



Estudios sobre la Economía Española

Observatorio de Sanidad de FEDEA

Quinto Informe

SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN

ANALÍA ANDREA VIOLA

Estudios sobre la Economía Española 2023/37

Diciembre 2023

fedea

*Las opiniones recogidas en este documento son las de sus autores
y no coinciden necesariamente con las de Fedea.*

Quinto Informe del Observatorio de Sanidad de FEDEA

Diciembre 2023

SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN
(Universitat Pompeu Fabra, BSE y Fedea)

ANALÍA ANDREA VIOLA
(Fedea)

1. INTRODUCCION

Hace dos años el cuarto Observatorio de Sanidad de FEDEA se dedicaba especialmente al impacto del COVID-19 sobre las principales variables sanitarias. En esta oportunidad, el quinto informe del Observatorio de Sanidad vuelve a su tradicional estructura donde hacemos una valoración de una lista de indicadores que resumen el estado corriente o la evolución del sistema sanitario y, en aquellos casos donde hay datos disponibles, en perspectiva comparada con respecto a los países de la OCDE.

En cada caso, identificamos con color verde una situación o una evolución positiva, con color naranja una situación preocupante, en rojo una situación negativa y en negro aquellos indicadores que consideramos han tenido o siguen teniendo una evolución muy negativa. Asimismo, distinguimos qué tipo de valoración se realiza en cada indicador. Es decir, si valoramos el *nivel* del indicador (comparando la situación española con los países de la OCDE) o bien evaluamos la *evolución* del indicador en los últimos años o su tendencia reciente.

Además, tal y como hemos señalado, un gran número de indicadores son puestos en perspectiva internacional, comparándolos con el promedio de la OCDE o de la UE dependiendo de la fuente utilizada. Obviamente, la interpretación de la comparación con la media europea o de la OCDE depende de cada caso particular. Por ejemplo, en el caso del indicador de mortalidad infantil, los datos están ordenados de menor a mayor, y en este caso se valorará positivamente que esté por debajo del promedio y que mantenga la tendencia. Alternativamente, al valorar la esperanza de vida en buena salud, los datos están ordenados de mayor a menor y se valorará positivamente si España se encuentra por encima del promedio.

El objetivo principal de esta quinta edición del Observatorio es, por tanto, analizar los principales indicadores de salud y bienestar, los indicadores de riesgo para la salud, el gasto sanitario, los indicadores de situación laboral en sanidad, así como la satisfacción de los usuarios reflejada en el Barómetro Sanitario 2022. Todo esto con la información más actualizada de la que se disponga (en general, referida al año 2021 o 2022) y en perspectiva comparada cuando la información lo permita.

Del total de 29 indicadores que presentamos, 13 reflejan una situación positiva, 13 preocupante, 3 negativa y ninguno muy negativa (véase la Tabla Resumen). Se podría decir, por tanto, que la situación post-pandemia es satisfactoria en términos generales. Avanzándonos a lo que se evidenciará más adelante, las excepciones más notables a la evolución general positiva la constituyen los indicadores de años de vida en buena salud, las listas de espera, el gasto farmacéutico hospitalarios y la evolución salarial en el sector.

Como complemento al análisis de la evolución general incluimos una *tribuna* a cargo de Félix Lobo titulada “Política de personal del Sistema Nacional de Salud Español: ¿Diseñada por el enemigo?” y una breve sección dedicada al COVID-19 con un análisis de su estado en la actualidad (capacidad asistencial, muertes por COVID-19, exceso de muertes y cobertura de vacunación).

La estructura del informe es la siguiente. Después de la tribuna invitada, en la sección 2 analizamos los indicadores más relevantes de salud y bienestar, así como los relacionados con el estado de salud de la población, los indicadores de riesgo para la salud y los de

gasto en sanidad. En la sección 3, examinamos los indicadores de riesgo para la salud como, por ejemplo, el consumo de tabaco y la obesidad. En la sección 4 analizamos la evolución de los indicadores de gasto en sanidad. En la sección 5, evaluamos la satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario y aportamos datos de las listas de espera a través del Sistema de Información de Listas de Espera oficial. En la sección 6 analizamos la situación laboral en sanidad con datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) y la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL). Finalmente, en la sección 7 hacemos un pequeño resumen de la situación del COVID-19 en la actualidad y en la sección 8 presentamos las conclusiones.

