento en estos años tiene relación con el aumento de las desigualdades tan importante que se detecta en España.



7.5. Desigualdad de género

Gráfico 55. Índice de desigualdad de género. España y otros países. 2005 y 2012.



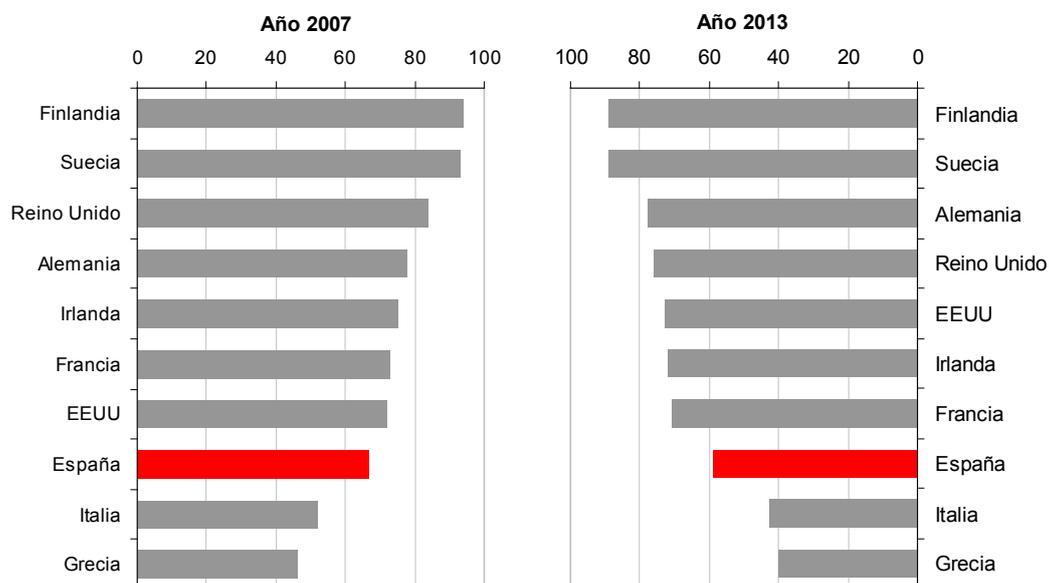
Fuente: Gender Inequality Index. Human Development Reports. United Nations Development Programme.

En los medios de comunicación han aparecido en este último año llamadas de atención sobre el posible agravamiento de la desigualdad de género en España y pérdida de puestos en el ranking internacional. En el Índice de Desigualdad de Género que elabora el PNUD (Gráfico 55) no apreciamos esta situación, por lo menos hasta 2012 en el que el índice de España ha mejorado, aunque menos que otros países por lo que ha perdido puestos en el ranking. Revisado también el Índice de Equidad de Género hasta 2012 las mediciones son muy parecidas.



7.6. Índice de percepción de la corrupción

Gráfico 56. Índice de percepción de la corrupción. España y otros países. 2007 y 2013.

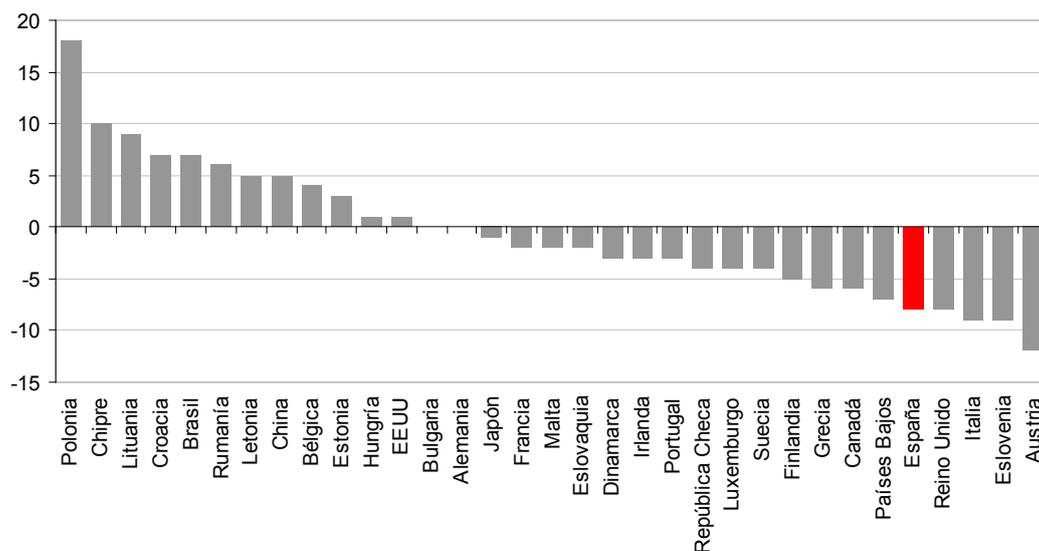


Fuente: Transparency International España.

El índice de percepción de la corrupción se ha visto deteriorado en la comparación de antes de la crisis y después de la crisis (2007-2013) en muchos de los países (Gráfico 56). Los países de Europa del Norte son los que parecen vivir en un entorno menos corrupto, mientras que los países del Sur de Europa están claramente en peor situación. Si comparamos las diferencias entre antes y después de la crisis se nos presenta el panorama del Gráfico 57.



Gráfico 57. Porcentaje de variación 2007-2013 en el índice de percepción de la corrupción. España y otros países.



Fuente: Transparency International España.

Muchos países desarrollados han visto claramente deteriorada su imagen en relación con la corrupción, entre ellos España de forma importante. Con la excepción de EEUU y Bélgica. Sin embargo, países que partían de malas posiciones y países emergentes están mejorando con mucha rapidez sus índices en un sentido positivo.



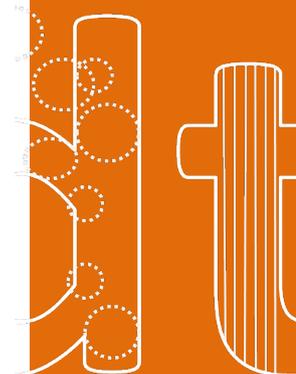
8. SISTEMA SANITARIO

El sector sanitario es un sector generador de riqueza y bienestar. Como ejemplo de ello se puede señalar, entre otros aspectos, el efecto dinamizador que tienen los centros sanitarios sobre la economía local y regional; los costes directos e indirectos que se evitan a la sociedad por la eficacia en salud de las medidas de prevención y promoción impulsadas, de los tratamientos aplicados y de las nuevas técnicas incorporadas; o la protección financiera que los sistemas sanitarios públicos ofrecen a los ciudadanos frente a los costes -elevados- que se derivan de una mala salud o de la enfermedad.

Es por ello que, para monitorizar este sector desde una perspectiva económica, se ha seleccionado un conjunto de indicadores relacionados con el dimensionamiento y estructura del gasto sanitario tanto público como privado.

Por otra parte, desde la perspectiva de la prestación de la asistencia sanitaria, el potencial impacto que las medidas adoptadas en aras de la sostenibilidad del sistema sanitario en el contexto de la crisis económica y financiera pudiera ocasionar, en este primer informe, se han analizado las componentes relacionadas con la cobertura del sistema, desde el punto de vista poblacional; los costes de la prestación a través de métricas relacionadas con la capacidad del sistema sanitario para dar respuesta a las necesidades de la población; y de los patrones de uso de servicios sanitarios públicos versus privados desde la perspectiva del gasto sanitario para cada una de las funciones de atención a la salud por agente de financiación.

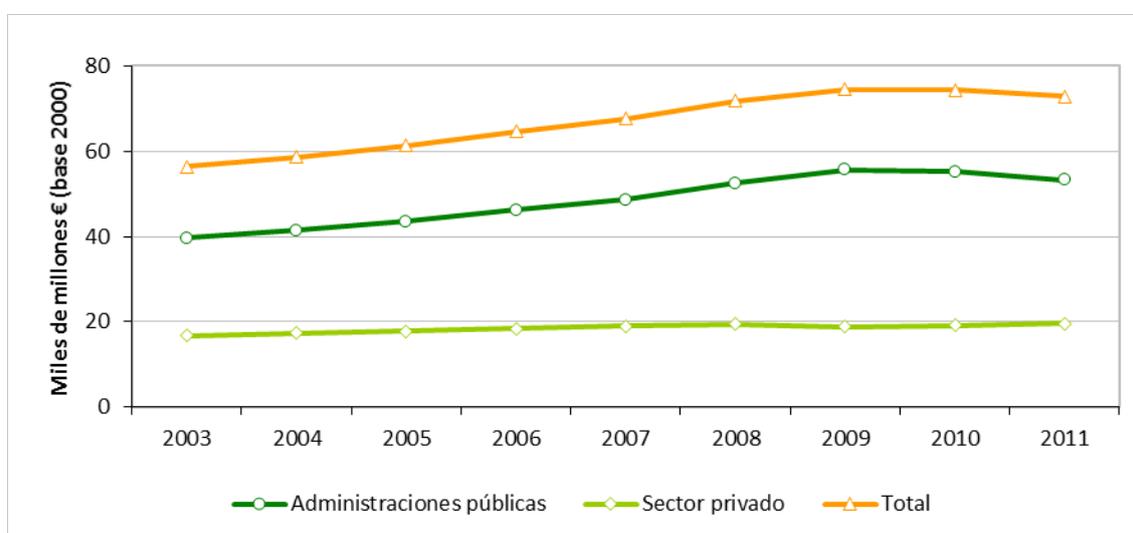
Dada la relevancia de disponer de información a nivel regional derivada de la descentralización de la asistencia sanitaria en las CCAA, para aquellas métricas en las que se dispone de información a este nivel de desagregación se presentan los datos para el conjunto de CCAA y para aquellas con mayor tamaño poblacional.



8.1. Gasto sanitario

Los siguientes gráficos muestran la evolución del gasto sanitario desde el 2003 al 2011 tanto desde el punto de vista de su volumen como de su estructura porcentual en función de la fuente de financiación. Como puede observarse en el Gráfico 58, el incremento que ha experimentado el gasto sanitario invierte su tendencia a partir de 2009, fundamentalmente por el descenso en estos últimos años del gasto sanitario público dado que el privado se ha mantenido e incluso incrementado ligeramente en 2011.

Gráfico 58. Gasto sanitario total y por agente de financiación. España 2003-2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

No obstante, la participación del sector privado como se muestra en el Gráfico 59 descendió ligeramente hasta 2009 pasando de representar el 29,8% del gasto sanitario total en 2003 al 25,3 % en 2009, cambiando su tendencia en los dos últimos años de los que se dispone de información, situándose en 2011 en el 27%.



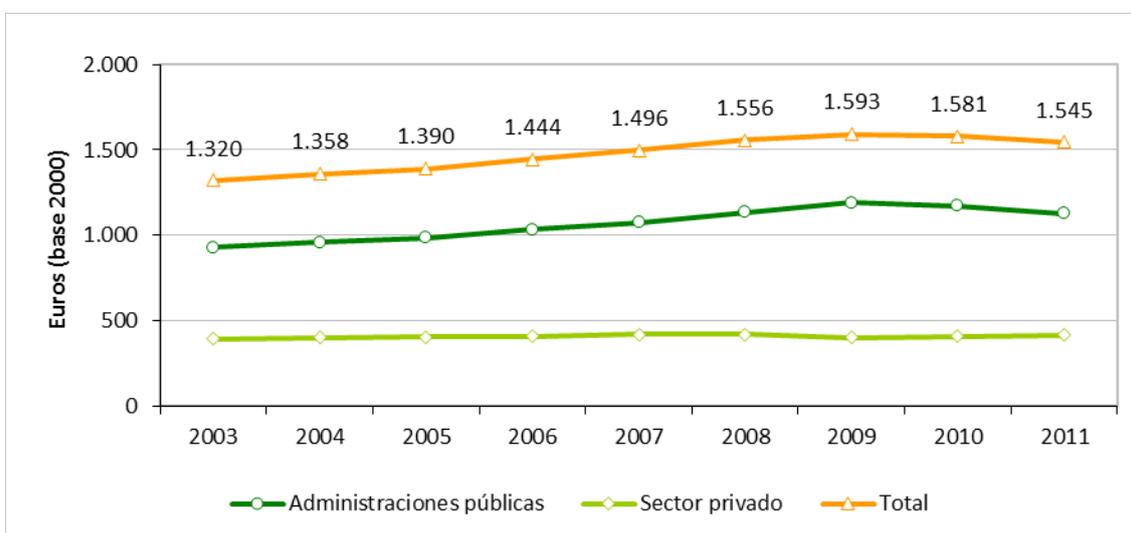
Gráfico 59. Gasto sanitario total y por agente de financiación. Estructura porcentual. España. 2003-2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por habitante, como se observa en el Gráfico 60 el gasto sanitario pasó de 1.320€ en 2003 a 1.593€ por habitante en 2009, situándose en 2011 en 1.545€ por habitante algo inferior al observado en 2008, teniendo en cuenta la evolución de la población según los datos del padrón publicados por el Instituto Nacional de Estadística. Sin embargo, la evolución por habitante del gasto sanitario privado se ha mantenido prácticamente igual durante los años presentados.

Gráfico 60. Gasto Sanitario por habitante total y por agente de financiación. España. 2003-2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por otro lado, el gasto sanitario expresado como porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) ofrece una aproximación de la inversión que se realiza en bienes y servicios sanitarios, en relación a la riqueza generada por un país o región en un período determinado.



A lo largo de los once años que se presentan en el Gráfico 61, la evolución del gasto en salud respecto al PIB presenta dos tendencias, en la primera se observa un incremento pasando del 8,2% en el 2003 al 9,6% en 2009, para comenzar su descenso en ese año hasta situarse en el 9,3% en 2011. No obstante, ha de hacerse notar que esta evolución se ve más influenciada por las variaciones del PIB que por la evolución en volumen de gasto sanitario representada en el Gráfico 58.

Gráfico 61. Gasto Sanitario respecto al PIB y por agente de financiación. España. 2003-2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

8.1.1. Gasto sanitario público

Para un análisis más detallado del gasto sanitario público en España existen dos fuentes principales: el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) que se basa en clasificaciones y métodos pactados en organizaciones internacionales que afectan a los Estados Miembros de las mismas, e incluye el gasto de los agentes privados, sin entrar en consideraciones sobre la organización de los sistemas sanitarios nacionales; y la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) que únicamente considera el gasto realizado o financiado por agentes sanitarios públicos, y sus métodos de elaboración y objetivos han sido pactadas entre las organizaciones territoriales y no territoriales integrados en el Sistema Nacional de Salud español siendo, por tanto, coherente a nivel nacional y utilizado para comparaciones entre Comunidades Autónomas.



En la Tabla 1 se muestra la evolución de la estructura porcentual del gasto sanitario público según los diferentes sectores de gasto⁴, donde puede observarse cómo el sector “Comunidades Autónomas” concentran alrededor del 90% del gasto sanitario público del Sistema Nacional de Salud, fiel reflejo de la descentralización de la atención sanitaria y potencial fuente de desigualdades. En términos relativos, vemos que en los últimos años se ha producido una fuerte disminución del gasto tanto en la Administración central como en las corporaciones locales. En el caso de la Administración central, el dato de 2009 es excepcionalmente alto, rompiendo la tendencia previa y posterior que viene fundamentalmente explicada por la compra centralizada de la vacuna contra la gripe A (H1N1) por el entonces Ministerio de Sanidad.

Tabla 1. Gasto sanitario público. Sectores de Gasto. Estructura porcentual. España. 2002-2011.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Administración Central	1,34	1,51	1,37	1,33	1,47	1,49	1,39	1,73	1,31	1,23
Sistema Seguridad Social	3,45	3,15	3,15	3,14	3,17	3,00	2,81	2,31	2,36	2,38
Mutuas de Funcionarios	3,66	3,58	3,53	3,36	3,18	3,08	2,95	2,91	3,00	3,08
CCAA	89,60	89,77	90,06	90,33	90,40	90,61	91,10	91,21	91,84	91,93
Ciudades Autónomas	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,02
Corporaciones Locales	1,93	1,97	1,87	1,82	1,76	1,79	1,72	1,81	1,46	1,35
Gasto sanitario público	100									

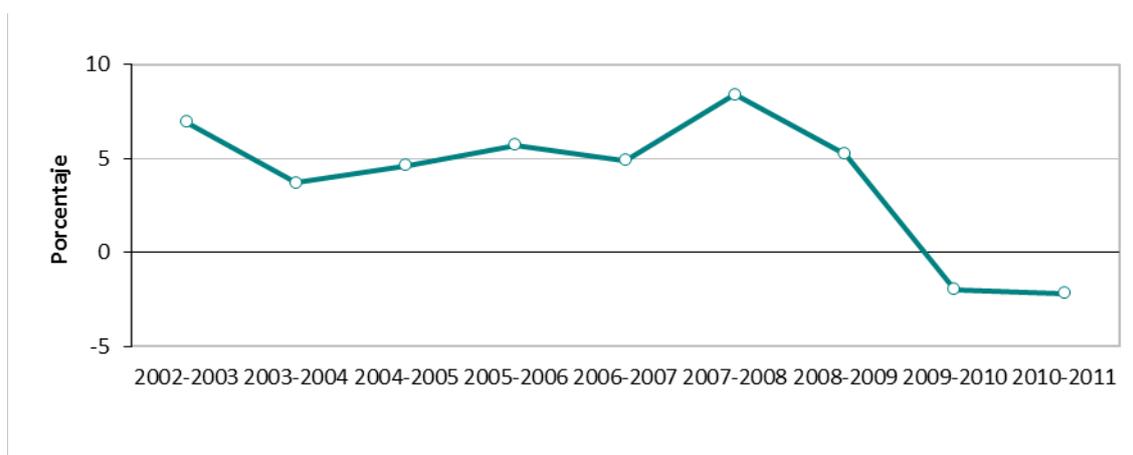
Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de devengo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En cuanto a volumen en el Gráfico 62 se muestran las variaciones interanuales del gasto sanitario público consolidado observándose el cambio de tendencia a partir de 2009 derivada fundamentalmente de las medidas adoptadas tanto por el Gobierno Central como por los gobiernos autonómicos en relación a los gastos de personal que representan a lo largo de la serie más del 42% del gasto sanitario público en el sector “Comunidades Autónomas” (Tabla 2) dado el decremento tan importante de los gastos de capital (Tabla 3). Esta tendencia aún sin información a partir de 2011 de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), podría completarse con la información que proporciona por los presupuestos iniciales de las CCAA.

⁴ Además la EGSP presenta la información agregada por conceptos de la Cuenta Satélite y según la clasificación económico-presupuestaria y funcional, y agregados de Contabilidad Nacional. A nivel sectorial de forma desagregada por las diferentes clasificaciones y por subsectores. Disponible en: http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egsp_gasto_real.xls.



Gráfico 62. Variación interanual del gasto sanitario público consolidado. Euros 2000. España. 2002-2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de devengo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 2. Gasto sanitario público. Clasificación económico-presupuestaria. Estructura porcentual. Comunidades Autónomas. 2002-2011.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Remuneración personal	43,27	42,62	42,75	42,48	42,67	44,53	44,66	45,68	45,79	45,90
Consumo intermedio	17,82	18,43	18,81	19,51	20,57	19,82	20,90	20,87	20,64	22,54
Consumo de capital fijo	0,26	0,28	0,28	0,30	0,32	0,34	0,34	0,40	0,43	0,47
Conciertos	10,27	10,14	10,17	10,19	9,64	9,57	9,47	9,01	9,05	9,28
Transferencias corrientes	24,46	24,75	24,26	23,61	22,51	21,86	20,88	20,92	21,23	19,80
Gasto de capital	3,92	3,79	3,74	3,91	4,29	3,88	3,75	3,11	2,87	2,00
CCAA	100									

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de devengo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 3. Gasto sanitario público. Clasificación económico-presupuestaria. Variación interanual. Comunidades Autónomas. 2002-2011.

	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	01/11
Remuneración personal	9,9	8,6	8,8	10,6	13,3	11,9	7,8	-1,0	-1,8
Consumo intermedio	15,4	10,5	13,5	16,1	4,6	17,7	5,3	-2,3	6,9
Consumo de capital fijo	22,1	8,9	16,0	18,6	13,6	13,9	23,6	4,2	8,5
Conciertos	10,2	8,6	9,7	4,2	7,8	10,3	0,3	-0,8	0,5
Transferencias corrientes	12,9	6,1	6,5	5,1	5,4	6,6	5,6	0,2	-8,7
Gasto de capital	7,7	6,8	14,5	20,9	-1,7	7,8	-12,5	-9,1	-31,6
CCAA	11,6	8,3	9,5	10,2	8,6	11,6	5,4	-1,2	-2,1

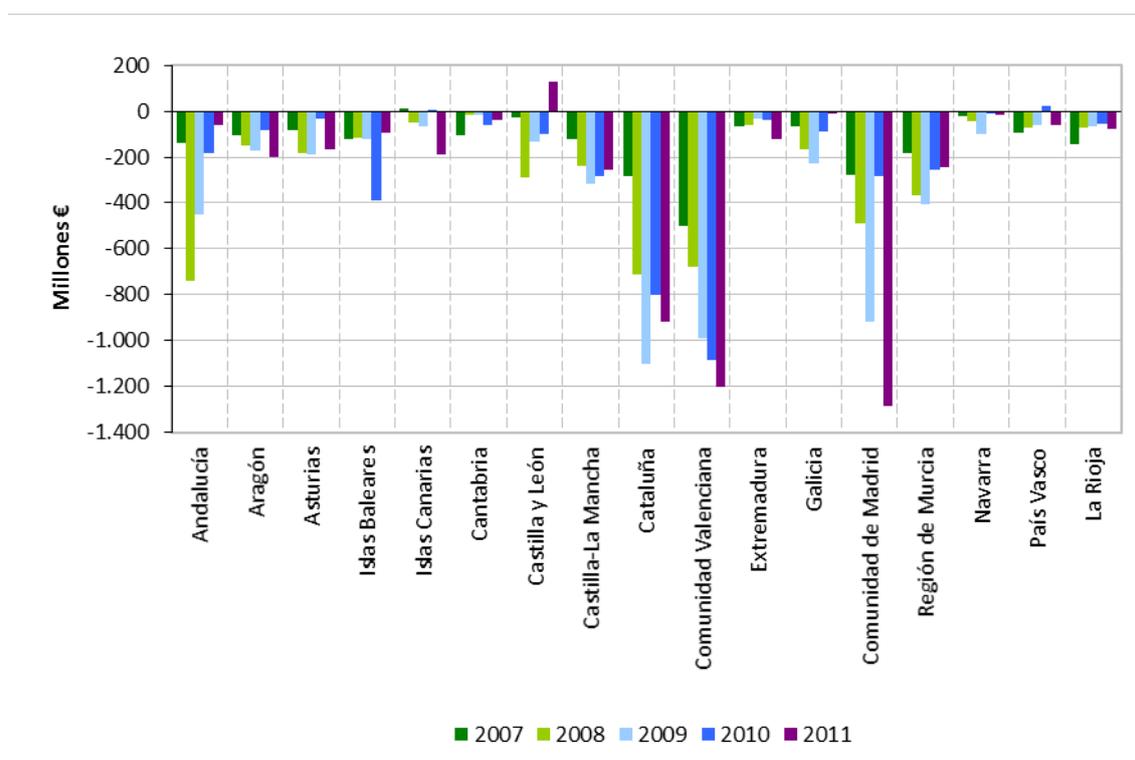
Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de devengo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Dado que, como se ha mencionado anteriormente, en estos momentos la EGSP sólo proporciona información hasta 2011 y puesto que en el sector sanitario son precisamente en los años posteriores donde se puede observar un mayor impacto de las reformas llevadas a cabo por el Gobierno Central y los autonómicos, se presentan a continuación datos referidos a los presupuestos iniciales de las CCAA, principal sector de gasto sanitario público, a pesar de las diferencias metodológicas entre el proceso presupuestario y la estadística de gasto sanitario público consolidado con el principio de devengo.

Como se puede observar en el Gráfico 63 los presupuestos iniciales son deficitarios respecto al gasto consolidado, destacando las Comunidades Autónomas de Valencia, Cataluña, Madrid, Baleares y Murcia en 2011.

Gráfico 63. Desviaciones presupuestarias en Salud (Presupuesto inicial –gasto consolidado). Comunidades Autónomas. 2007-2011.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud y de la Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de devengo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Respecto a la evolución de los fondos que destinan las CCAA en la Tabla 4 se muestra el gasto sanitario de 2000 por habitante en euros, en el que podemos observar la gran variabilidad entre ellas como consecuencia tanto de los diferentes modelos de financiación autonómica como de las



diferencias en los servicios regionales de salud en cuanto a su estructura, organización y provisión de servicios.

Tabla 4. Gasto sanitario público consolidado por habitante. Euros 2000. Subsectores de gasto. Comunidades Autónomas. 2002-2011.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Andalucía	730,75	760,31	784,90	793,19	828,01	839,70	937,88	923,58	892,04	835,72
Aragón	823,27	886,40	938,23	933,99	974,51	1.016,05	1.057,63	1.127,82	1.092,54	1.124,92
Asturias	849,33	916,40	941,73	959,45	983,41	1.010,41	1.069,34	1.199,01	1.145,12	1.179,45
Islas Baleares	750,84	798,97	812,89	920,63	867,34	910,02	929,47	951,46	1.066,95	860,17
Canarias	855,91	902,00	892,17	942,74	952,91	975,06	1.058,64	1.091,09	1.028,74	975,43
Cantabria	902,55	996,49	1.023,50	1.052,97	1.066,53	1.098,40	989,51	1.025,53	1.075,89	957,39
Castilla y León	772,60	849,24	869,81	901,80	990,61	924,39	1.052,45	1.025,26	1.047,03	965,38
Castilla-La Mancha	767,65	789,60	747,14	899,72	959,18	970,73	1.043,81	1.131,49	1.133,67	1.077,54
Cataluña	795,63	843,08	828,83	845,23	899,05	948,22	997,51	1.046,28	1.056,27	996,00
C. Valenciana	753,72	803,05	810,48	840,24	854,19	880,42	919,90	985,46	1.006,01	990,90
Extremadura	822,94	881,90	904,02	929,80	979,99	1.066,94	1.124,88	1.179,62	1.160,66	1.132,56
Galicia	795,11	831,63	884,86	876,15	924,29	952,59	1.020,50	1.065,72	1.016,30	945,59
Madrid	709,81	720,53	774,99	788,43	805,51	843,75	883,28	938,21	852,06	970,87
Murcia	768,22	819,88	853,50	882,90	905,51	958,12	1.109,59	1.156,21	1.136,97	1.145,06
Navarra	922,52	948,77	974,55	966,01	993,56	1.037,15	1.097,74	1.183,72	1.163,15	1.143,08
País Vasco	886,25	911,66	931,59	972,65	992,00	1.066,61	1.143,05	1.224,61	1.220,21	1.204,65
La Rioja	807,69	846,32	907,21	965,67	1.176,21	1.365,63	1.098,80	1.080,05	1.075,86	1.060,13
CCAA	777,02	816,68	835,29	861,08	896,12	925,84	989,34	1.029,40	1.010,73	985,82

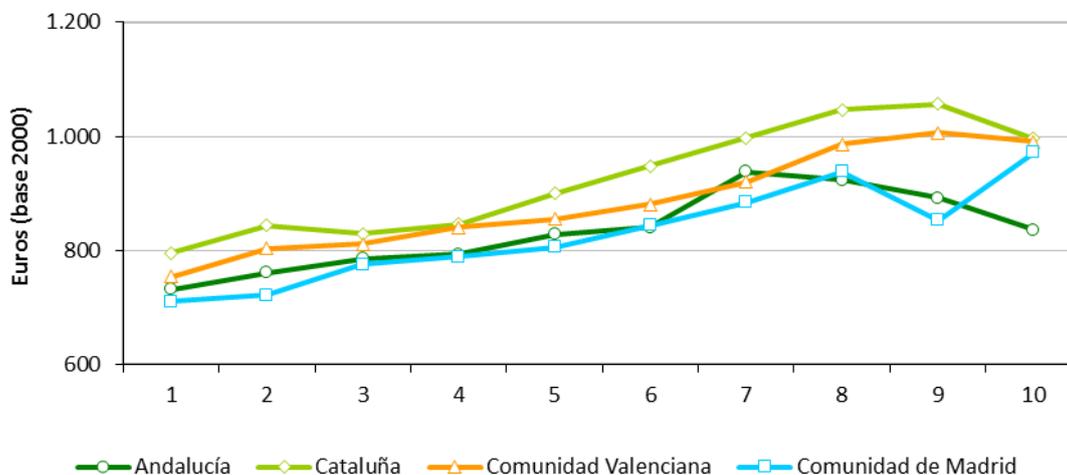
Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de devengo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Estimaciones Intercensales de Población. Instituto Nacional de Estadística.

En el gráfico podemos observar la evolución experimentada del gasto sanitario público por habitante en las cuatro Comunidades Autónomas de mayor peso poblacional reflejo del potencial impacto diferencial de la crisis los sistemas regionales de salud. Mientras que hasta el 2008 la evolución creciente es muy similar, en los tres años posteriores de los que disponemos de información las tendencias son completamente diferentes. Andalucía comienza a decrecer en el 2009 mientras que Cataluña y Valencia, precisamente las de mayor déficit presupuestario en los dos últimos años mostrados, presentan un decremento en 2011. Es llamativo el caso de Madrid en el que en el 2010 experimenta un fuerte descenso para situarse en 2011 en nivel superior al de partida. No obstante, se ha de hacer notar que se ha utilizado el deflactor del PIB nacional para el cálculo del gasto



sanitario público en euros de 2000, pudiendo cambiar la imagen si se incorporara la variabilidad existente en el PIB regional de cara a incorporar la paridad en el poder de compra de cada región.

Gráfico 64. Gasto sanitario público consolidado por habitante. Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2002-2011.



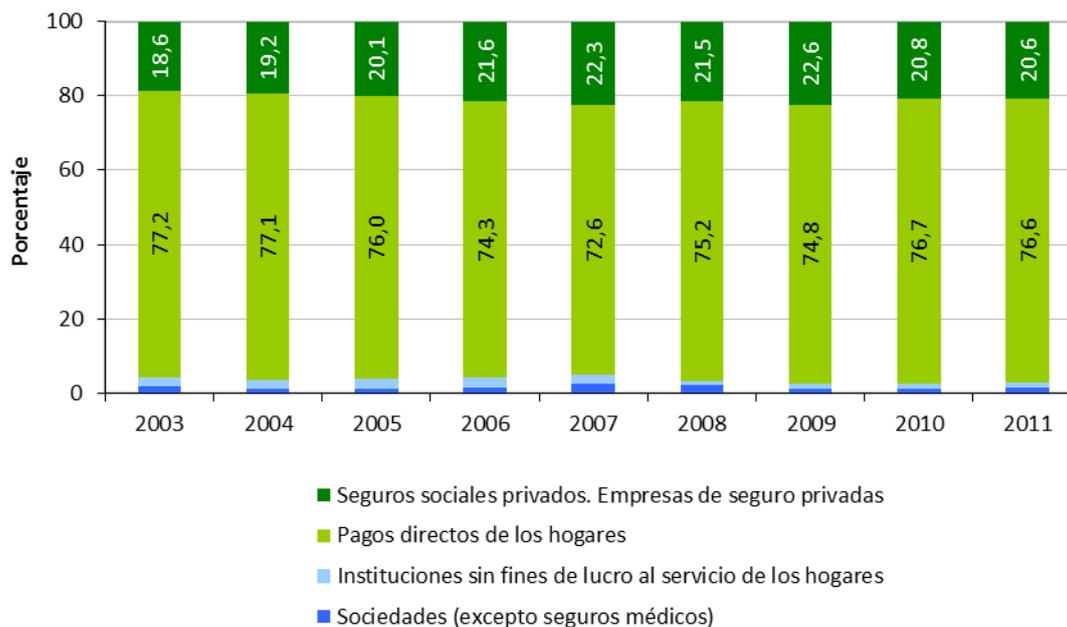
Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de devengo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Estimaciones Intercensales de Población. Instituto Nacional de Estadística.

8.1.2. Gasto sanitario privado

En el sector privado, los principales agentes de financiación lo constituyen los pagos directos de los hogares que en 2011 representan el 76,6% del gasto sanitario privado total junto con los seguros privados cuyo peso es del 20,6%. Sus evoluciones desde 2003 han sido complementarias, mientras que el peso de los pagos directos de los hogares decrecía hasta 2007 el de los seguros privados crecía, experimentando una evolución contraria a partir de ese año (Gráfico 65).



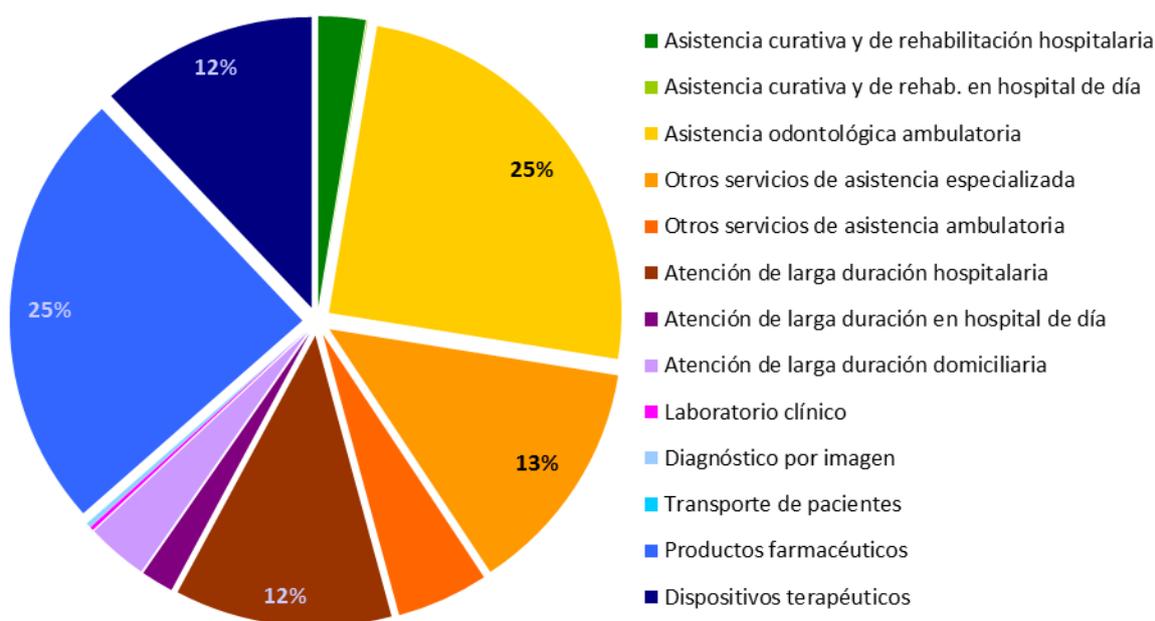
Gráfico 65. Gasto sanitario privado. Estructura porcentual según agente de financiación. España. 2003-2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Respecto a los pagos directos de los hogares según el Sistema de Cuentas de Salud la mitad de ellos se concentran en dos funciones: productos farmacéuticos y asistencia odontológica ambulatoria, representando cada una de ellas el 25% del gasto privado total (Gráfico 66).

Gráfico 66. Pagos directos de los hogares según función de la atención de la salud. Estructura porcentual. España. 2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

No obstante, al no disponer de datos actualizados en las fuentes de información utilizadas no podemos observar el potencial efecto que pueda haber tenido la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones tanto en el volumen del gasto sanitario sufragado por los pagos directos de los hogares como su distribución por funciones de atención de la salud.

8.2. Cobertura del sistema

El impacto más inmediato de la situación de crisis en España en relación a la cobertura del Sistema Nacional de Salud se debe a la respuesta dada por el Gobierno, sin datos económicos explícitos que la avalen, recogida en el Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Al reformar el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y el artículo 12 de la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España se altera lo previsto en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011, General de Salud Pública, en la que se extendía el derecho a la asistencia sanitaria pública, dada la existencia de algunas lagunas que impedían el acceso al sistema sanitario público de algunos colectivos de población.

Esta Disposición pretendía extender el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido dicho derecho en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico. Esta extensión entraba en vigor a partir del 1 de enero de 2012 para quienes hubieran agotado el subsidio o la prestación por desempleo dejando pendiente de desarrollo el reglamento, con un plazo de seis meses, para el resto de los colectivos “atendiendo a la evolución de las cuentas públicas”. La Disposición no alteraba el régimen aplicado hasta entonces a los inmigrantes, Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. En su artículo 12 se aseguraba la cobertura de asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, protegiendo a los menores de 18 años con la misma asistencia sanitaria que los españoles y estableciendo que las extranjeras embarazadas que se encontraran en España tenían derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. Además, los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que tuvieran su domicilio habitual, tenían derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.



Sin embargo, el Decreto Ley de 2012 anteriormente citado rompe con la universalización de la asistencia sanitaria en España volviendo al concepto de aseguramiento, regulando la definición de asegurado y sus derechos⁵ a través del Real Decreto 1192/2012. Trabajadores, pensionistas, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social incluidas la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza, o quienes hubieran agotado las mismas y se encuentren en situación de desempleo residiendo en España, tienen la condición de asegurado. No obstante, este último supuesto no es de aplicación a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España. Por otro lado, tienen la condición de beneficiario de una persona asegurada su cónyuge o pareja de hecho, su ex cónyuge o persona separada judicialmente, siempre que tenga derecho a percibir una pensión compensatoria por parte de ella, y los descendientes o personas asimiladas de la persona asegurada o de su cónyuge siempre que estén a su cargo y tengan menos de 26 años o, si es mayor de dicha edad, una discapacidad reconocida igual o superior al 65%. A todo ello se añade la condición de tener residencia autorizada y efectiva en España.

Los efectos más inmediatos son: por una parte, los españoles que no tengan los requisitos exigibles para estar asegurados o ser beneficiarios deben demostrar que sus ingresos no superan los 100.000€ anuales y que no tienen cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, dificultándose así su acceso a la asistencia mientras realiza los trámites necesarios para reactivar su derecho a la misma, cuando cambia su situación. Por otra, al modificar la situación de los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, su derecho a la asistencia sanitaria queda limitado a situaciones de urgencia, mujeres embarazadas y menores de 18 años, lo que, según el Programa Nacional de Reformas de España 2013⁶, supuso que se dieran de baja 873.000 tarjetas sanitarias de extranjeros en España que no cumplían esos requisitos de residencia.

En 2013, tras la publicación del Real Decreto 576/2013 por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, las personas que acrediten al menos un año de residencia en España, estén empadronadas y no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública, podrán suscribir un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria. Para ello debe abonarse a la administración pública con la que se suscribe dicho convenio una cuota mensual de 60€, si se es menor de 65 años o de 157€ en caso personas de 65 años o más, cuantías más o menos similares a las de un seguro privado.

⁵ Acceso mayo 2014. http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/RegimenGeneral/BeneficiariosSituac30476/index.htm
⁶ http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/PNR_Espana_2013.pdf



En este momento no se disponen de datos para el seguimiento de estas medidas, esta última descentralizada su gestión en las CCAA, lo que no implica que no sea conveniente su monitorización en el medio y largo plazo.

8.3. Costes de la prestación

Algunas de las medidas adoptadas, tanto a nivel nacional como autonómico, amparadas por la crisis económica y financiera podrían incidir en un cambio en los costes de la prestación pública de la asistencia sanitaria, bien modificando los recursos destinados a la atención tanto desde la perspectiva de su volumen y capacidad como de sus precios; o bien incorporando modelos organizativos y de prestación diferentes.

No obstante, su monitorización presenta serias dificultades derivadas, por un lado, por la escasa información disponible y, por otro, por los problemas inherentes de interpretación en cuanto a la atribución a las intervenciones realizadas por los diferentes agentes de los datos observados.

Una provisión de calidad requiere de la disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las necesidades individuales y de la población, el potencial impacto de la crisis sobre la calidad de la atención puede verse comprometida por las diferentes respuestas que incidan sobre ella.

Los indicadores que se presentan a continuación son algunos ejemplos de la evolución en la dotación y capacidad del sistema sanitario en materia de infraestructura y equipamiento, recursos humanos, así como la capacidad de atención registrada en términos de indicadores de actividad y producción sanitaria que la reflejan al margen de los efectos que sobre los precios hayan tenido las medidas que en los últimos años se han adoptado, como por ejemplo, la reducción de salarios de los empleados públicos.

8.3.1. Equipamiento

El número de camas proporciona una medida de la capacidad del sistema sanitario para proporcionar servicios a los pacientes ingresados en los hospitales. No obstante, es un indicador sometido en los últimos años a un profundo cambio debido a la gran transformación de la actividad que se realiza en

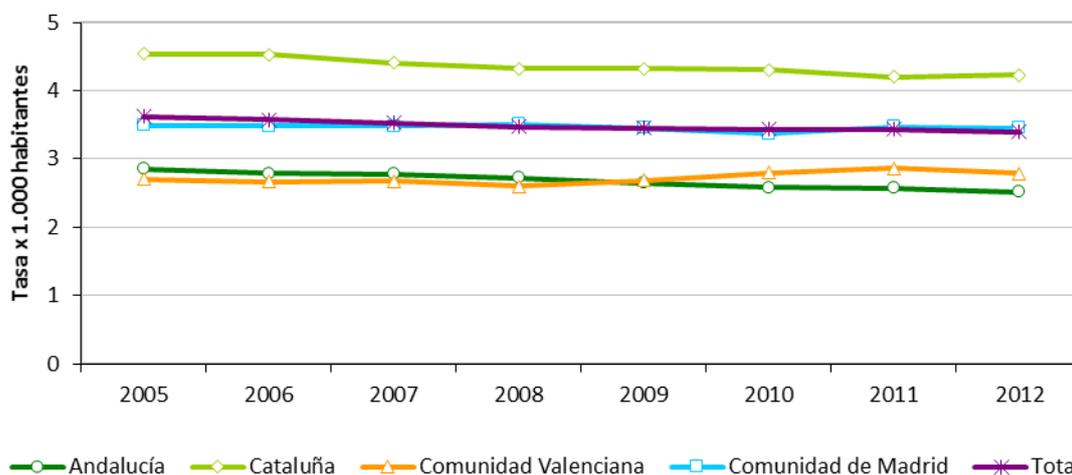


hospitalización observándose una reducción de los ingresos hospitalarios, de la estancia media, de la actividad quirúrgica ligada al recurso cama. Todo ello ha dado paso a un incremento muy importante de la cirugía sin ingresos, de la hospitalización de día y de la reorientación en la atención a agudos hacia la cronicidad, modalidades asistenciales más resolutorias y eficientes.

Sistemas sanitarios con buenos resultados a un menor coste, denominados coste-efectivos, como es el caso de Suecia, registran un bajo índice de camas per cápita. De ahí la necesidad de considerar, en la actualidad, un mayor número de variables para interpretar el indicador de cama hospitalaria.

Como se observa en el Gráfico 67 las camas instaladas por 1.000 habitantes ha descendido ligeramente en España y en las Comunidades Autónomas que se presentan, a excepción de la Comunidad Valenciana.

Gráfico 67. Camas instaladas por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



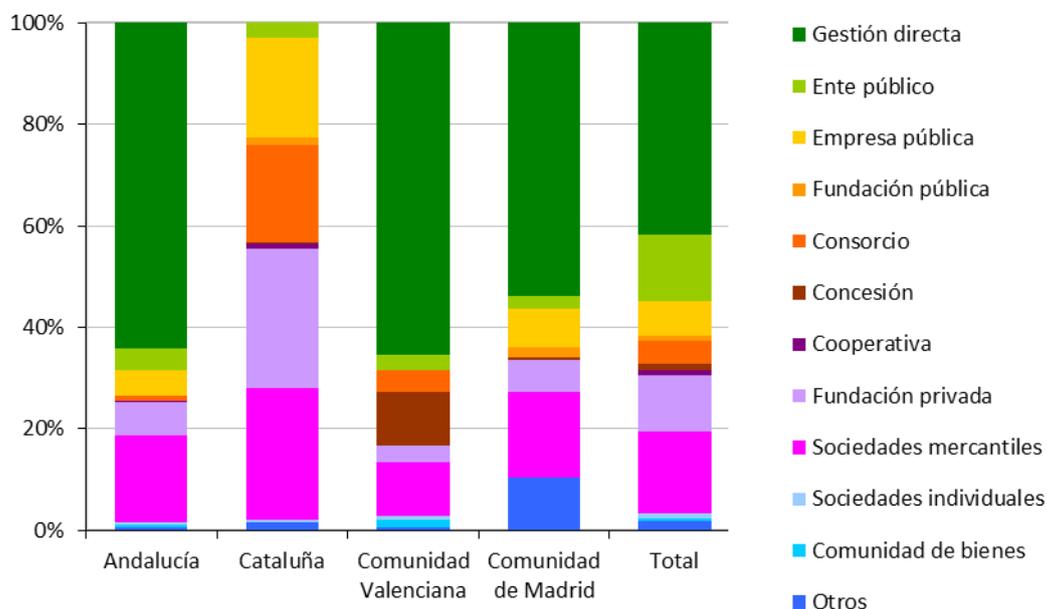
Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por otra parte, dada la descentralización de competencias en Salud a las CCAA, en ellas coexisten distintos modelos de provisión con efectos diferenciales en la accesibilidad, calidad y eficiencia de la misma. Mientras que anteriormente sólo se contemplaba la posibilidad de que los servicios públicos fueran gestionados directamente por las Administraciones Públicas, a partir de 1997 se abre un abanico de formas jurídicas tanto de gestión directa como de gestión indirecta de los centros sanitarios. Dado que esta información a nivel nacional y por CCAA sólo está disponible desde 2010 en los Gráfico 68 y Gráfico 69 se presentan la distribución de las camas instaladas por forma jurídica de sus centros, en España y para las cuatro Comunidades Autónomas de mayor tamaño poblacional, en el año 2010 y 2012, respectivamente. Como puede observarse, aunque el periodo de tiempo es muy



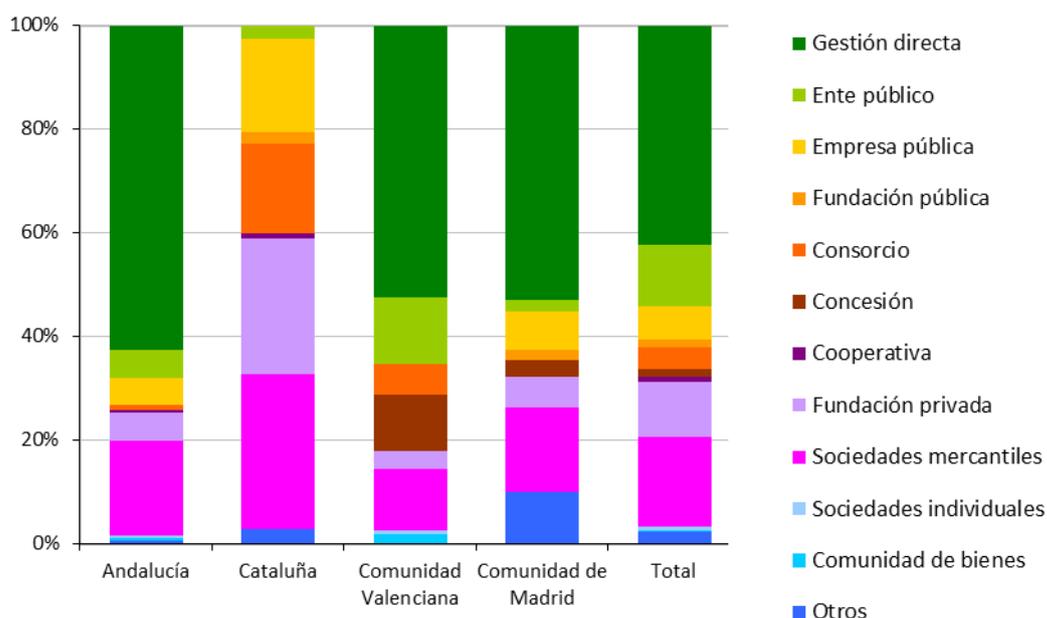
corto, se visualiza una tendencia en algunas Comunidades Autónomas hacia nuevos modelos de gestión, como puede ser el de las concesiones administrativas, en la Comunidad Valenciana y Madrid.

Gráfico 68. Distribución de las camas instaladas por forma jurídica de sus centros. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2010.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 69. Distribución de las camas instaladas por forma jurídica de sus centros. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2012.

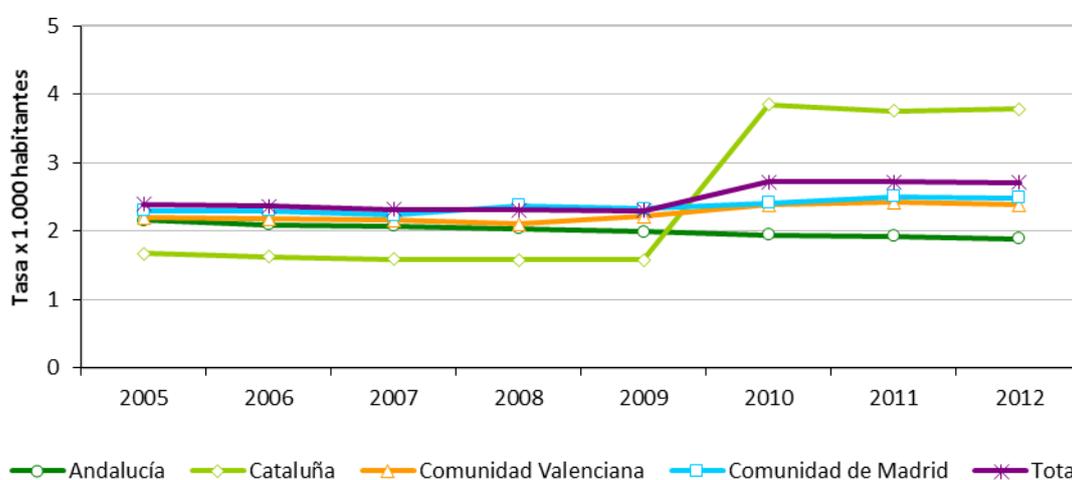


Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Respecto a las camas públicas instaladas, el Gráfico 70 presenta una tendencia distinta a partir del 2008, excepto en Andalucía donde casi la totalidad de las camas instaladas son públicas. No obstante, para poder interpretar este gráfico, ha de tenerse en cuenta que el Sistema de Información de Atención Especializada define como productor público aquel que está controlado por las Administraciones Públicas con independencia de su fórmula de gestión. Así pues, en el caso de las Instituciones Sin Fin de Lucro (ISFL), un productor público es una ISFL que esté controlado y financiado principalmente por las Administraciones Públicas.

Gráfico 70. Camas públicas instaladas por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.

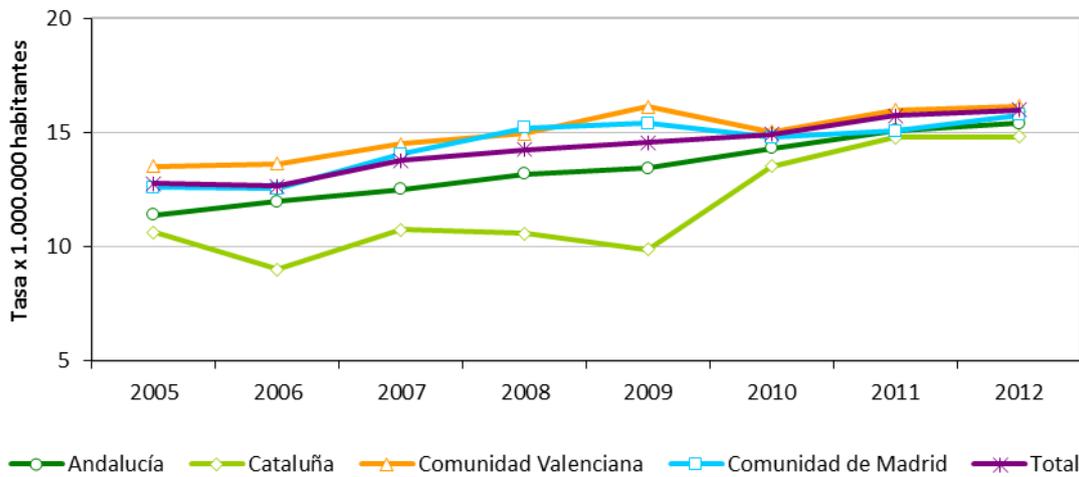


Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Como indicador trazador de la capacidad diagnóstica, proxy del acceso de la población a la tecnología, en el Gráfico 71 se presenta el número de equipos de Tomografía Axial Computerizada (TAC) por población. Como puede observarse, esta ha experimentado un incremento a lo largo del periodo 2005-2012 si bien las tendencias son diferentes por CCAA. En el Gráfico 72 se presenta dicha evolución para los equipos de TAC de los hospitales con dependencia pública.

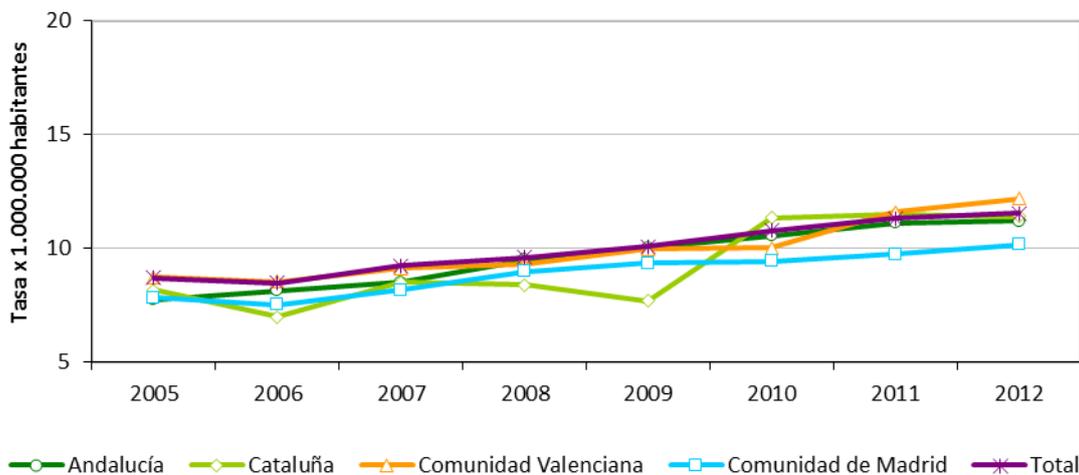


Gráfico 71. Equipos de Tomografía Axial Computerizada por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 72. Equipos de Tomografía Axial Computerizada públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

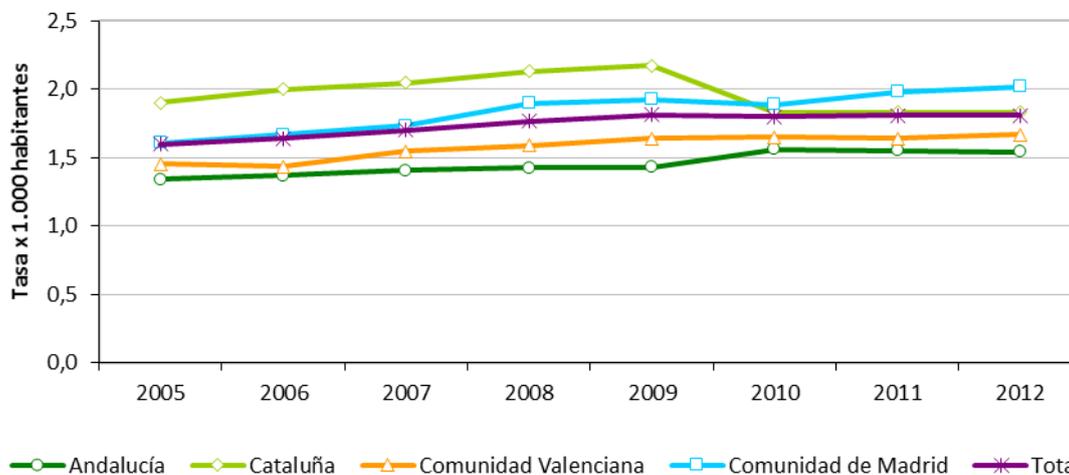
8.3.2. Profesionales

En el Gráfico 73 se muestra el número de médicos vinculados en los hospitales por población en España y en las cuatro Comunidades Autónomas de mayor tamaño poblacional. Como puede observarse, la evolución a partir de 2009 es completamente diferente para Cataluña, pasando de ser la comunidad autónoma con mayor número de profesionales médicos en hospitales por habitante en



2005 a estar en segundo lugar de las cuatro Comunidades Autónomas para las que se presenta esta información.

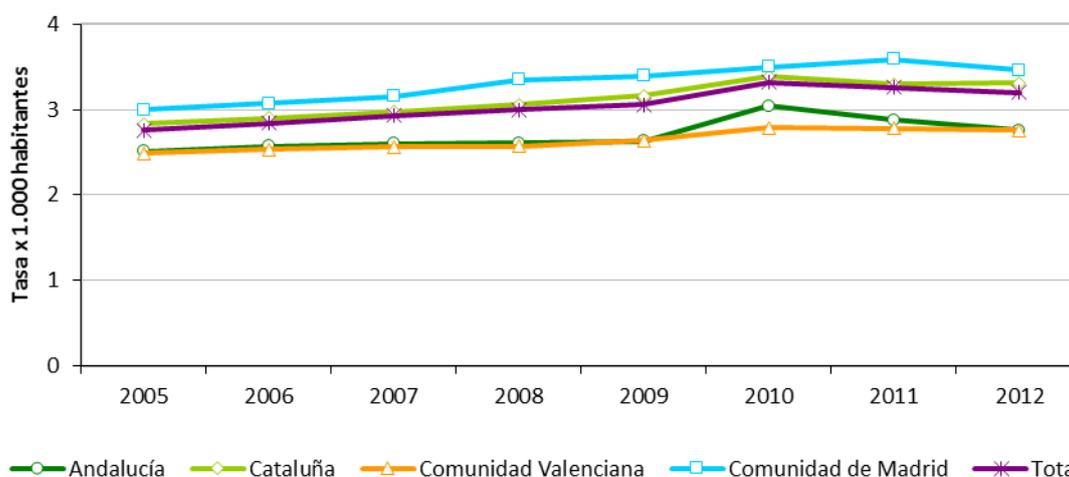
Gráfico 73. Personal médico vinculado en los hospitales por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En relación al personal de enfermería, como puede observarse en el Gráfico 74, el comportamiento es diferente en el periodo de tiempo visualizado.

Gráfico 74. Personal de enfermería vinculado en los hospitales por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.

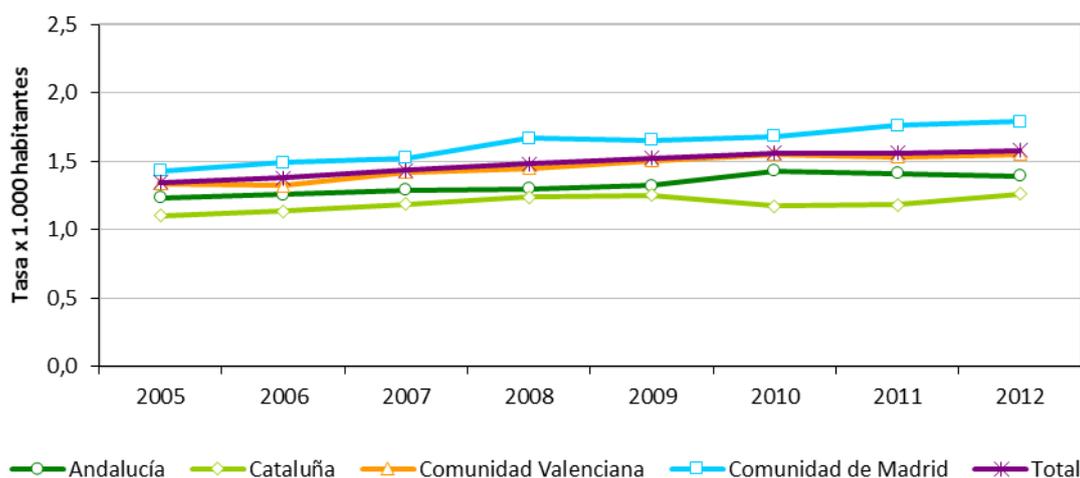


Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



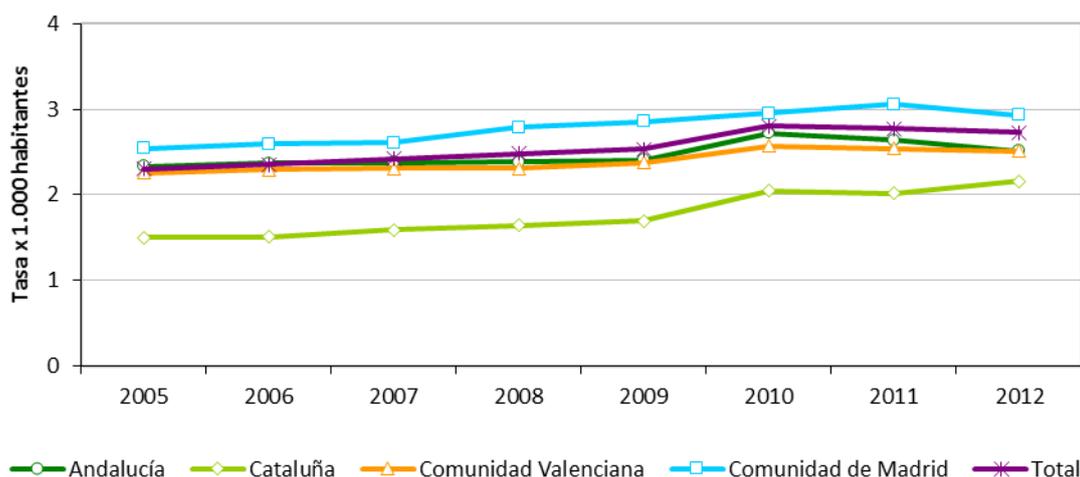
Respecto al personal médico y de enfermería en los hospitales de dependencia pública, la evolución se observa en los gráficos siguientes (Gráfico 75 y Gráfico 76), cuyos comportamientos son muy diferentes tanto respecto al total como entre ellas, sugiriendo en alguna comunidad autónoma un efecto sustitución entre profesionales de diferentes categorías.

Gráfico 75. Personal médico vinculado en los hospitales públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 76. Personal de enfermería vinculado en los hospitales públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

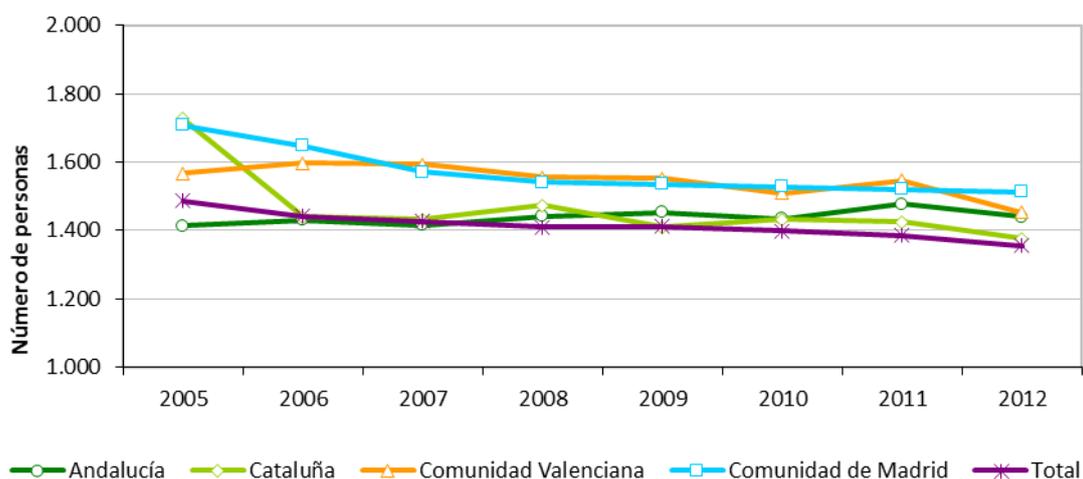
En Atención Primaria, el Gráfico 77 y el Gráfico 78 muestran la población asignada por médico de familia y personal de enfermería en Atención Primaria, respectivamente, del 2005 al 2012,



observándose un comportamiento diferente entre CCAA y entre las dos categorías profesionales que se muestran.

En el total y en las Comunidades Autónomas mostradas, a excepción de Andalucía, el ratio de población por médico de familia ha descendido a lo largo de la serie lo que nos indica un mayor número de médicos de familia para la población asignada. No obstante, ese descenso es menos importante para el personal de enfermería habiéndose mantenido casi similar la dotación de enfermería. El caso de Andalucía es algo diferente en el que comparando el 2005 con el 2012 el número de médicos es menor dada la población asignada siendo algo mayor el número de efectivos de enfermería.

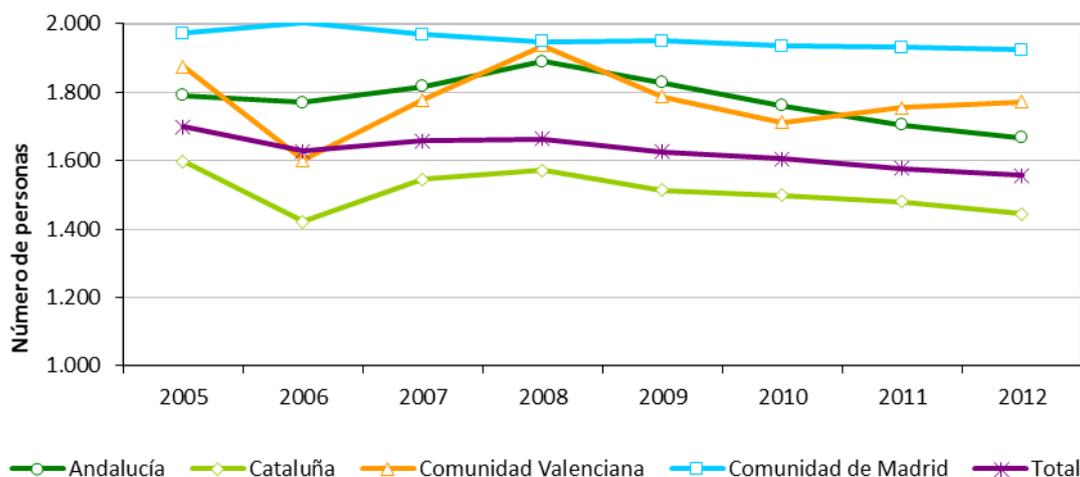
Gráfico 77. Población asignada por médico de familia. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Sistema de información de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Gráfico 78. Población asignada por profesional de enfermería. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Sistema de información de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

8.3.3. Actividad

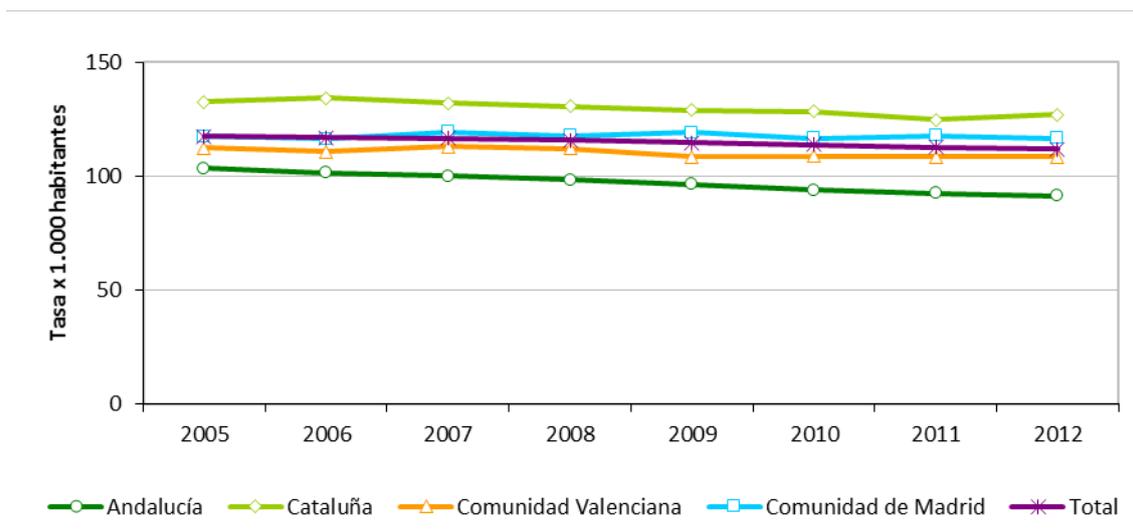
El avance de la tecnología en los últimos décadas ha incidido en un cambio en el proceso asistencial de diagnóstico y tratamiento hacia entornos donde el coste es menor, fundamentalmente a nivel hospitalario donde por ejemplo, la cirugía sin ingreso y la hospitalización de día ha ido adquiriendo cada vez más protagonismo en detrimento de la hospitalización tradicional. De igual forma, en Atención Primaria el avance en la incorporación de la historia clínica electrónica en la consulta junto con la receta electrónica en algunas Comunidades Autónomas ha podido incidir en un descenso de la frecuentación en las consultas con el consiguiente efecto potencial sobre los ratios de profesionales por población como pudiera ser el caso de Andalucía (Gráfico 77).

Hospitalización

En los Gráfico 79 y Gráfico 80 se presentan las altas producidas en el total de las CCAA por población y en aquellas de mayor tamaño poblacional, en el conjunto de hospitales y en los hospitales de dependencia pública respectivamente. Se observa un ligero descenso en el número de altas en España excepto en la Comunidad de Madrid y Valenciana donde se mantienen prácticamente estables. Este comportamiento, cuando se trata de las altas en hospitales públicos no es el mismo, como puede observarse en el caso de Cataluña, en el que aumenta.

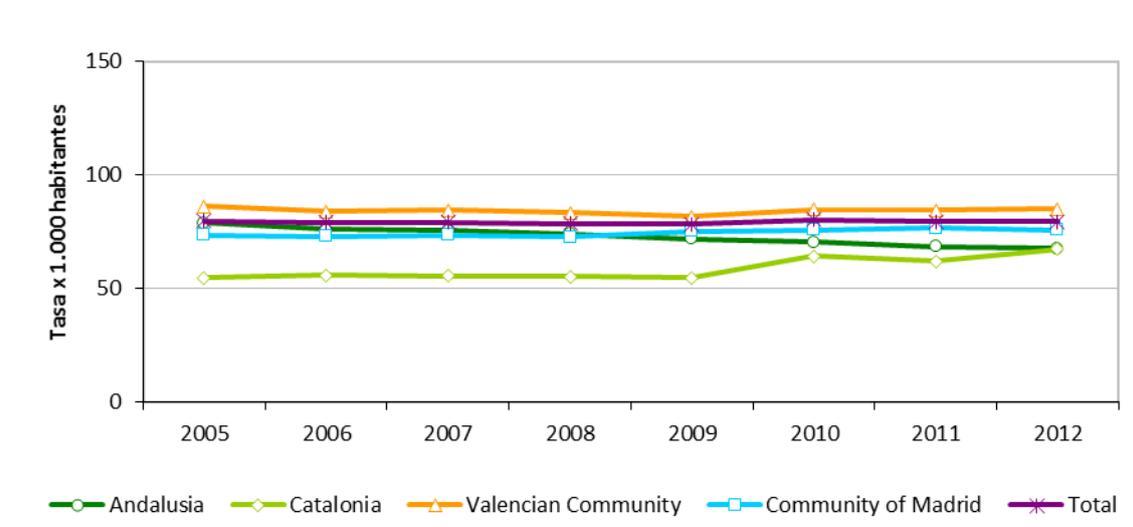


Gráfico 79. Altas en hospitalización por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 80. Altas en hospitalización en hospitales públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

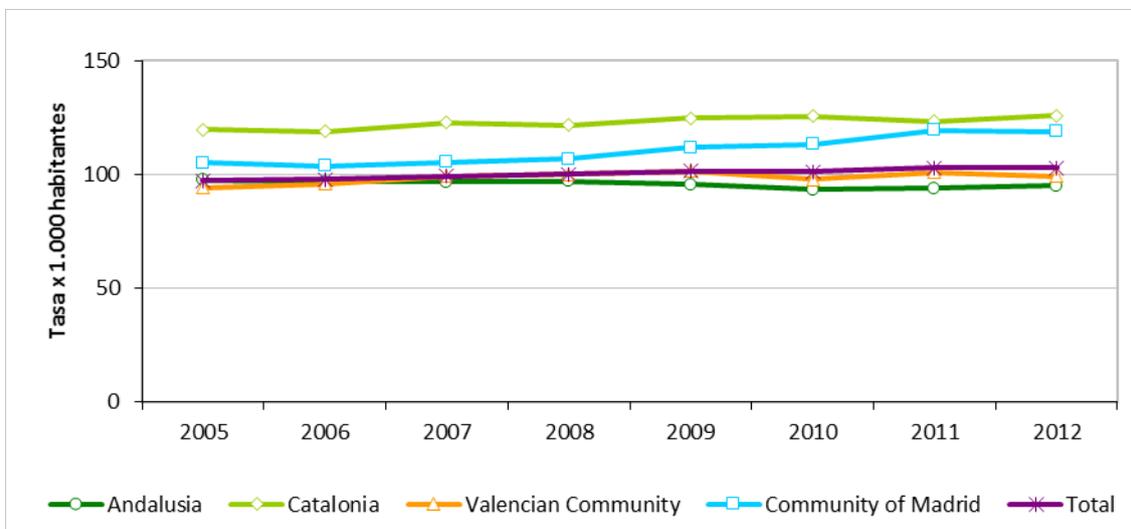
Actividad quirúrgica

En relación a la actividad quirúrgica, como puede observarse en el Gráfico 81, las tasas por población en los años de la serie se mantienen a niveles prácticamente similares observándose un incremento importante a partir de 2009 en las intervenciones realizadas en Cataluña en hospitales de dependencia pública debido al incremento en la oferta registrada en estos años en el número de



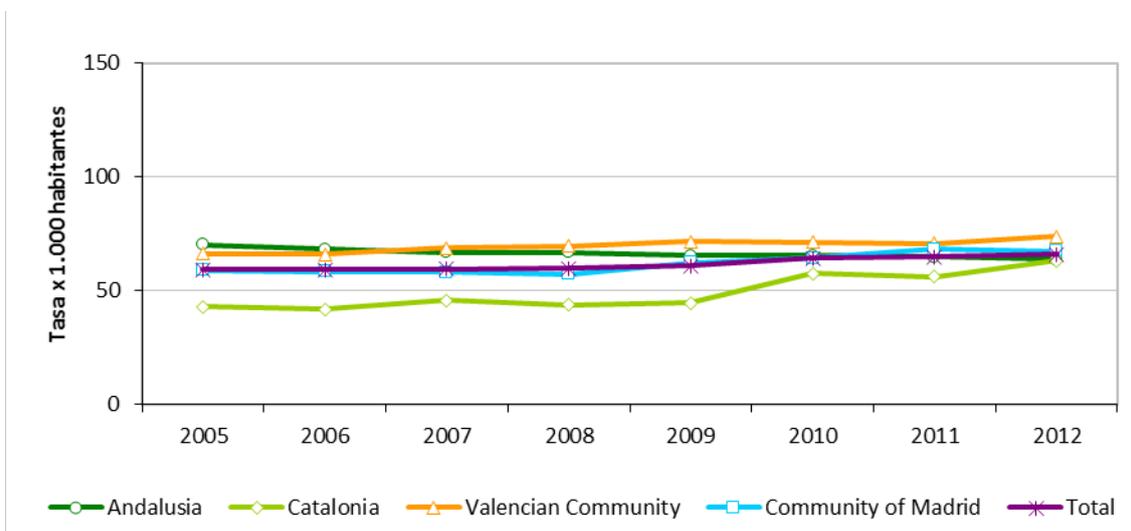
camas públicas por población ya observado en el Gráfico 70 que puede ser debido bien a un cambio en el sistema de registro o a la dependencia funcional de algunos hospitales.

Gráfico 81. Intervenciones quirúrgicas por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 82. Intervenciones quirúrgicas en hospitales públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012.



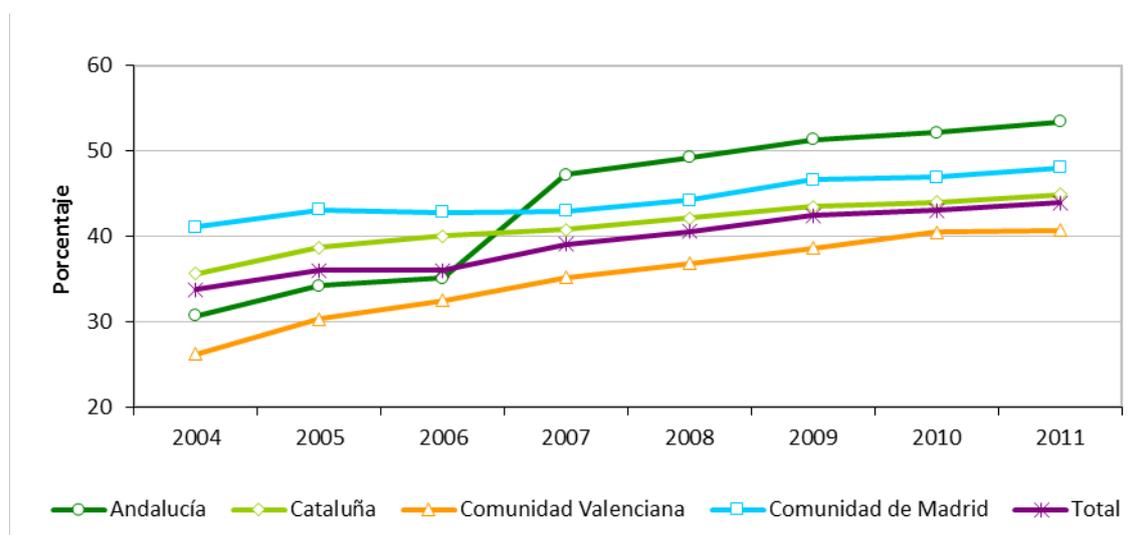
Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

No obstante, los avances en las técnicas quirúrgicas junto con políticas sanitarias dirigidas a incorporar la cirugía sin ingreso o Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en la práctica habitual de los hospitales del Sistema Nacional de Salud han permitido tratar en el ámbito ambulatorio determinados procedimientos que antes sólo se realizan con el paciente ingresado,



proporcionándose así una asistencia segura, de menor coste y con un elevado nivel de satisfacción de los pacientes. La incorporación de esta modalidad asistencial en los últimos años se puede observar en el Gráfico 83 en el que se presenta el porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas sin ingreso en relación al total de intervenciones quirúrgicas realizadas, para el total de Comunidades Autónomas y para las cuatro de mayor tamaño poblacional de 2004 a 2011.

Gráfico 83. Ambulatorización quirúrgica. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2004-2011.



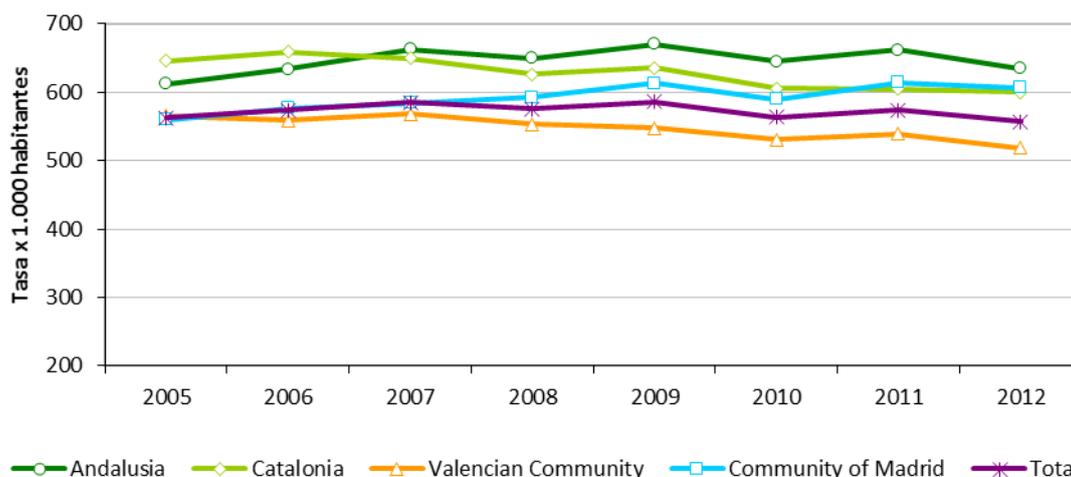
Fuente: Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud 2004-2011. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Actividad en urgencias

La frecuentación a urgencias se ha mantenido prácticamente estable en el total de Comunidades Autónomas a excepción de la Comunidad Valenciana y Cataluña que presenta una tendencia decreciente (Gráfico 84) si bien, se observa de nuevo el incremento de dicha actividad en el caso de hospitales de dependencia pública en Cataluña (Gráfico 85).

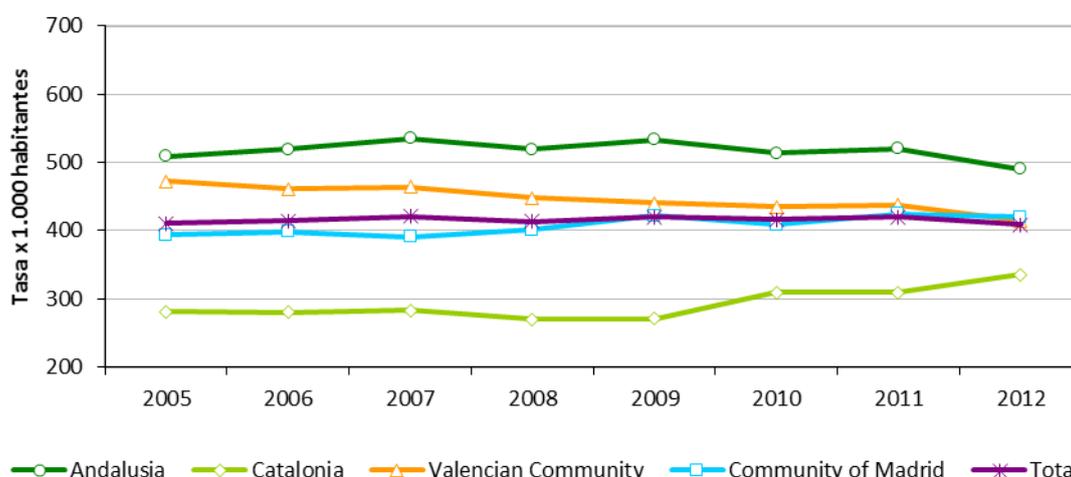


Gráfico 84. Urgencias por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2004-2011.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 85. Urgencias por población en hospitales de dependencia pública. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2004-2011.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005-2009 y Sistema de Información de Atención Especializada 2010-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

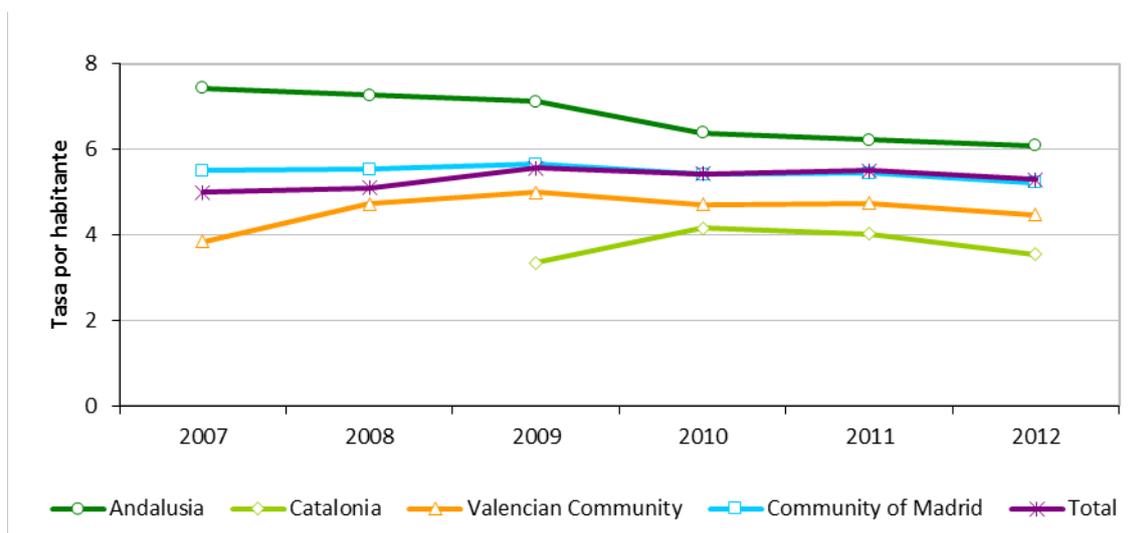
Atención Primaria

En el Gráfico 86 se presenta la tendencia desde 2007 a 2012 de la frecuentación a medicina de Atención Primaria en el SNS, observándose un evolución ligeramente decreciente a partir de 2009. No obstante la variabilidad entre CCAA tanto en las tasas como en la evolución es debida en parte, como se mencionó anteriormente, tanto a las diferencias en cuanto a al sistema de provisión de servicios de Atención Primaria en cada una de ellas como a las medidas adoptadas por los diferentes



servicios de salud regionales. Destaca el caso de Andalucía con un descenso de frecuentación atribuible en parte a la extensión en los últimos años de la receta electrónica, lo que ha incidido notablemente en el descenso de la presión asistencial en las consultas a médicos de familia y pediatras.

Gráfico 86. Consultas a medicina de Atención Primaria. Tota SNS y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2004-2011.



Fuente: Sistema de información de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

8.4. Uso de servicios públicos y privados

El poder conocer la evolución en los patrones de uso de servicios sanitarios públicos versus servicios sanitarios privados viene condicionado por la disponibilidad y fiabilidad de fuentes de información.

Por una parte, en el apartado anterior relativo a actividad asistencial se han proporcionado algunos indicadores poblaciones de prestaciones realizadas y registradas en los sistemas de información disponibles en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, algunos de ellos con problemas de exhaustividad y/o consolidación en las diferentes CCAA.

En este apartado, con la información que nos aporta el Sistema de Cuentas de Salud caracterizaremos cada una de las funciones de atención a la salud en función del agente financiador. Su principal limitación es no contar con dicha información a nivel regional, principal nivel de desagregación para la monitorización del impacto de las decisiones en relación a la provisión de servicios sanitarios y de la influencia del contexto social y económico de cada CCAA.

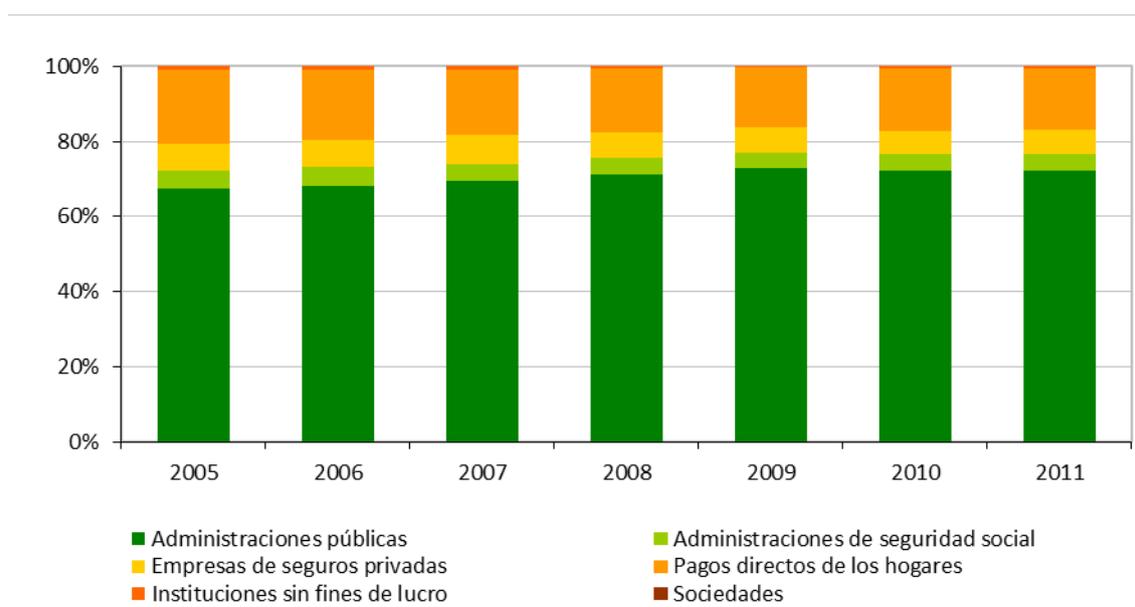


Con independencia de la evolución en volumen del gasto sanitario por agente de financiación, el cual puede consultarse en los Gráfico 58, en los siguientes gráficos se muestra la evolución de 2005 a 2011 de la contribución de los diferentes agentes a cada una de las funciones de atención según las categorías utilizadas por el SCS.

Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación

La mayor parte del gasto en asistencia curativa y rehabilitadora es realizada por las Administraciones Públicas que ha ido ganando peso a lo largo de la serie observándose un ligero cambio de tendencia a partir de 2009 (Gráfico 87). Respecto al gasto privado, la asistencia hospitalaria con internamiento es sufragada mayoritariamente a través de empresas de seguros privadas, siendo destinado el pago directo de los hogares fundamentalmente a la asistencia ambulatoria.

Gráfico 87. Estructura del gasto sanitario en servicios de asistencia curativa y rehabilitación por agente de financiación. 2005-2011.



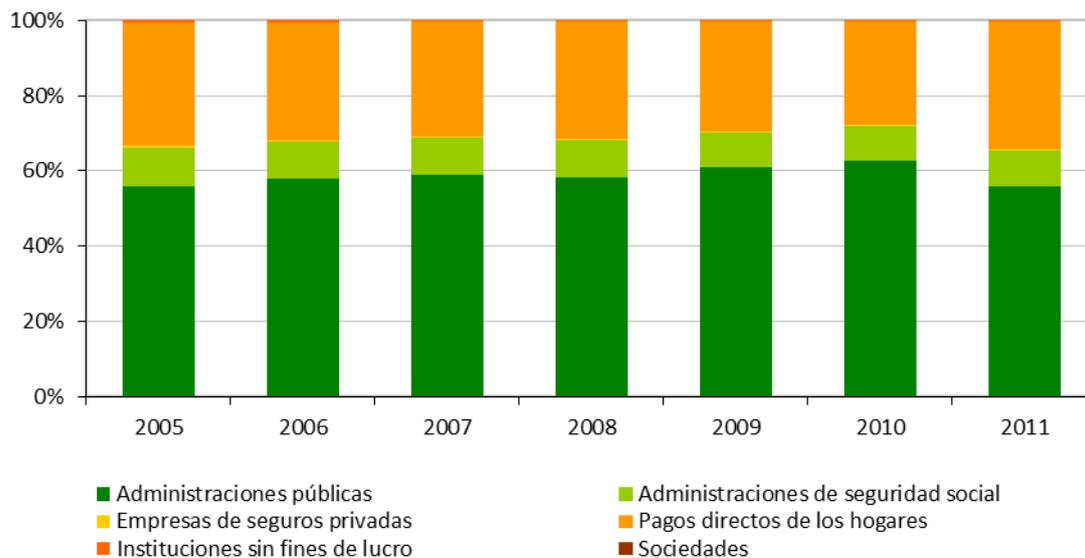
Fuente: Sistema de Cuentas de Salud Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Servicios de atención de larga duración

En la atención de larga duración es importante destacar como la contribución de las Administraciones Públicas pierde peso en 2011, anunciando una tendencia decreciente que está y será asumida por los pagos directos de los hogares (Gráfico 88).



Gráfico 88. Estructura del gasto en servicios de atención de larga duración por agente de financiación. 2005-2011.

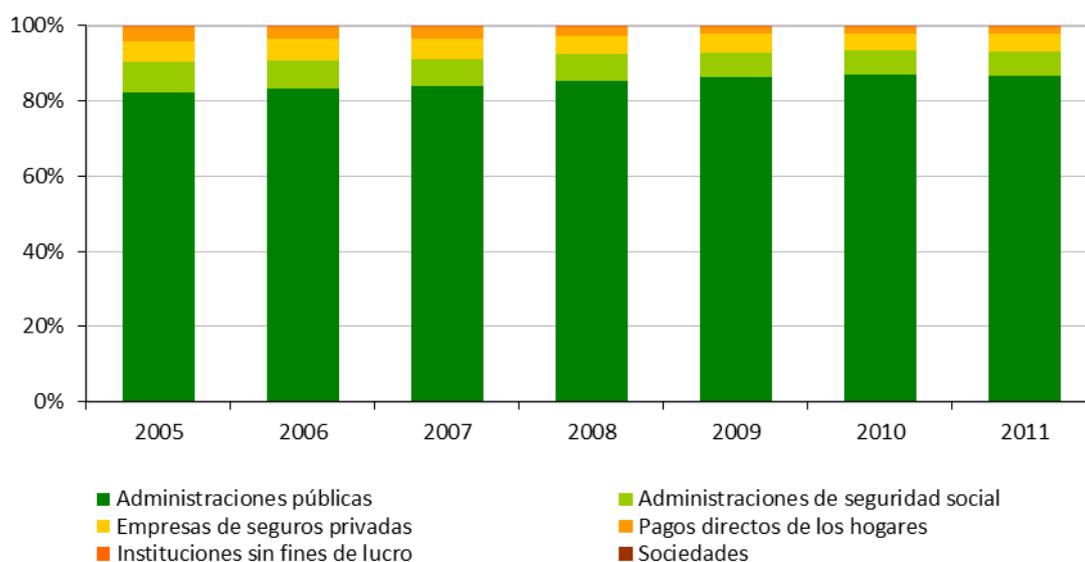


Fuente: Sistema de Cuentas de Salud Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Servicios auxiliares de atención de la salud

Los servicios auxiliares de atención de la salud incluyen todos los gastos derivados de la realización de pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imagen, así como por el transporte de pacientes y rescate de emergencia. Como se observa en el Gráfico 89 estos son sufragados en mayor proporción por las Administraciones Públicas y de la Seguridad Social.

Gráfico 89. Estructura del gasto en servicios auxiliares de atención de la salud por agente de financiación. 2005-2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios

La mayor parte del gasto en productos médicos corresponde a medicamentos y es financiado públicamente mediante el gasto en recetas farmacéuticas de las Administraciones Públicas. Sin embargo, el Gráfico 90 permite apreciar el peso de los pagos directos de los hogares en dicho gasto, a través de copagos y compra directa de medicamentos sin receta o con recetas privadas dado que no aparecen otros agentes financiadores privados para esta función.

Puesto que el último dato disponible es del 2011, no es posible valorar el impacto de las dos medidas que el Gobierno adoptó en 2012 referidas en el Plan Nacional de Reformas (PNR) como vía para reducir el gasto farmacéutico: la reformulación del copago farmacéutico y la exclusión de más de 400 presentaciones farmacéuticas de la financiación pública.

La entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 modificó la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, añadiendo un artículo sobre la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica obligatoria. A partir del decreto, quienes tengan rentas superiores a los cien mil euros aportan el 60%, quienes estén entre los dieciocho mil y los cien mil aportan el 50%, quienes estén por debajo de esta cantidad el 40% y los pensionistas un 10% (hasta ese momento exentos), salvo que tengan rentas superiores a los cien mil euros, con topes mensuales de ocho, dieciocho o sesenta euros según sea el nivel de renta. El principal problema del sistema de copago introducido al margen de su impacto económico se debe al efecto disuasorio y discriminativo en función de renta que se pueda estar produciendo, con el consiguiente efecto sobre la salud por el no cumplimiento de las pautas de tratamiento prescritas, dado el hecho de que la mayoría de las CCAA obligan al paciente a adelantar el gasto en farmacia y a esperar su posterior reembolso.

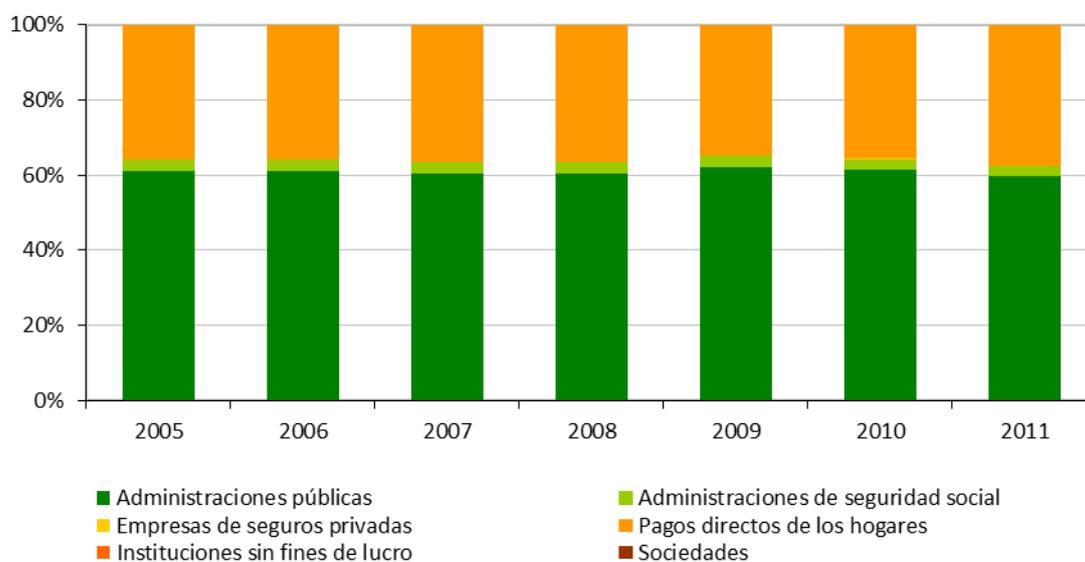
Además se une a esto, por un lado la Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, que modificó las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud en el sentido de que medicamentos de dispensación hospitalaria exentos hasta ahora de aportación por parte del paciente, pasan a estar regulados bajo el sistema de copago que afecta a los medicamentos de aportación reducida: un 10% del precio de venta al público del medicamento dispensado con un máximo de 4,20 € por envase.; y por otro, la Resolución del 2 de agosto de 2013 que amplió la lista de medicamentos que quedan fuera de la financiación pública, siendo más de 400 presentaciones farmacéuticas las que quedaron excluidas así como el impacto del



Real Decreto 1506 de 2012, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y en dónde se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica, y de las Órdenes, aún en fase de proyecto, relativas al transporte sanitario no urgente y a la aportación del usuario en la prestación con productos dietéticos.

La otra parte del gasto de esta función de atención de salud corresponde al gasto privado en dispositivos médicos y productos sanitarios que se debe principalmente a la no cobertura pública de los gastos en gafas y audífonos. Sin embargo, dentro del sector público un pequeño volumen de financiación es destinado a esta función por parte de las administraciones de la Seguridad Social, financiación que proviene de las mutualidades de funcionarios públicos —incluidas como financiadores públicos—, que son las únicas en cubrir prestaciones de cirugía y ortodoncia dental. En el sector privado estos productos son financiados esencialmente por los hogares mediante pagos directos y, en menor medida, mediante su aseguramiento por empresas privadas.

Gráfico 90. Estructura del gasto en productos médicos dispensados a pacientes por agente de financiación. 2005-2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

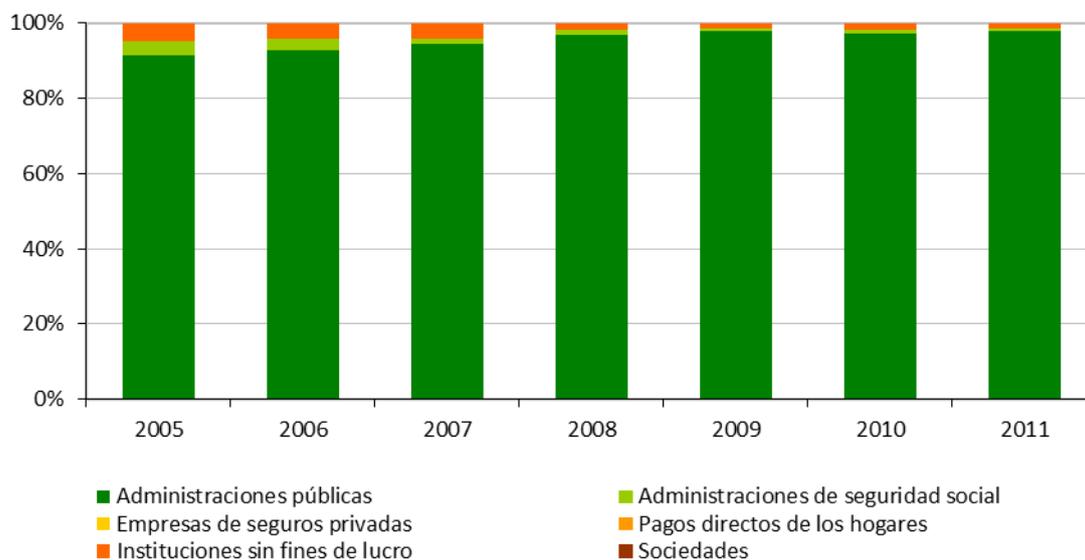


Servicios de prevención y de salud pública

Como puede apreciarse en el Gráfico 91 los gastos de servicios de prevención y salud pública son en casi su totalidad financiados por las Administraciones Públicas habiendo casi desaparecido en los últimos años el peso de las contribuciones de las administraciones de la Seguridad Social y de las instituciones sin ánimo de lucro que corresponden, en su totalidad o en parte, a los rubros “medicina del trabajo” y “otros servicios de salud pública”, respectivamente.

Esta función de atención de salud incluye la salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas; servicios de medicina escolar; prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles; medicina del trabajo; y otros servicios de salud pública no explicitados anteriormente.

Gráfico 91. Estructura del gasto en servicios de prevención y salud pública por agente de financiación. 2005-2011.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud Serie histórica 2003-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



9. SALUD Y DESIGUALDADES EN SALUD

La situación de salud en general en España es muy buena comparativamente con los países desarrollados y se mantiene con altos niveles desde el comienzo de las series que manejamos, desde el año 2000 por lo menos. La esperanza de vida al nacer es privilegiada y la mayor parte de los indicadores, al compararlos con los de los países europeos son favorables. Como por ejemplo la mortalidad estandarizada por edad, o varias de las mortalidades por causas específicas o los años de vida potencialmente perdidos, en especial los valores generales sin desglosar, y sobre todo en los de las mujeres y los debidos a la mortalidad por causas circulatorias en ambos sexos.

Como factores causales de esta situación favorable se ha argumentado que los determinantes serían el modo de vida mediterráneo, incluida la dieta asociada, el mantenimiento de sólidas redes sociales y de vínculos familiares y en las últimas décadas el disponer de unos servicios del estado del bienestar, relativamente poco desarrollados en España, pero mínimamente existentes, incluidos unos servicios de salud universales, comparativamente baratos, de buena calidad profesional y aceptados por la población.

Podría haber un estancamiento, e incluso con un ligero descenso en el último año, de las tendencias de mejora en los últimos años en España, pendiente de confirmar con datos futuros. Hay también, por ejemplo, un ligero repunte en España y Suecia de la mortalidad infantil. Habrá que esperar la evolución porque son dos países con muchas diferencias para pensar en causas comunes en este indicador.

Los puntos negros de esta situación de salud española se pueden situar en la relativamente alta mortalidad y años potenciales de vida perdidos sobre todo en varones por cánceres y tumores. Esta situación en buena medida parece vinculada al hábito de fumar y quizás a problemas en la salud laboral. Otros déficits se sitúan en la expectativa de vida con buena salud, especialmente por encima de los 65 años, tanto en hombres como en mujeres. Indicador que probablemente es indicativo de déficits en políticas sociales y del estado del bienestar. En España ha habido un descenso, de momento aislado, en el valor de este indicador. También en Grecia y Holanda.



Los accidentes, en especial los de tráfico en varones, eran un problema de salud importante en los comienzos del período de estudio, pero ha sido espectacular su descenso, observándose una mejora de las tasas de varios países europeos. Parece haber habido una aceleración del descenso (una mejora) de accidentes de tráfico coincidiendo con los años de la crisis.

La mortalidad por suicidio en España mantiene su ligero descenso. En Grecia, Portugal y Holanda se produce un ligero repunte en el último año, que habrá que seguir en informes sucesivos.

Los españoles tienen una buena salud percibida, comparativamente con los países de Europa, peor que los ciudadanos suecos, pero mejor que muchos países europeos desarrollados y claramente mejor que los otros países mediterráneos. Al comparar los ciudadanos del quintil de más altos ingresos con el de peores ingresos, se produce una mejora sustancial de percepción de buena salud en los españoles con menos ingresos, situación paradójica y no esperada disminuyendo en líneas generales las desigualdades de percepción de salud a lo largo del período. Al comparar entre hombres y mujeres los varones tienen mejor salud percibida, diferencia entre sexos que disminuye en países con fuertes políticas de estado del bienestar.

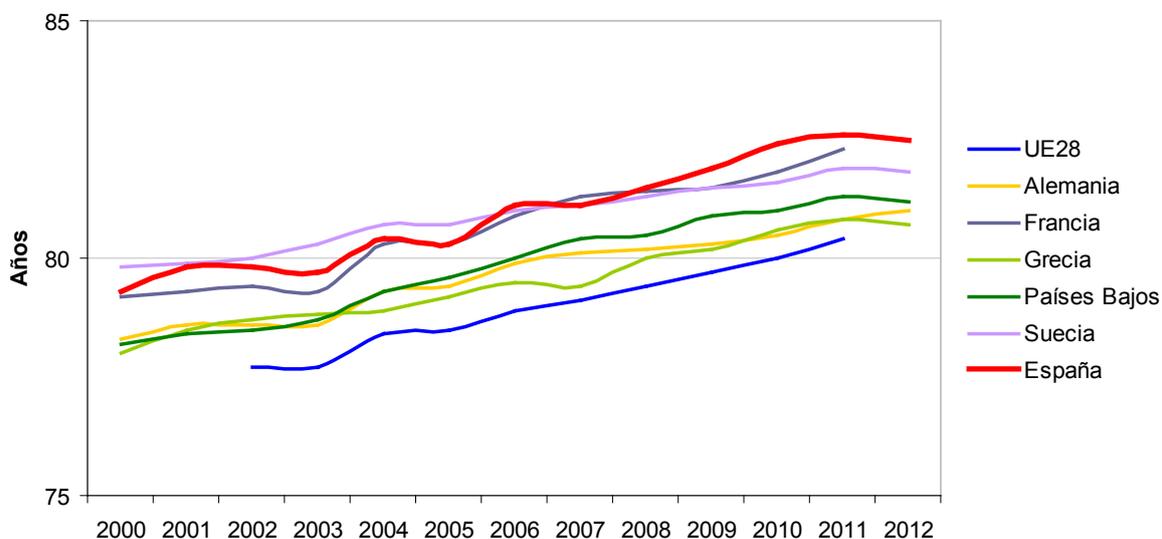
La prevalencia de las enfermedades crónicas en España es baja, sustancialmente más baja que las centroeuropeas. En Europa la tendencia es a la estabilidad. En España se produce una evolución al descenso, con la excepción de la diabetes. Este descenso puede ser real o producto de una disminución de los diagnósticos por la menor frecuentación. Lo que llama la atención es la disminución de las desigualdades entre los quintiles de ingresos más pobres y más ricos, situación que requiere una atención detallada.

El consumo de medicamentos, en general, ha disminuido en España comparando las dos últimas encuestas nacionales de salud. Se ha producido un aumento del consumo de tranquilizantes y pastillas para dormir, lo que quizá sí que se puede vincular con la crisis.



9.1. Esperanza de vida

Gráfico 92. Esperanza de vida al nacer. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2012.



Fuente: Eurostat.

La esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores básicos para valorar el estado de salud de la población. Naturalmente que es un indicador poco específico y da unas mediciones u otras dependiendo de todo el conjunto de determinantes sociales. Mide contextos socioeconómicos, elementos culturales, genéticos y también, aunque con muchas limitaciones, el papel de los servicios sanitarios. Al depender de tantos factores, en realidad no mide bien ninguno en lo concreto.

En nuestro caso no se aprecia ningún efecto vinculado por la temporalidad de la crisis, si acaso una situación de estancamiento del crecimiento en los dos últimos años y un descenso en el último año pero que es compartido con Suecia y los Países Bajos con una crisis mucho menos intensa (Gráfico 92). En el caso de Grecia también se aprecia un decrecimiento poco notorio. No se puede descartar un efecto de la crisis mayor, diferido en el tiempo, pero no aparece con los datos actuales.

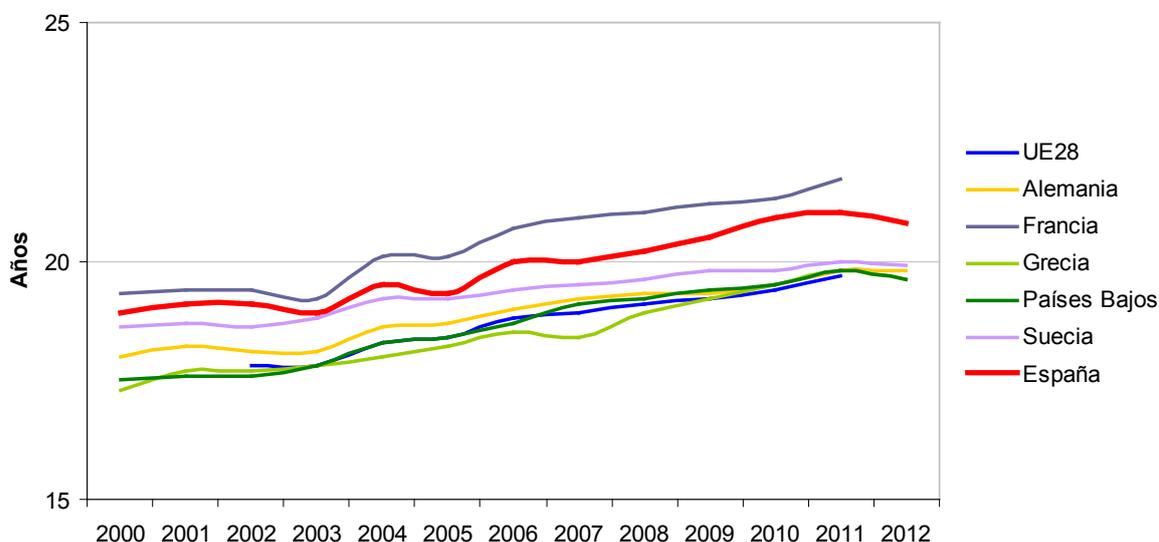
En crisis muy profundas como la que afectó a algunos países del Este Europeo y en especial a Rusia el efecto fue muy notorio con una disminución neta de la esperanza de vida al nacer. Los países africanos también vieron su esperanza de vida reducida por efecto de la epidemia de sida.

Es llamativo el caso de España en cuanto al excelente valor global de este indicador. En el caso de las mujeres es el segundo mejor de Europa, después de Suecia. Y en los varones ocupa el tercer mejor



lugar tras Suecia e Italia. La esperanza de vida al nacer de los varones es seis años menor, en España, que la de las mujeres. Esta brecha está disminuyendo.

Gráfico 93. Esperanza de vida a los 65 años. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2012.

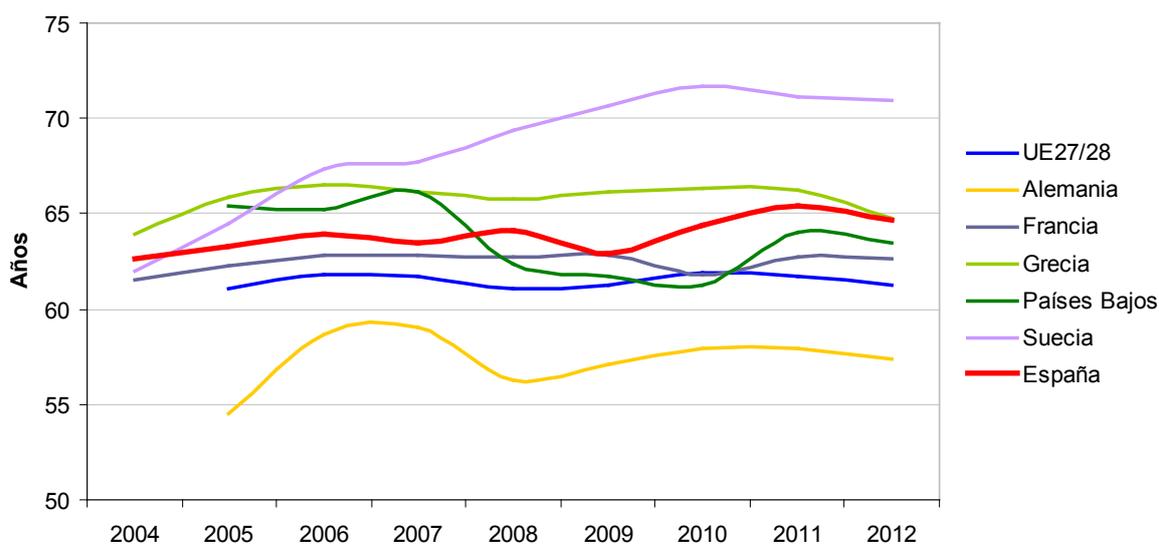


Fuente: Eurostat.

La esperanza de vida a los 65 años tiene muchas de las características citadas de la esperanza de vida al nacer, pero excluye una buena parte de las muertes prematuras, y quizá sea más sensible a las políticas sociales y a la fuerza de las redes sociales de apoyo. La tendencia secular es ascendente en todos los países (Gráfico 93) y solo puede apreciarse una ligera disminución o estancamiento en el último año, que habrá que esperar para valorar su significación.



Gráfico 94. Esperanza de vida en buena salud al nacer en hombres. España, UE27/28 y algunos países europeos. 2004-2012.

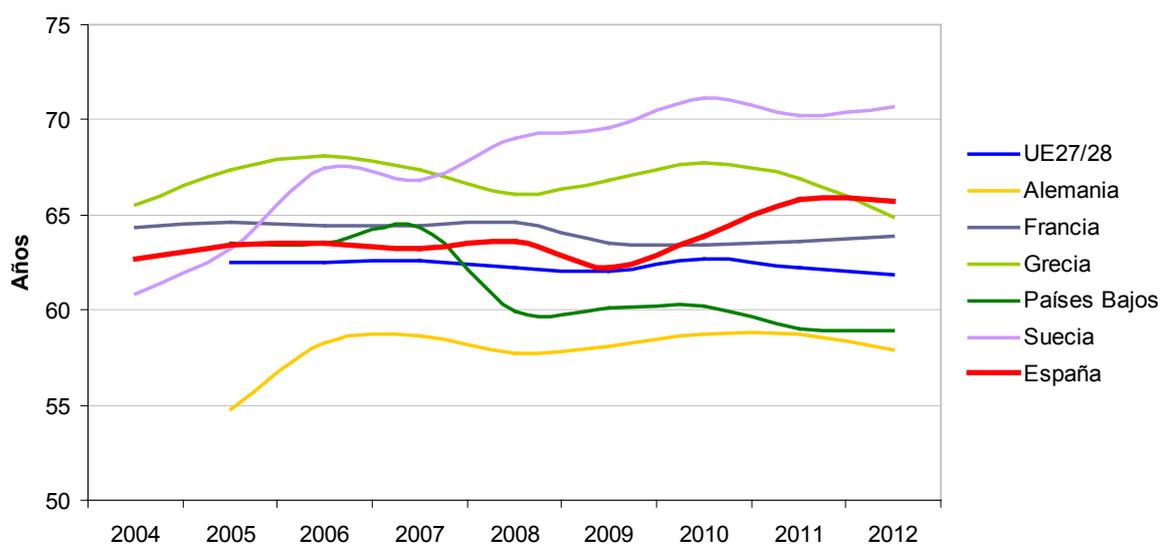


Fuente: Eurostat. Datos UE27 hasta 2009 y UE28 a partir de 2010.

La esperanza de vida en buena salud al nacer en varones es un indicador en el que España tiene buenos resultados comparativamente con la media europea también, pero que resulta superada por países con buenas políticas de redistribución o políticas sociales, como Suecia, Finlandia o que se acortan las distancias con países altamente desarrollados socialmente, como Bélgica u Holanda (Gráfico 94 y bases de datos de Eurostat 2013). Quizás estas razones sean una buena medida del significado del indicador. Grecia y España han tenido decrementos en este indicador, que pueden ser una expresión de la crisis.



Gráfico 95. Esperanza de vida en buena salud al nacer en mujeres. España, UE27/28 y algunos países europeos. 2004-2012.

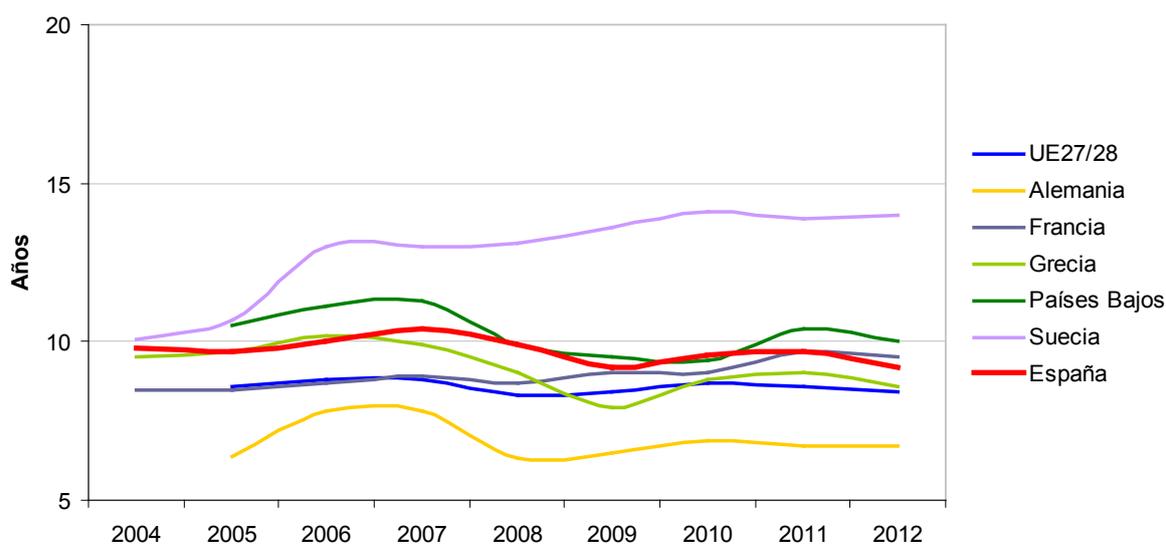


Fuente: Eurostat. Datos UE27 hasta 2009 y UE28 a partir de 2010.

La esperanza de vida en buena salud al nacer en las mujeres es bastante mayor en relación con las cifras europeas (Gráfico 95). Se aprecia un ligero decremento en España en el último año, no tan visible como el que se produce en los varones con el mismo indicador. En España se produjo un incremento notable en los años 2009-2011. En Grecia si se puede achacar a la crisis con bastante seguridad los descensos acumulados en estos años. Las cifras de las mujeres españolas en este índice se pueden considerar buenas, solo superadas por Suecia, Malta, Luxemburgo y Bulgaria (ver datos Eurostat 2013).



Gráfico 96. Esperanza de vida en buena salud a los 65 años en hombres. España, UE27/28 y algunos países europeos. 2004-2012.

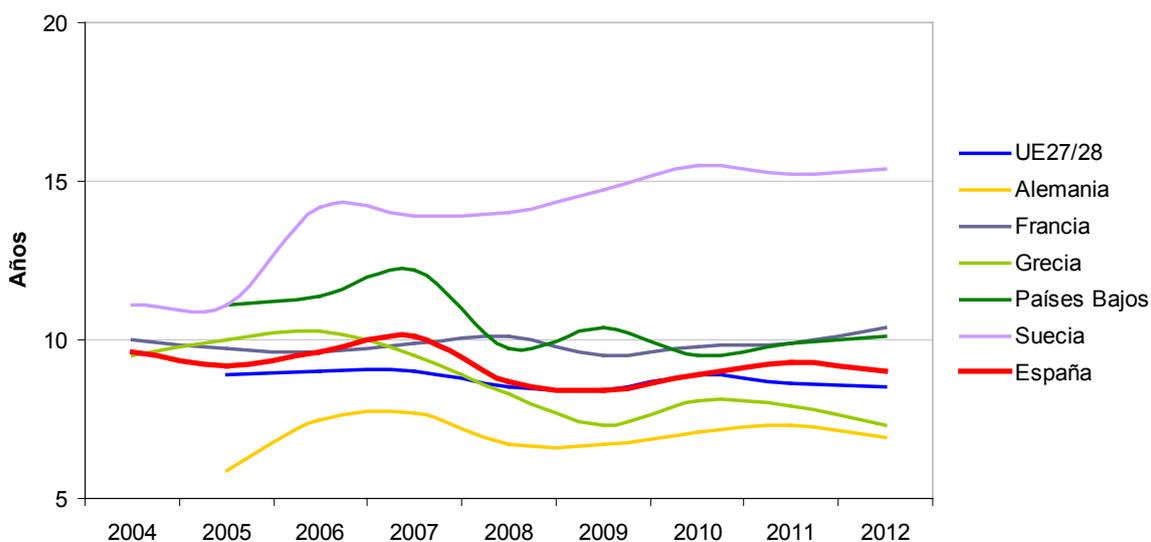


Fuente: Eurostat. Datos UE27 hasta 2009 y UE28 a partir de 2010.

Este indicador, la esperanza de vida en buena salud a los 65 años, en varones sí que parece muy sensible a la existencia de políticas sociales o de servicios de calidad y accesibles (Gráfico 96). España ocupa un lugar cercano al promedio de la UE con los países nórdicos y ricos de Europa claramente por delante. Los países mediterráneos aparecen mayoritariamente por debajo. Hay un descenso de este indicador en España en el último año que ha podido ser medido, el 2012.



Gráfico 97. Esperanza de vida en buena salud a los 65 años en mujeres. España, UE27/28 y algunos países europeos. 2004-2012.



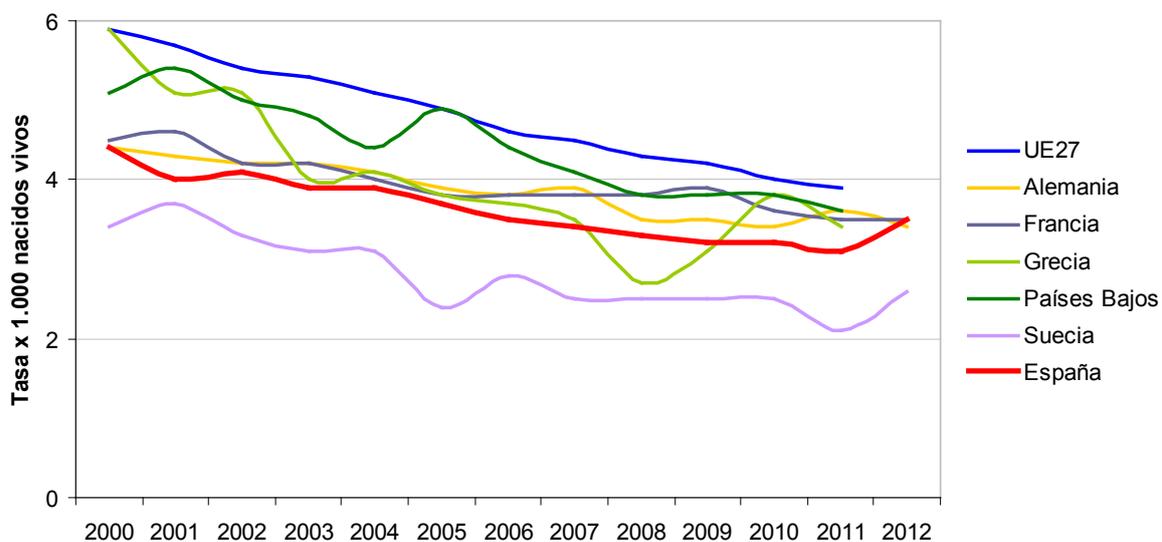
Fuente: Eurostat. Datos UE27 hasta 2009 y UE28 a partir de 2010.

La esperanza de vida en buena salud a los 65 años en las mujeres España tiene un valor solo medio punto por encima de la media de los 28 de la UE (Gráfico 97). Por lo tanto, es un valor discreto y que si parece estar afectado por la crisis, acompañando a Grecia y Portugal con decrementos, aunque no a Irlanda también afectada por la crisis, que mejora sus resultados.



9.2. Mortalidad infantil

Gráfico 98. Mortalidad en menores de un año. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012.



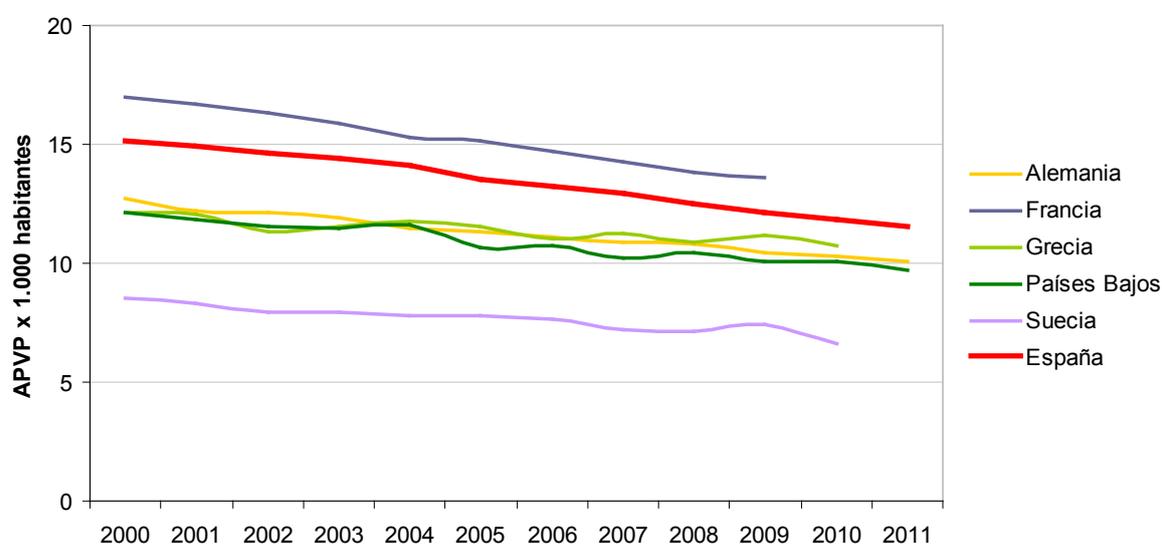
Fuente: Eurostat.

La tendencia secular a la disminución de la mortalidad infantil se mantiene globalmente en Europa (Gráfico 98). Habrá que esperar a los datos de los años posteriores o a revisiones de los datos para valorar el repunte del último año observado en España y en Suecia. Son países con muy diferentes comportamientos en la crisis y con diferentes políticas de respuesta. No es razonable pensar en una causalidad común en ninguno de estos dos campos.



9.3. Años potenciales de vida perdidos

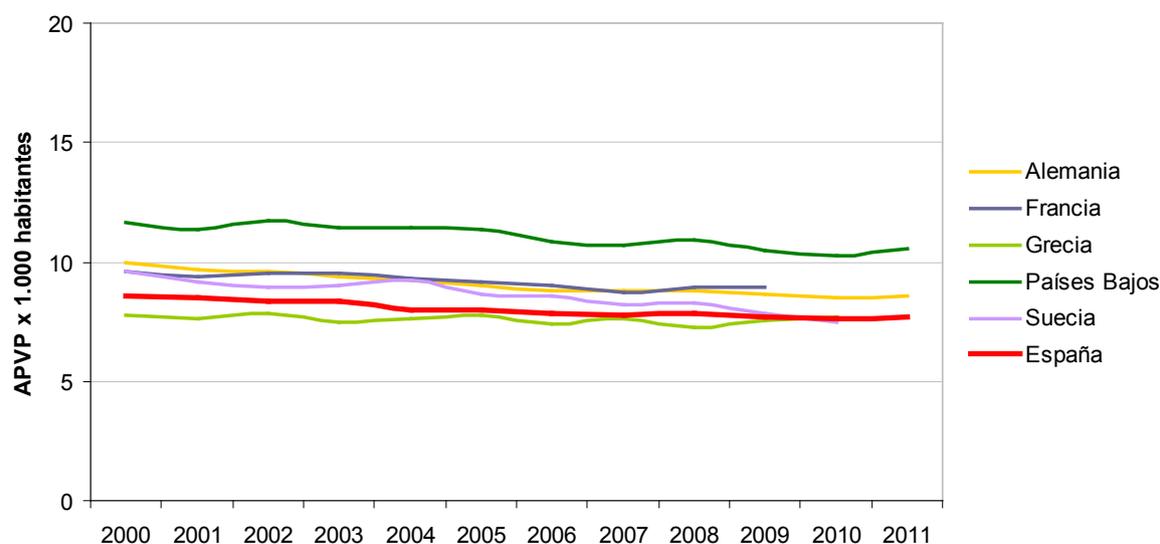
Gráfico 99. Años potenciales de vida perdidos por cáncer en hombres. España y otros países europeos. 2000-2011.



Fuente: OECD Statistics.

Los años potenciales de vida perdidos por cáncer en los varones en Europa están descendiendo suavemente (Gráfico 99). En España también, pero es probablemente uno de los indicadores directos de medida de la salud en el que las comparaciones con los países europeos son más desfavorables para España. Detrás de estas cifras se encuentra el hábito tabáquico, y probablemente también factores ambientales y laborales. Señalan un punto débil en la salud española.

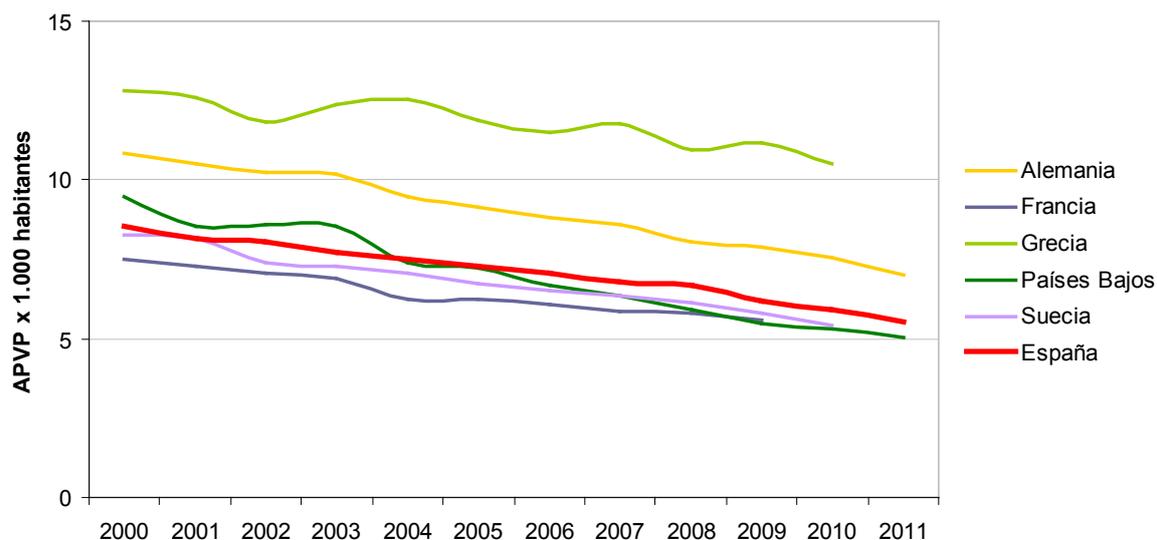
Gráfico 100. Años potenciales de vida perdidos por cáncer en mujeres. España y otros países europeos. 2000-2011.



Fuente: OECD Statistics.

En los tumores de las mujeres, menores de 70 años en este caso, vuelven a ser favorable comparativamente la situación de las españolas (Gráfico 100). Solamente Japón y Finlandia (ver bases de datos OCDE) mejoran las cifras españolas en este punto. No se aprecian efectos de la crisis de ningún tipo. La evolución griega y sueca es paralela a la española.

Gráfico 101. Años potenciales de vida perdidos por enfermedades del sistema circulatorio en hombres. España y otros países europeos. 2000-2011.

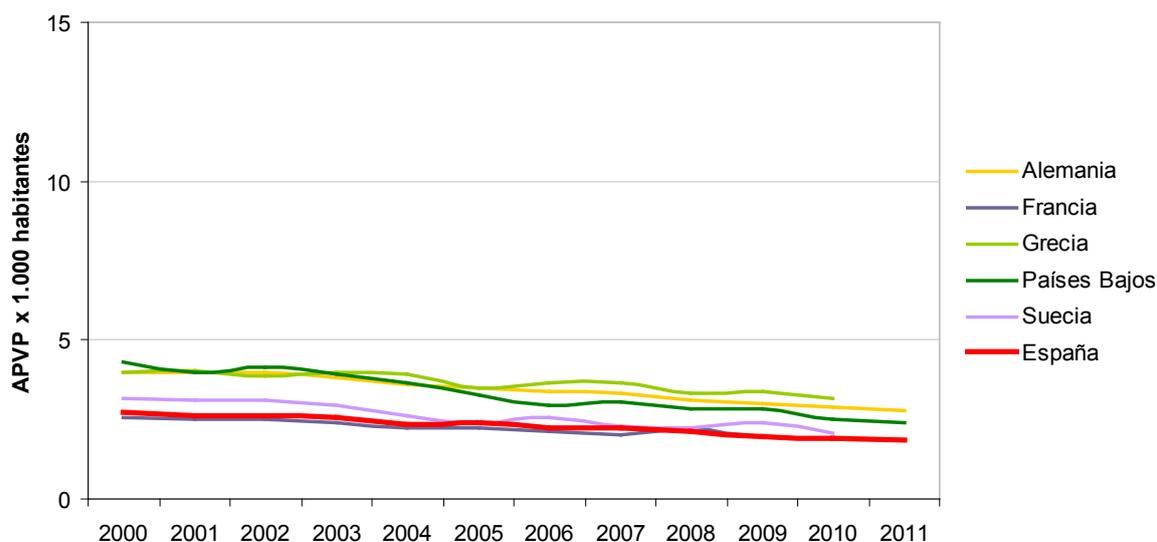


Fuente: OECD Statistics.

La evolución de los años potenciales de vida perdidos en los varones europeos por causas del sistema circulatorio es con tendencia a la baja de forma general (Gráfico 101). En algunos países centroeuropeos y en las repúblicas bálticas la situación es comparativamente mala. Los países mediterráneos, salvo Grecia tienen unos valores bajos. El caso de Grecia es de una evolución secular, por lo que no parece vinculado con la crisis. Los países nórdicos, salvo Finlandia también tienen unos valores bajos (6,0 en este caso). España tiene en este punto un indicador muy bueno, superando incluso a Japón.



Gráfico 102. Años potenciales de vida perdidos por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. España y otros países europeos. 2000-2011.



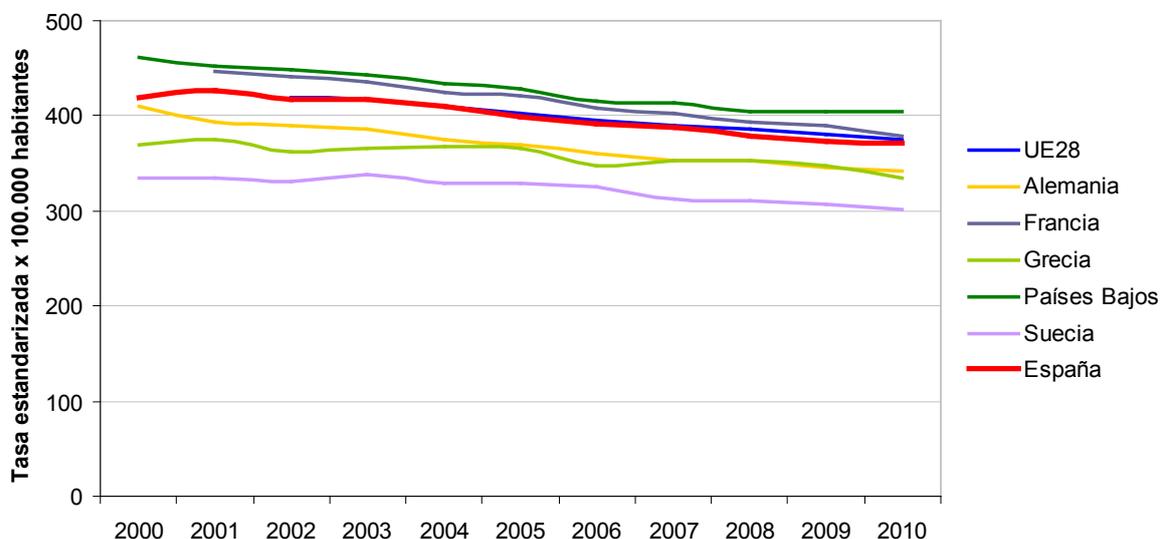
Fuente: OECD Statistics.

En años potenciales de vida perdida en las mujeres europeas y por causas del sistema circulatorio los valores son muy bajos y decrecientes, aunque lo sean muy lentamente (Gráfico 102). España vuelve a tener en este tema una situación ventajosa, especialmente visible en este caso. Solo Luxemburgo mejora los valores españoles en la UE.



9.4. Mortalidad

Gráfico 103. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

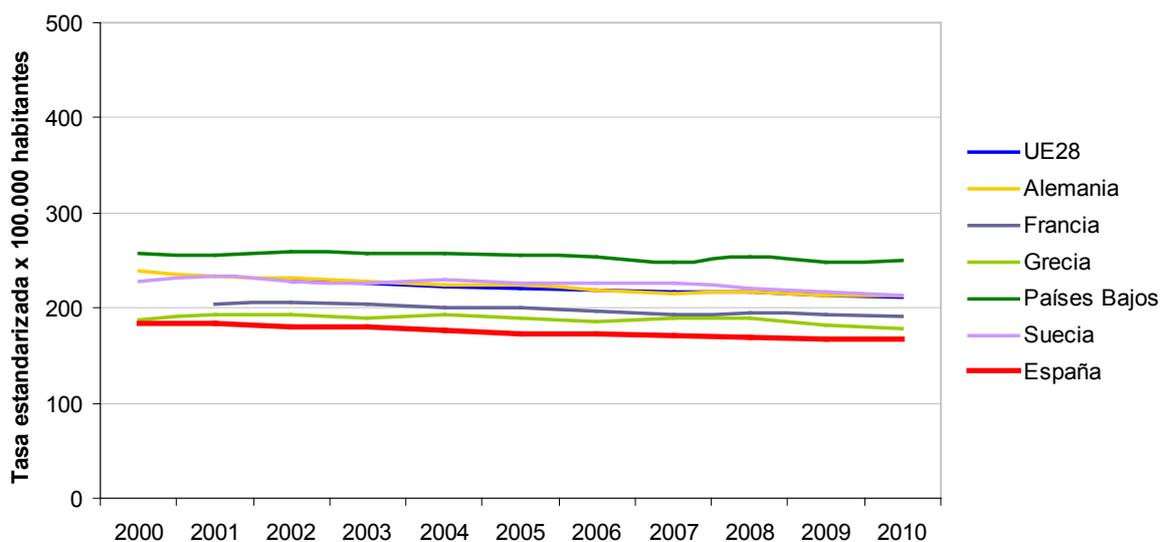


Fuente: Eurostat.

La tasa estandarizada de mortalidad por tumores en los hombres sigue una tendencia descendente en la Unión Europea (Gráfico 103). Los países con peores tasas son los de Europa del Este. Centroeuropa, los países escandinavos y los mediterráneos tienen mejores indicadores en general (ver datos Eurostat 2013). No se aprecian variaciones con la crisis, aunque si se produjeran, lo esperable es que se detectaran de forma diferida, por la historia natural de los tumores. España se alinea con los países europeos citados, pero con una situación relativamente desfavorable.



Gráfico 104. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer en mujeres.
España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

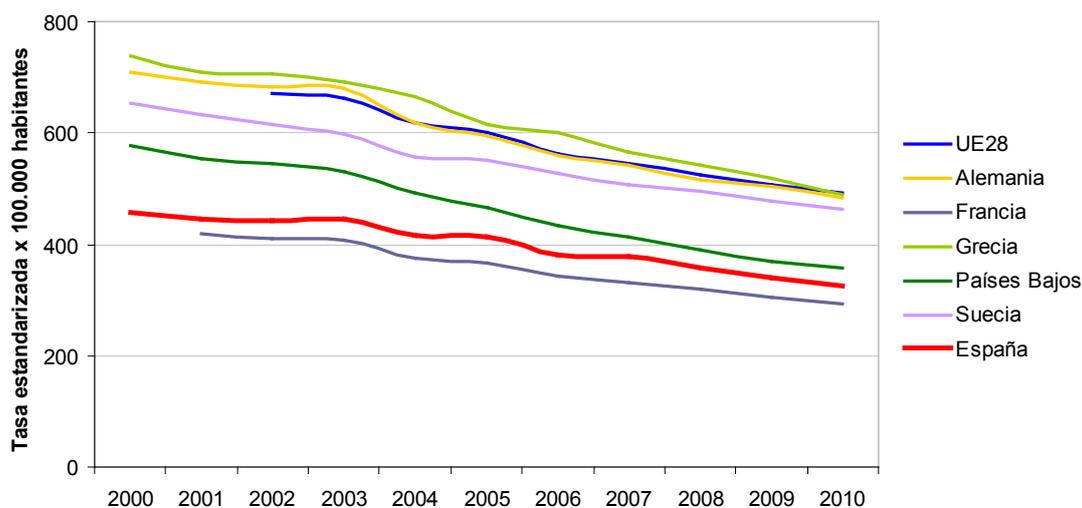


Fuente: Eurostat.

La tendencia europea en este tipo de causas de muerte por tumores en mujeres está estable (Gráfico 104). Los países de Europa del Este tienen peores indicadores, pero no son tan llamativos como en el caso de los varones. España tiene unas tasas muy bajas, salvo Chipre las mejores de la Unión Europea (ver datos Eurostat 2013). No se aprecian variaciones con la crisis.



Gráfico 105. Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

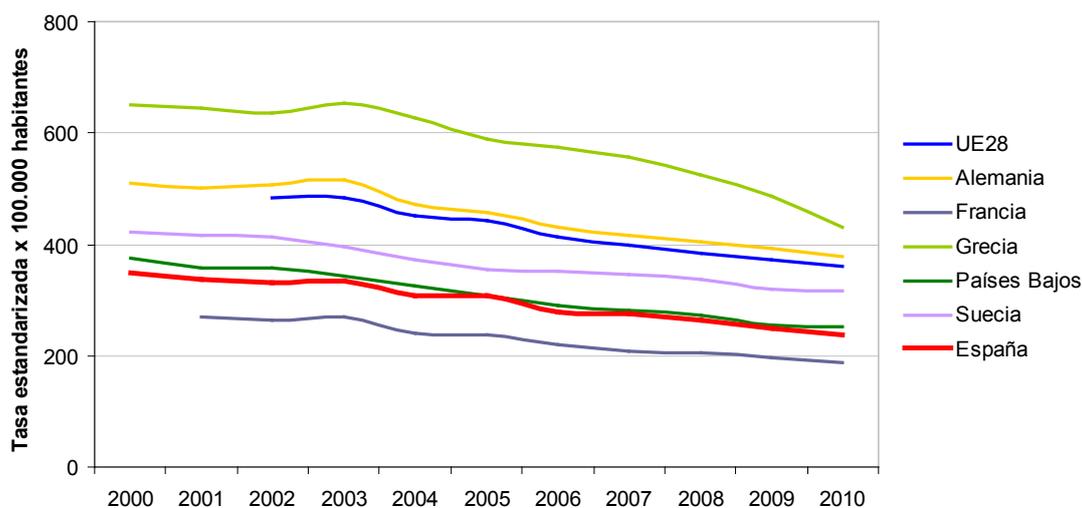


Fuente: Eurostat.

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad en hombres por enfermedades circulatorias tienen una frecuencia decreciente en el conjunto de la Unión Europea (Gráfico 105). Tienen mucha diferencia entre los países. Los países de Europa del Este y los países bálticos tienen peores tasas. Tanto los mediterráneos como los países desarrollados están en mejor situación (ver datos Eurostat 2013). No hay efectos detectables de la crisis y España es el segundo país con mejores indicadores, después de Francia.



Gráfico 106. Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

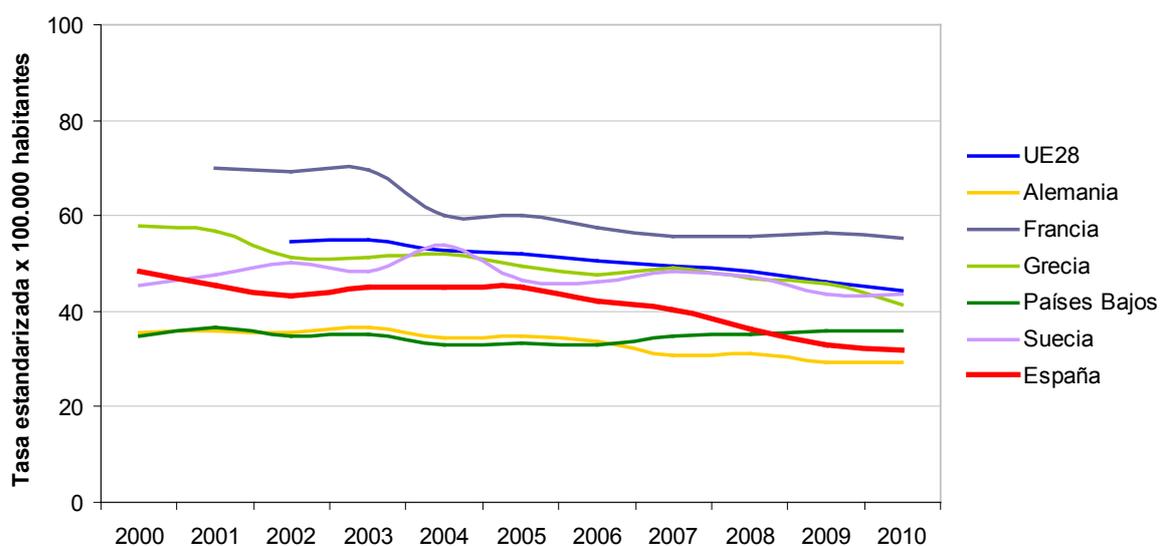


Fuente: Eurostat.

La tendencia europea en las tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres es decreciente (Gráfico 106). Lo mismo que en los hombres se aprecian unos indicadores mejores en los países más desarrollados y en los mediterráneos y peores en Europa del Este. En Grecia, que partía de unas tasas desfavorables, se están acercando a las de los países del Sur de Europa. España tiene los mejores resultados después de Francia.



Gráfico 107. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

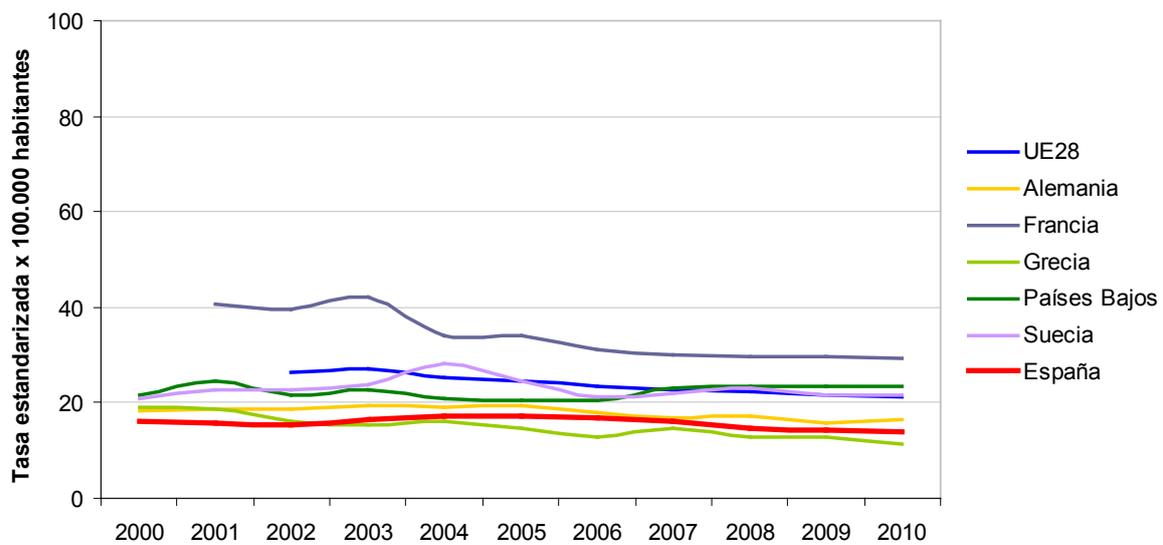


Fuente: Eurostat.

Las tasas europeas de mortalidad por accidentes en general en varones es ligeramente decreciente (Gráfico 107). Alemania es el país con mejores indicadores en este punto. En España las tasas han estado mejorando en estos años más deprisa que otros países europeos y se aprecia un aumento de la tendencia decreciente con una inflexión a la baja en 2005 y otra en 2007.



Gráfico 108. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes en mujeres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

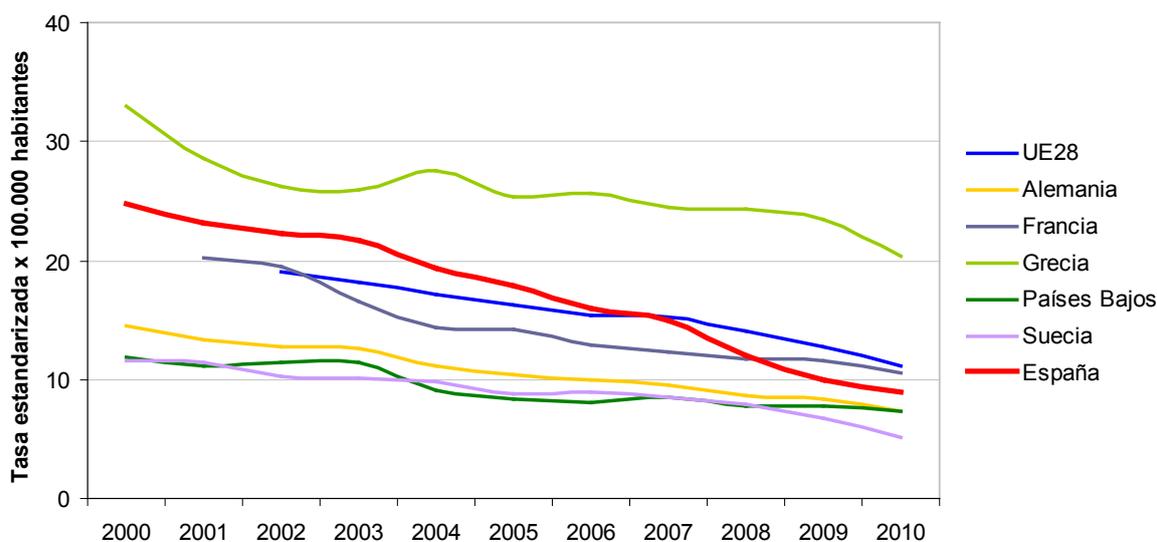


Fuente: Eurostat.

Las tasas de mortalidad por accidentes en general en mujeres son muy bajas (Gráfico 108). Especialmente en España, Portugal y Grecia. La tendencia europea es ligeramente decreciente.



Gráfico 109. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

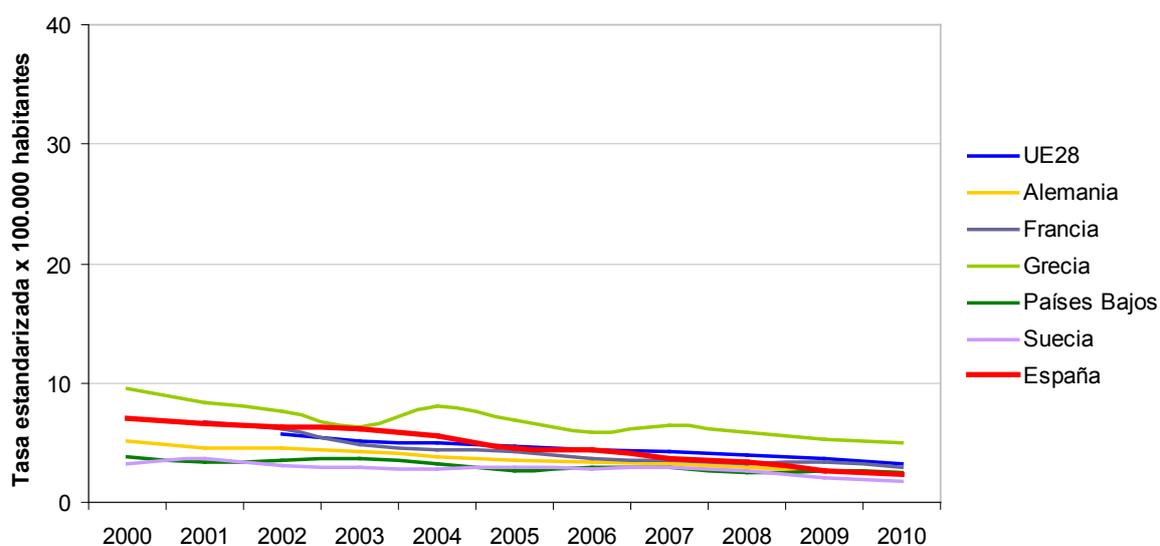


Fuente: Eurostat.

La mortalidad por tráfico en varones está disminuyendo en los países de la Unión Europea (Gráfico 109) Suecia, el Reino Unido, Malta, Irlanda y Alemania están entre los más favorecidos. España está teniendo una disminución muy rápida comparativamente con el resto de Europa. El aumento de tendencia a la disminución apreciado en España a partir de 2007 podría tener que ver con la reducción del volumen del tráfico a partir de la primera recesión. Aunque parten de cifras mucho más altas, también puede observarse una inflexión a la reducción en Grecia, Portugal y en Irlanda (ver datos Eurostat 2013).



Gráfico 110. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico en mujeres.
España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

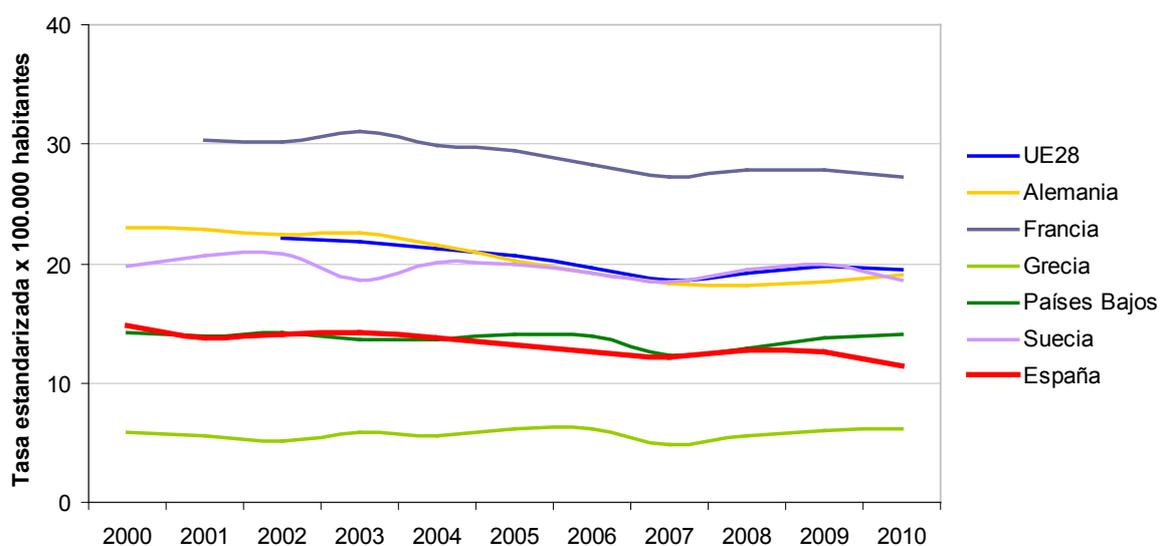


Fuente: Eurostat.

La mortalidad por accidentes de tráfico en las mujeres en Europa es mucho más baja que en los varones y tiene también una tendencia decreciente (Gráfico 110). Los países con mejores datos son también Suecia y el Reino Unido. España tiene también una bajada en los últimos años, con ligero cambio a mejor a partir de 2008.



Gráfico 111. Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.

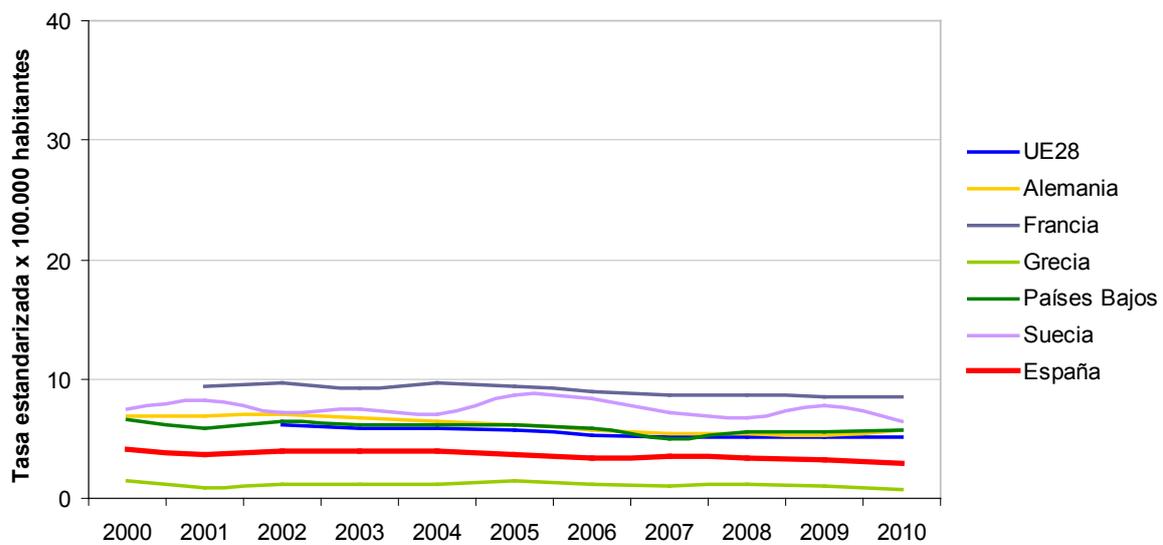


Fuente: Eurostat.

La tasa por mortalidad por suicidio en hombres en Europa es ligeramente descendente (Gráfico 111). En España las cifras comparativas son bajas y la tendencia al descenso se mantiene, como en casi todos los países, pero en Grecia, Portugal y Holanda hay un ligero repunte en el último año. Habrá que observar con cuidado esta evolución que podría estar vinculada con la crisis.



Gráfico 112. Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio en mujeres.
España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010.



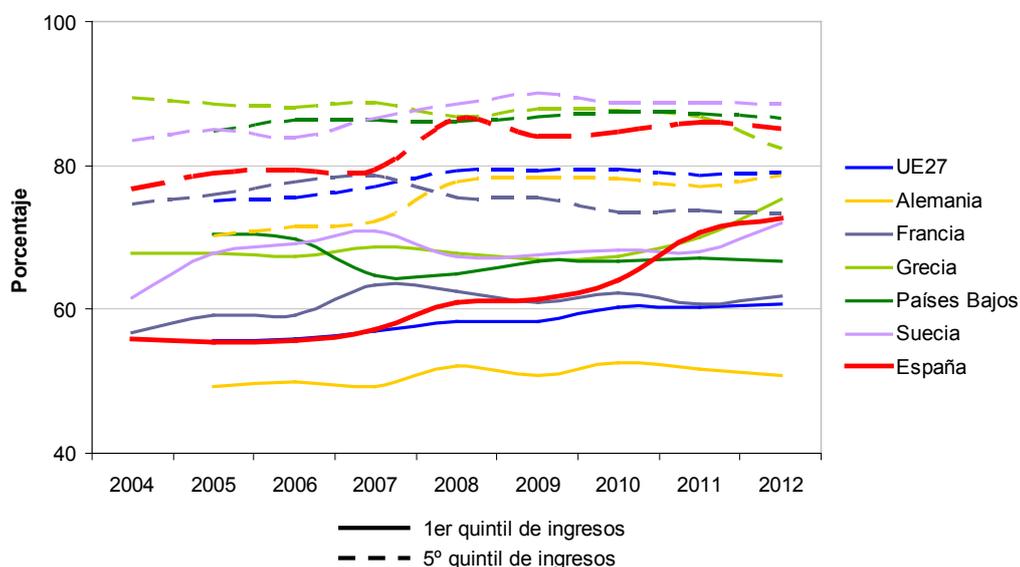
Fuente: Eurostat.

La tendencia de la mortalidad por suicidio en mujeres en Europa está prácticamente estable en estos últimos años y es inferior a la de los varones (Gráfico 112). Hay un ligero repunte el último año en Portugal y Holanda (como en los varones), pero no se aprecia en Grecia ni en España.



9.5. Salud auto percibida

Gráfico 113. Población con salud percibida buena o muy buena en el 1er y 5º quintil de ingresos. España, UE27 y algunos países europeos. 2004-2012.

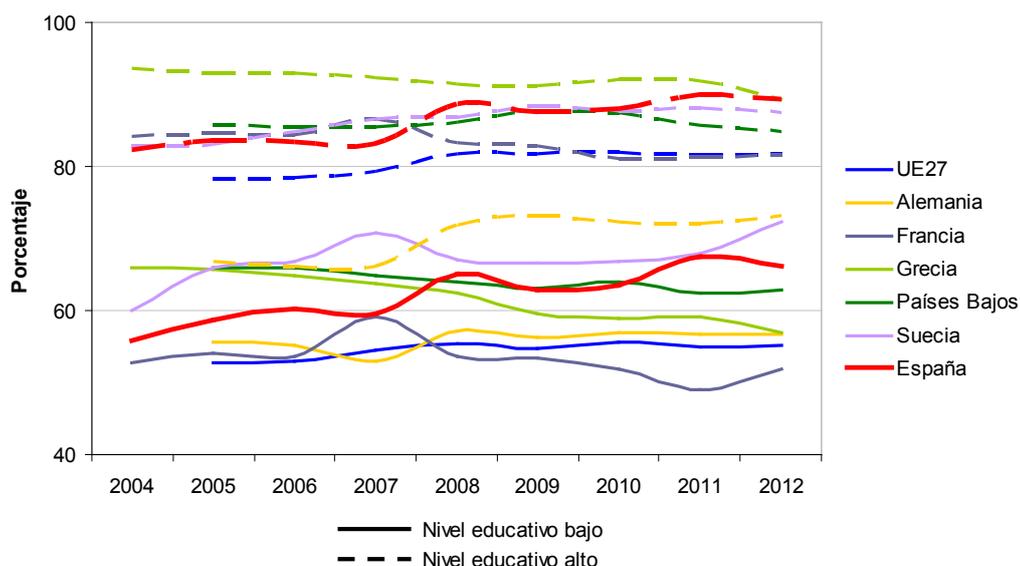


Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

La buena autopercepción de salud de los europeos se mantiene con muy ligeras variaciones a lo largo de los años de la crisis (Gráfico 113). También se mantiene la importante desigualdad entre los sectores con más ingresos y los que tienen menos. No se han reducido las desigualdades en este punto en el conjunto de Europa. Es muy llamativo el comportamiento de los españoles del quintil más bajo, ya que sube de 2008 a 2012 en casi 10 puntos porcentuales la percepción de mejora de la salud y se reducen las desigualdades en este indicador en España. Una subida menos llamativa también se produce en el quintil bajo en Suecia, Grecia. Italia, Portugal, Irlanda. No se aprecia en el Reino Unido, Alemania y Holanda, por ejemplo. La tendencia aparentemente paradójica de este indicador durante la crisis aconseja una reflexión posterior que pueda ser productiva.



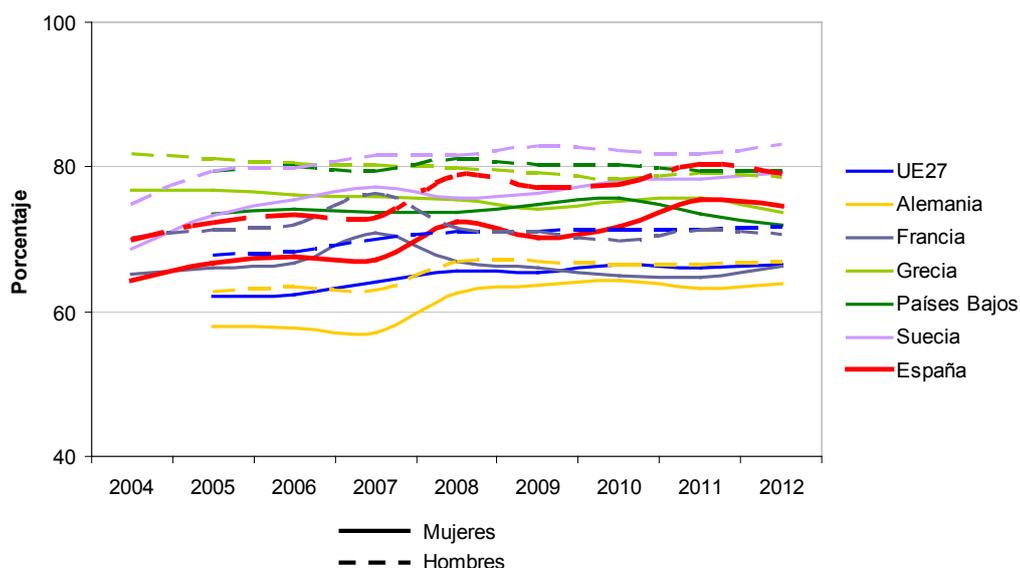
Gráfico 114. Población con salud percibida buena o muy buena en los niveles educativos bajo y alto. España, UE27 y algunos países europeos. 2004-2012.



Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

En relación con el nivel educativo el comportamiento de los europeos durante la crisis ha sido bastante estable, manteniéndose las diferencias a favor de mejor salud auto percibida por parte de los estratos educativos altos (Gráfico 114). En los estratos educativos más bajos se producen más oscilaciones, pero sin encontrarse un patrón definido. En España se mantienen las diferencias y hay un ligero decremento en el último año en el quintil más desfavorecido.

Gráfico 115. Población con salud percibida buena o muy buena en hombres y mujeres. España, UE27 y algunos países europeos. 2004-2012.



Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

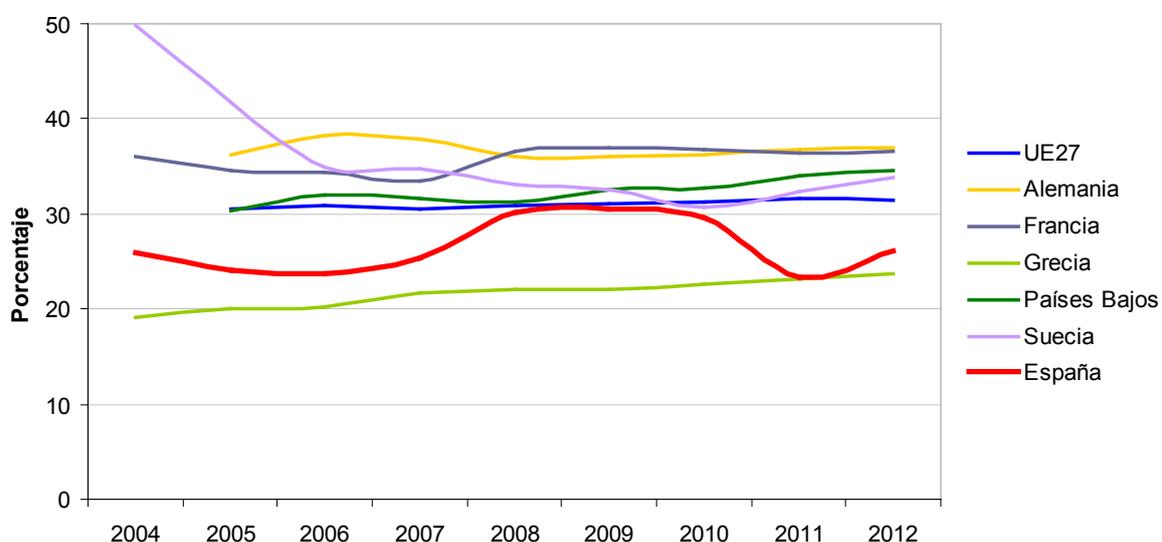


Las diferencias en salud autopercebida entre mujeres y hombres europeos se mantienen en unos cinco puntos a favor de los varones a lo largo del período (Gráfico 115). Los comportamientos durante la crisis son esencialmente estables en los hombres y las mujeres. Es interesante constatar que existen diferencias entre países sobre las distancias entre mujeres y hombres, así en Alemania, Suecia y Finlandia (ver datos Eurostat 2013). Las diferencias a favor de los varones son muy pequeñas. España es también de los países con menos diferencias.



9.6. Enfermedades crónicas y de larga evolución

Gráfico 116. Población con problemas o enfermedades de larga evolución. España, UE27, y algunos países europeos. 2004-2012.

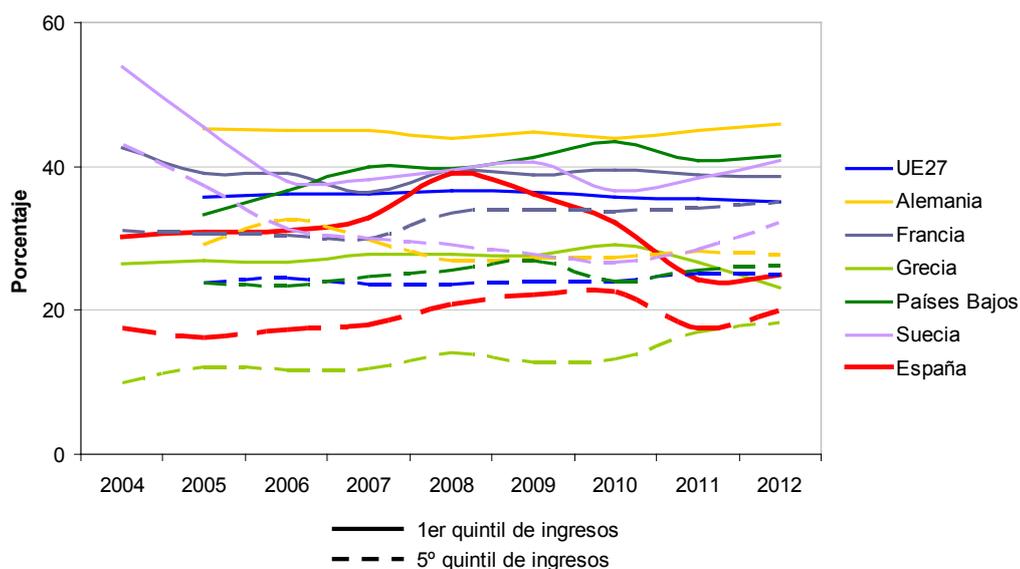


Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

El porcentaje de población afectado por enfermedades de larga duración en la serie que aporta Eurostat muestra una importante variación entre países (Gráfico 116). Parece encontrarse un perfil de baja prevalencia en los países mediterráneos, con valores bajos en España, Italia, Grecia, Rumanía o Bulgaria y con valores sustancialmente más altos en Centroeuropa (ver datos Eurostat 2013). En ningún caso parecen estar afectados por la crisis. La serie española tiene algunas distorsiones inexplicables para nosotros en los años 2008 y 2009.



Gráfico 117. Población con problemas o enfermedades de larga evolución en el 1er y 5º quintil de ingresos. España, UE27 y algunos países europeos. 2004-2012.

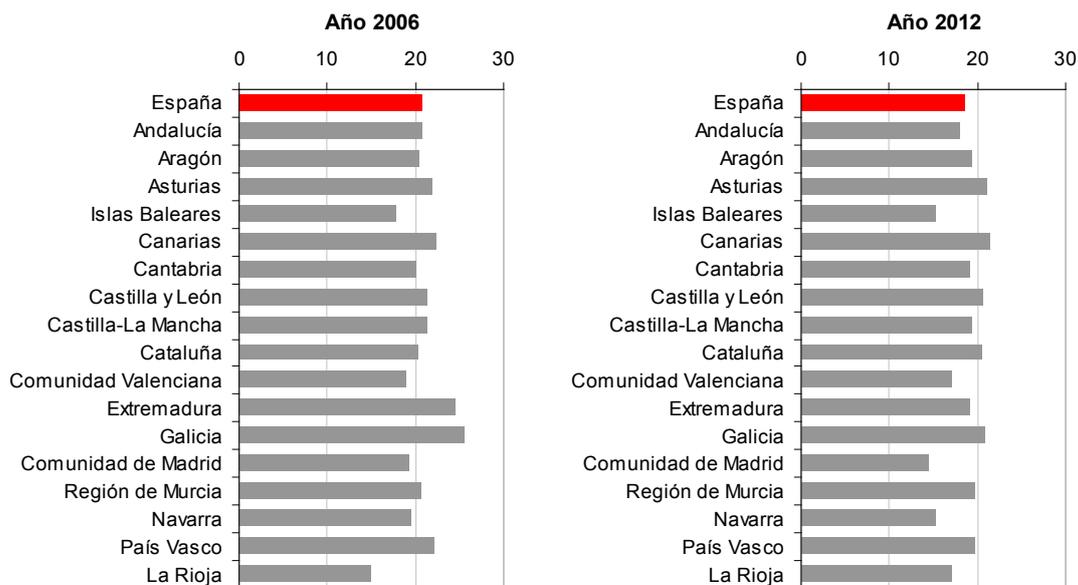


Fuente: Statistics on Income and Living Conditions. Eurostat.

Se muestran los porcentajes de población con enfermedades de larga duración, desglosando entre personas pobres y ricas según los quintiles de ingresos (Gráfico 117). En Europa se mantienen las tasas estables de ambos colectivos y se mantienen las diferencias entre ricos y pobres en un porcentaje igual al principio y al final de la serie y con un valor de unos 10 puntos porcentuales. En España la situación es bastante errática variando alrededor de toda la serie temporal. Comienza con una amplia diferencia entre ricos y pobres de unos 20 puntos porcentuales y acaba con valores bajos en estos años de la crisis avanzada y con una disminución de las diferencias entre quintiles de ingresos, que pasa a estar en unos 5 puntos. La evolución de Grecia, aunque con menos altibajos es similar en lo esencial, aunque partiendo de valores más bajos.

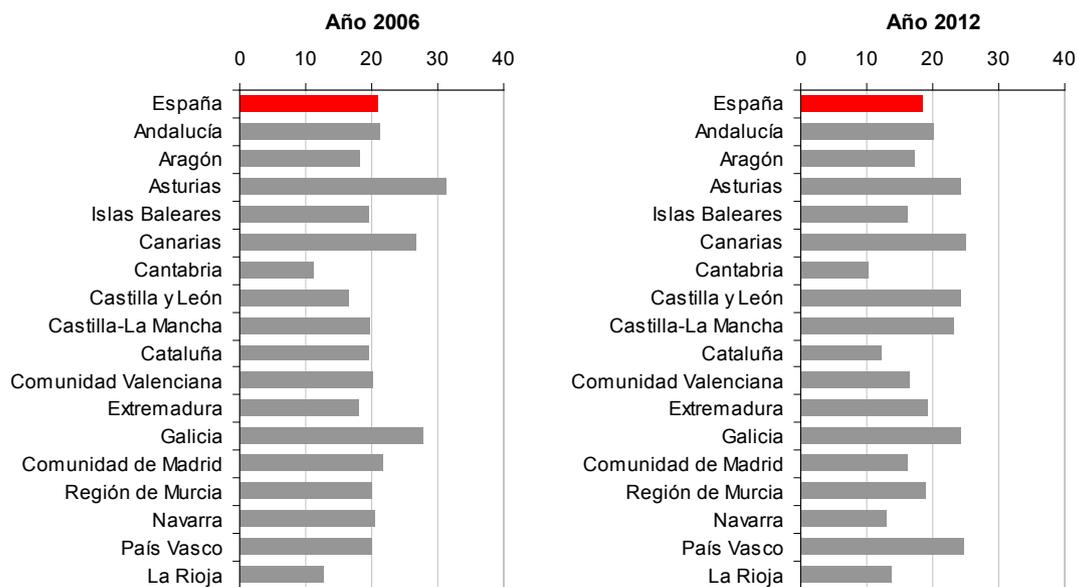


Gráfico 118. Población adulta con HTA. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

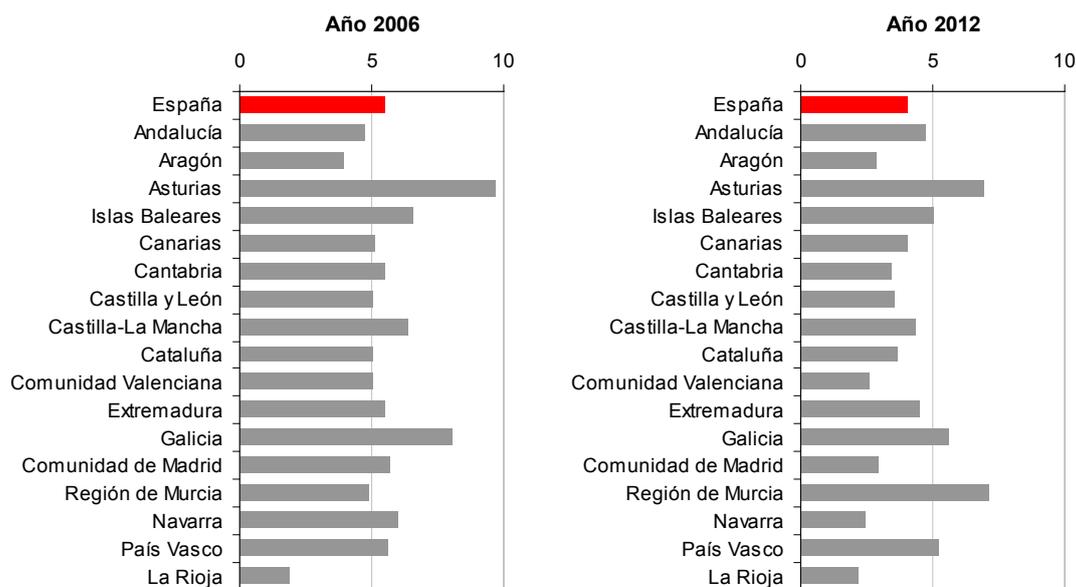
Gráfico 119. Población adulta con lumbalgia. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

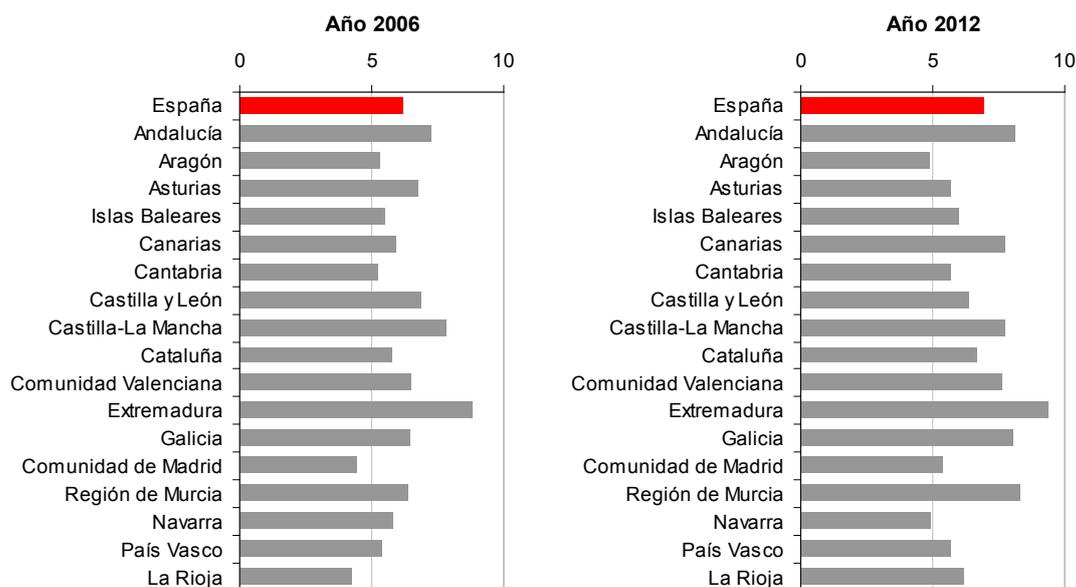


Gráfico 120. Población adulta con asma. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 121. Población adulta con diabetes. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

En general en España se ha producido una disminución de la mayoría de las condiciones crónicas tomando como referencia las Encuestas Nacionales de Salud de antes y durante la crisis (Gráfico 118, Gráfico 119, Gráfico 120 y Gráfico 121). La diabetes es la única que ha crecido. El fuerte contingente de personas relativamente jóvenes que ha supuesto la emigración puede ser una de las hipótesis o un menor número de diagnósticos por menor utilización. Aunque también se puede pensar en que se

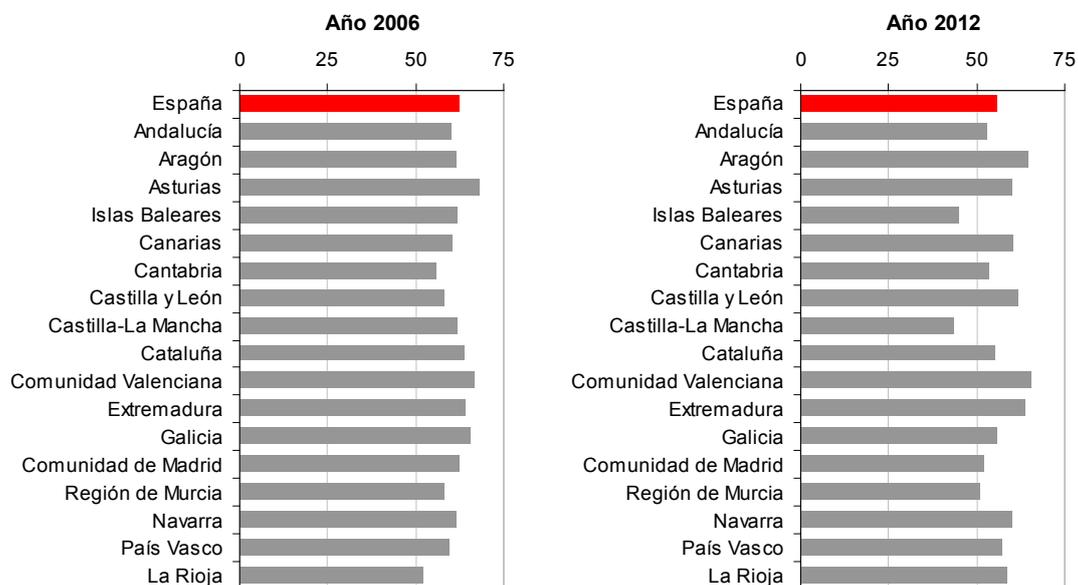


esté prestando una menor atención a algunas enfermedades crónicas por haber prioridades de otro tipo entre la población. En cualquier caso es un proceso de disminución que debe seguirse con atención en lo sucesivo. El aumento de la diabetes es consistente con la información de otros países y con el aumento de la prevalencia de obesidad y sobrepeso.



9.7. Consumo de medicamentos

Gráfico 122. Población que ha consumido medicamentos en las últimas 2 semanas. España y CCAA. 2006 y 2012.

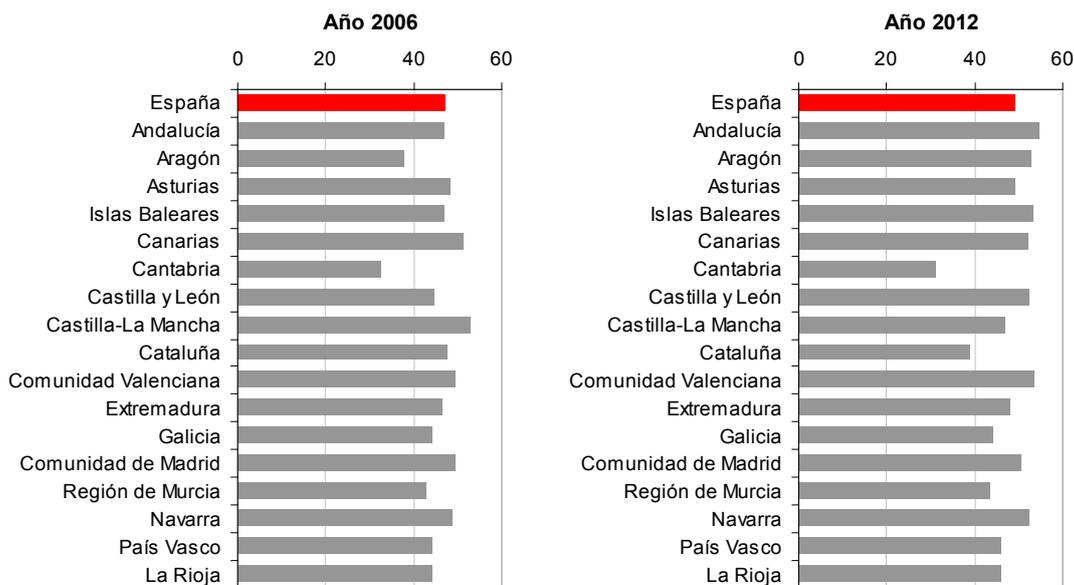


Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

En nuestro país se produce, de forma general un alto consumo de fármacos, tomando como indicador el consumo en las dos últimas semanas. No obstante la comparación entre las dos Encuestas Nacionales de Salud señala una tendencia claramente declinante (Gráfico 122). El decreto que refuerza el copago de fármacos en el Sistema Nacional de Salud no es la causa de este descenso, porque la recogida de datos para la segunda encuesta estaba concluida para la fecha de aplicación del decreto. Hay que estudiar esta disminución del consumo de fármacos, porque es una ruptura de la tendencia anterior.

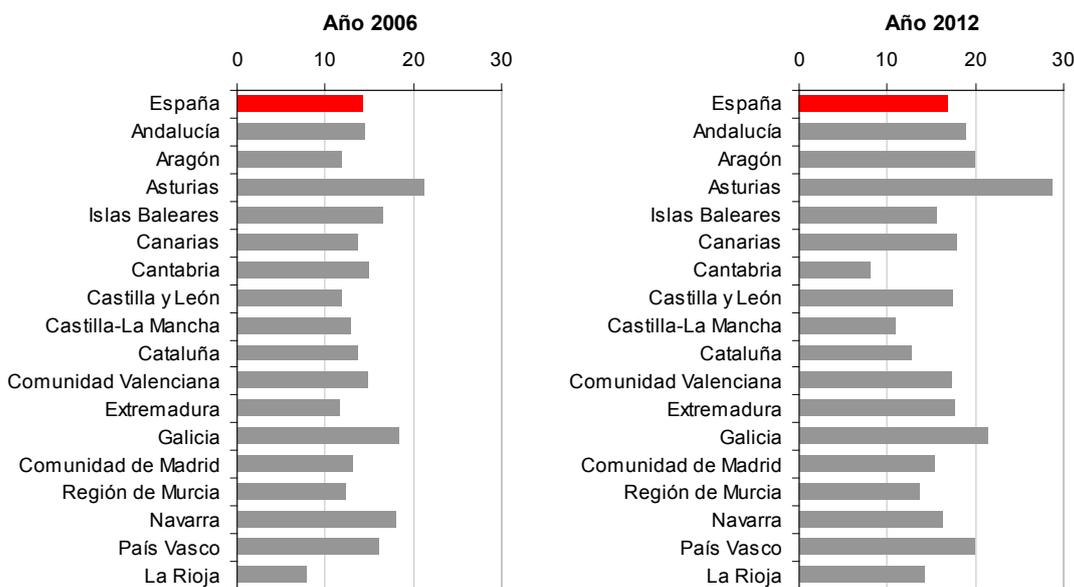


Gráfico 123. Población que ha consumido analgésicos en las últimas 2 semanas. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

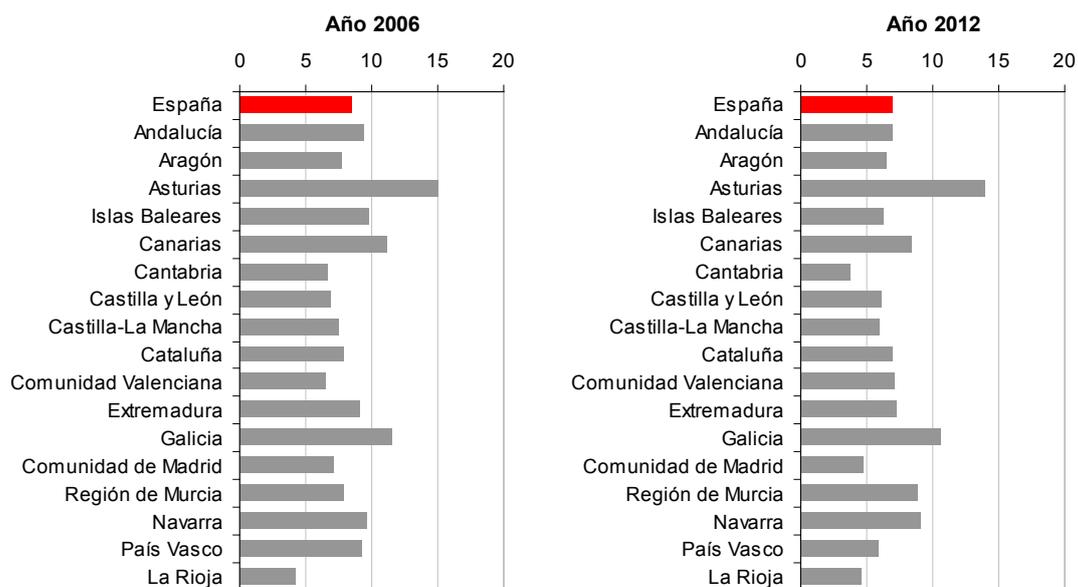
Gráfico 124. Población que ha consumido relajantes, tranquilizantes o pastillas para dormir en las últimas 2 semanas. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.



Gráfico 125. Población que ha consumido antidepresivos y estimulantes en las últimas 2 semanas. España y CCAA. 2006 y 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

El consumo de fármacos específicos señala un crecimiento de los analgésicos (Gráfico 123), que porcentualmente es escaso y un aumento del consumo de tranquilizantes y pastillas para dormir (Gráfico 124), lo cual sí que parece que podría ser coherente con la situación de crisis económica. Se ha producido una discreta disminución de fármacos antidepresivos y estimulantes (Gráfico 125).



REFERENCIAS

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. “Avanzando hacia la equidad”. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Madrid; 2010.

Ministerio de Asuntos Sociales y Salud. Finlandia. Organización Mundial de la Salud. The 8th Global Conference on Health Promotion 2013.

Musgrove P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services* 1987; 17: 411–41.

Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. Informe Final. Ginebra; 2009 [acceso 29 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html

Rico A, Blakey E. El impacto de la crisis en sanidad: recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos. En Informe España 2012. Fundación Encuentros. Madrid; 2012.

Rose G, Marmot MG. Social class and coronary heart disease. *Br Heart J* 1981; 45: 13-19.

Sen AK. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press; New York: Alfred Knopf; 1999.

Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. April 2007.

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health, levelling up (part 1). En: World Health Organization: *Studies on social and economic determinants of population health* nº2. 2006.

Wilkinson R, Pickett K. *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Ed. Turner; 2009.



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. PIB real (deflactor nacional base 2000). España. 2000-2012. _____	21
Gráfico 2. Variación del PIB real (deflactor nacional base 2000). España. 2001-2012. _____	21
Gráfico 3. Tasa de paro respecto a la población activa. España. 2000-2012. _____	22
Gráfico 4. Población activa y ocupada por situación profesional. España. 2000-2012. _____	22
Gráfico 5. Participación de la remuneración de los asalariados en el PIB a coste de los factores. España. 2000-2012. _____	23
Gráfico 6. Variación de la productividad aparente. España. 2001-2012. _____	23
Gráfico 7. Variación de la remuneración por asalariado. España. 2001-2012. _____	24
Gráfico 8. Coste laboral unitario (Índice 2000=100). España. 2000-2012. _____	24
Gráfico 9. Tasa de asalarización. España. 2000-2012. _____	25
Gráfico 10. Renta bruta disponible de los hogares. España. 2000-2012. _____	26
Gráfico 11. Distribución de los hogares según ingresos mensuales netos. España. 2006-2012. _____	26
Gráfico 12. Distribución de la renta por quintiles. España. 2004-2012. _____	27
Gráfico 13. Desigualdad en la distribución de la renta y tasa de paro. España. 2000-2012. _____	27
Gráfico 14. Riesgo de pobreza o exclusión social, umbral de pobreza. España. 2004-2012. _____	28
Gráfico 15. Incidencia de paro en viviendas con menos de una persona activa. España. 2006-2013. _____	29
Gráfico 16. Viviendas sin ingresos. España. 2006-2013. _____	29
Gráfico 17. Renta y riqueza. España. 2005, 2008 y 2011. _____	30
Gráfico 18. Gasto anual de los hogares. España. 2006-2012. _____	31
Gráfico 19. Evolución del peso de cada partida de gasto en el consumo de los hogares. España. 2006-2012. _____	32
Gráfico 20. Ingresos tributarios. España. 2000-2011. _____	33
Gráfico 21. Impuestos directos. España. 2000-2011. _____	34
Gráfico 22. Gasto de las Administraciones Públicas. España 2000-2012. _____	34
Gráfico 23. Gasto de las Administraciones Públicas por funciones (COFOG). España. 2000-2012. _____	35
Gráfico 24. Variaciones en el gasto de las Administraciones Públicas por funciones (COFOG). España. 2001-2012. _____	36
Gráfico 25. Pirámide de población española. 2000 y 2007. _____	38
Gráfico 26. Pirámide de población española. 2007 y 2013. _____	39
Gráfico 27. Pirámide de población española. 2000 y 2013. _____	39
Gráfico 28. Saldo migratorio con el extranjero. España, UE28 y algunos países europeos. 2000- 2012. _____	40
Gráfico 29. Tasa de nacimientos. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2012. _____	41



Gráfico 30. Tasa estandarizada de mortalidad. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	42
Gráfico 31. Población entre 25 y 64 años con educación superior. España y otros países. 2005 y 2011. _____	43
Gráfico 32. Población extranjera. España, UE27 y algunos países europeos. 2002-2012. _____	44
Gráfico 33. Porcentaje de población activa entre 15 y 64 años. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2013. _____	47
Gráfico 34. Porcentaje de población desempleada entre 15 y 64 años respecto a la población activa. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2013. _____	48
Gráfico 35. Hogares con problemas de goteras, humedades o podredumbre. España, UE27 y algunos países europeos. 2007 y 2012. _____	49
Gráfico 36. Hogares que no pueden permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada. España, UE27 y algunos países europeos. 2007 y 2012. _____	50
Gráfico 37. Hogares con retrasos en el pago de la hipoteca o del alquiler. España, UE27 y algunos países europeos. 2007 y 2012. _____	51
Gráfico 38. Hogares con retrasos en el pago de recibos de energía, agua, etc. España, UE27 y algunos países europeos. 2007 y 2012. _____	52
Gráfico 39. Población que fuma a diario. España y otros países europeos. 2000-2011. _____	54
Gráfico 40. Litros de alcohol consumidos por persona mayor de 14 años. España y otros países europeos. 2000-2009. _____	55
Gráfico 41. Población adulta con sobrepeso u obesidad. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	56
Gráfico 42. Hombres y mujeres con sobrepeso u obesidad. España y otros países europeos. Año 2008. _____	56
Gráfico 43. Población de 2 a 17 años con sobrepeso u obesidad. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	57
Gráfico 44. Sedentarismo en hombres. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	58
Gráfico 45. Sedentarismo en mujeres. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	58
Gráfico 46. Matrimonios. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012. _____	61
Gráfico 47. Separaciones. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012. _____	62
Gráfico 48. Personas con bajo apoyo social. España y algunas CCAA. 2006 y 2012. _____	63
Gráfico 49. Porcentaje de personas que se consideran menos felices de lo habitual. España y algunas CCAA. 2006 y 2012. _____	64
Gráfico 50. Índice de Gini. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012. _____	67
Gráfico 51. Ratio 20/80 de ingresos. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012. _____	68
Gráfico 52. Personas en riesgo de pobreza o exclusión social. España y algunos países europeos. 2007 y 2012. _____	69
Gráfico 53. Menores de 18 años en riesgo de pobreza o exclusión social. España y algunos países europeos. 2007 y 2012. _____	70
Gráfico 54. Menores de 18 años en riesgo de pobreza. España y algunos países europeos. 2007 y 2012. _____	71
Gráfico 55. Índice de desigualdad de género. España y otros países. 2005 y 2012. _____	72



Gráfico 56. Índice de percepción de la corrupción. España y otros países. 2007 y 2013. _____	73
Gráfico 57. Porcentaje de variación 2007-2013 en el índice de percepción de la corrupción. España y otros países. _____	74
Gráfico 58. Gasto sanitario total y por agente de financiación. España 2003-2011. _____	76
Gráfico 59. Gasto sanitario total y por agente de financiación. Estructura porcentual. España. 2003-2011. _____	77
Gráfico 60. Gasto Sanitario por habitante total y por agente de financiación. España. 2003-2011. ____	77
Gráfico 61. Gasto Sanitario respecto al PIB y por agente de financiación. España. 2003-2011. ____	78
Gráfico 62. Variación interanual del gasto sanitario público consolidado. Euros 2000. España. 2002-2011. _____	80
Gráfico 63. Desviaciones presupuestarias en Salud (Presupuesto inicial –gasto consolidado). Comunidades Autónomas. 2007-2011. _____	81
Gráfico 64. Gasto sanitario público consolidado por habitante. Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2002-2011. _____	83
Gráfico 65. Gasto sanitario privado. Estructura porcentual según agente de financiación. España. 2003-2011. _____	84
Gráfico 66. Pagos directos de los hogares según función de la atención de la salud. Estructura porcentual. España. 2011. _____	84
Gráfico 67. Camas instaladas por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	88
Gráfico 68. Distribución de las camas instaladas por forma jurídica de sus centros. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2010. ____	89
Gráfico 69. Distribución de las camas instaladas por forma jurídica de sus centros. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2012. ____	89
Gráfico 70. Camas públicas instaladas por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	90
Gráfico 71. Equipos de Tomografía Axial Computerizada (TAC) por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	91
Gráfico 72. Equipos de Tomografía Axial Computerizada (TAC) públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. ____	91
Gráfico 73. Personal médico vinculado en los hospitales por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	92
Gráfico 74. Personal de enfermería vinculado en los hospitales por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. ____	92
Gráfico 75. Personal médico vinculado en los hospitales públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. ____	93
Gráfico 76. Personal de enfermería vinculado en los hospitales públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. ____	93
Gráfico 77. Población asignada por médico de familia. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	94



Gráfico 78. Población asignada por profesional de enfermería. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	95
Gráfico 79. Altas en hospitalización por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	96
Gráfico 80. Altas en hospitalización en hospitales públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	96
Gráfico 81. Intervenciones quirúrgicas por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	97
Gráfico 82. Intervenciones quirúrgicas en hospitales públicos por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2005-2012. _____	97
Gráfico 83. Ambulatorización quirúrgica. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2004-2011. _____	98
Gráfico 84. Urgencias por población. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2004-2011. _____	99
Gráfico 85. Urgencias por población en hospitales de dependencia pública. Total y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2004-2011. _____	99
Gráfico 86. Consultas a medicina de Atención Primaria. Tota SNS y Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valenciana. 2004-2011. _____	100
Gráfico 87. Estructura del gasto sanitario en servicios de asistencia curativa y rehabilitación por agente de financiación. 2005-2011. _____	101
Gráfico 88. Estructura del gasto en servicios de atención de larga duración por agente de financiación. 2005-2011. _____	102
Gráfico 89. Estructura del gasto en servicios auxiliares de atención de la salud por agente de financiación. 2005-2011. _____	102
Gráfico 90. Estructura del gasto en productos médicos dispensados a pacientes por agente de financiación. 2005-2011. _____	104
Gráfico 91. Estructura del gasto en servicios de prevención y salud pública por agente de financiación. 2005-2011. _____	105
Gráfico 92. Esperanza de vida al nacer. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2012. ____	108
Gráfico 93. Esperanza de vida a los 65 años. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2012.	109
Gráfico 94. Esperanza de vida en buena salud al nacer en hombres. España, UE27/28 y algunos países europeos. 2004-2012. _____	110
Gráfico 95. Esperanza de vida en buena salud al nacer en mujeres. España, UE27/28 y algunos países europeos. 2004-2012. _____	111
Gráfico 96. Esperanza de vida en buena salud a los 65 años en hombres. España, UE27/28 y algunos países europeos. 2004-2012. _____	112
Gráfico 97. Esperanza de vida en buena salud a los 65 años en mujeres. España, UE27/28 y algunos países europeos. 2004-2012. _____	113
Gráfico 98. Mortalidad en menores de un año. España, UE27 y algunos países europeos. 2000-2012. _____	114
Gráfico 99. Años potenciales de vida perdidos por cáncer en hombres. España y otros países europeos. 2000-2011. _____	115



Gráfico 100. Años potenciales de vida perdidos por cáncer en mujeres. España y otros países europeos. 2000-2011. _____	115
Gráfico 101. Años potenciales de vida perdidos por enfermedades del sistema circulatorio en hombres. España y otros países europeos. 2000-2011. _____	116
Gráfico 102. Años potenciales de vida perdidos por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. España y otros países europeos. 2000-2011. _____	117
Gráfico 103. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	118
Gráfico 104. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer en mujeres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	119
Gráfico 105. Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	120
Gráfico 106. Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	121
Gráfico 107. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	122
Gráfico 108. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes en mujeres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	123
Gráfico 109. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	124
Gráfico 110. Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico en mujeres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	125
Gráfico 111. Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio en hombres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	126
Gráfico 112. Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio en mujeres. España, UE28 y algunos países europeos. 2000-2010. _____	127
Gráfico 113. Población con salud percibida buena o muy buena en el 1er y 5º quintil de ingresos. España, UE27 y algunos países europeos. 2004-2012. _____	128
Gráfico 114. Población con salud percibida buena o muy buena en los niveles educativos bajo y alto. España, UE27 y algunos países europeos. 2004-2012. _____	129
Gráfico 115. Población con salud percibida buena o muy buena en hombres y mujeres. España, UE27 y algunos países europeos. 2004-2012. _____	129
Gráfico 116. Población con problemas o enfermedades de larga evolución. España, UE27, y algunos países europeos. 2004-2012. _____	131
Gráfico 117. Población con problemas o enfermedades de larga evolución en el 1er y 5º quintil de ingresos. España, UE27 y algunos países europeos. 2004-2012. _____	132
Gráfico 118. Población adulta con HTA. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	133
Gráfico 119. Población adulta con lumbalgia. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	133
Gráfico 120. Población adulta con asma. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	134
Gráfico 121. Población adulta con diabetes. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	134



Gráfico 122. Población que ha consumido medicamentos en las últimas 2 semanas. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	136
Gráfico 123. Población que ha consumido analgésicos en las últimas 2 semanas. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	137
Gráfico 124. Población que ha consumido relajantes, tranquilizantes o pastillas para dormir en las últimas 2 semanas. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	137
Gráfico 125. Población que ha consumido antidepresivos y estimulantes en las últimas 2 semanas. España y CCAA. 2006 y 2012. _____	138



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Gasto sanitario público. Sectores de Gasto. Estructura porcentual. España. 2002-2011.	79
Tabla 2.	Gasto sanitario público. Clasificación económico-presupuestaria. Estructura porcentual. Comunidades Autónomas. 2002-2011.	80
Tabla 3.	Gasto sanitario público. Clasificación económico-presupuestaria. Variación interanual. Comunidades Autónomas. 2002-2011.	80
Tabla 4.	Gasto sanitario público consolidado por habitante. Euros 2000. Subsectores de gasto. Comunidades Autónomas. 2002-2011.	82