2. DE UN VISTAZO: VALORACIÓN DE LOS INDICADORES SANITARIOS.

TABLA RESUMEN

GRÁFICO/ TABLA	Nivel	Variación	SITUACION			
			Positivo	Preocupante	Negativo	Muy negativo
Sección 1: Indicadores del estado de salud de la población						
G1: Esperanza de vida al nacer	Positivo	Positiva	X			
G2: Esperanza de vida en buena salud	Preocupante	Negativa			X	
G3: Número de años perdidos de vida potencial	Positivo	Positiva	X			
G4/T1: Tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes/Tasas estandarizadas de defunción por 100.000 habitantes	Positivo	Positiva	X			
G5/G6: Mortalidad infantil	Positivo	Positiva	X			
G7: Bajo peso al nacer	Preocupante	Positiva		X		
G8: Estado de salud percibido	Positivo	Negativa		X		
G9: Enfermedades crónicas/de larga duración	Preocupante	Preocupante		X		
G10/G11: Proporción de muertes por desórdenes mentales sobre el total de muertes (por sexo)	Preocupante	Preocupante		X		
Sección 2: Riesgos para la salud						
G12: Consumo de tabaco	Preocupante	Positiva	X			
G13: Número de cigarrillos consumidos día	Positivo	Positiva	X			

G14: Víctimas de accidentes de tráfico	Positivo	Preocupante		X		
G15: Frecuencia de accidentes de trabajo	Preocupante	Preocupante		X		
G16/G17: Obesidad	Positivo	Positiva	X			
G18: Obesidad infantil		Negativa			X	
G19: Tasa de pobreza y coeficiente de Gini	Negativo	Positiva		X		
Sección 3: Gasto en sanidad						
G20: Gasto sanitario corriente como porcentaje del PIB	Positivo	Preocupante		X		
G21: Gasto sanitario total real per cápita	Preocupante	Positiva	X			
G22: Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total	Preocupante	Positiva	X			
G23: Gasto farmacéutico hospitalario		Negativa			X	
T2/G24: Presupuestos iniciales CCAA por habitante		Positiva	X			
Sección 4: Barómetro Sanitario						
G25: Opinión sistema sanitario/G26: Calidad percibida países Europa.	Positivo	Preocupante		X		
G27: Problema de las listas de espera		Preocupante		X		
G28: Sistema de información de listas de espera		Preocupante		X		
T3/G29: Probabilidad de visitas hospital, cabecera, especialista		Preocupante		X		
Sección 5: Indicadores de situación laboral en sanidad						
G30: Participación ocupados en sanidad en el total	Positivo	Positiva	X			
G31: Variación interanual número de ocupados en sanidad		Positiva	X			
G32: Empleo y salarios	Positivo	Preocupante		X		

G33: Indicadores calidad de empleo		Positiva	X			
			Positivo	Preocupante	Negativo	Muy negativo
TOTAL	29 indicadores		13	13	3	0

TRIBUNA: POLÍTICA DE PERSONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL: ¿DISEÑADA POR EL ENEMIGO?

Félix Lobo

Catedrático emérito de la Universidad Carlos III de Madrid y Funcas

Una gran concedora del Sistema Nacional de Salud (SNS), Beatriz González López-Valcárcel, dice que la política de personal parece estar diseñada por su peor enemigo. Realmente de su análisis y de las pruebas científicas disponibles, no muchas, debido a la falta de cultura evaluadora, se deduce que perjudica los resultados del sistema y que sus condiciones no son ni necesarias ni suficientes para una buenas y estable relación laboral, todo lo cual nos preocupa mucho a los que creemos que nuestro sistema público es virtuoso. Esto ocurre siendo así que la organización, el personal y los incentivos son la clave del arco en todos los sistemas sanitarios, mucho más que el volumen de los recursos disponibles. La regulación está contenida en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre), que tiene raíces en tiempos de la Dictadura.

En la base de estos problemas subyacen dos confusiones fundamentales. Primera, trasladar, sin modificaciones, el modelo organizativo y de personal de los poderes y administraciones públicas (diseñado para ejercer la autoridad, regular, inspeccionar, juzgar, sancionar, recaudar, o tramitar derechos y obligaciones de los ciudadanos ... actuaciones propias de la función pública), a la producción o provisión de servicios para los cuales no están adaptadas. Cuando se trata de servicios complejos como los sanitarios esta confusión es particularmente grave. Otra frase lapidaria de Beatriz: “No se pueden gestionar los servicios sanitarios como si fuesen un negociado”, de un ministerio o de la Seguridad Social. La segunda confusión es defender que los servicios sanitarios dejan de ser públicos si no se producen por las administraciones directamente y según el modelo burocrático, en nuestro caso por las Consejerías de Sanidad y los Servicios de Salud de las comunidades autónomas. Erróneamente se defiende que hay privatización, aunque la financiación sea pública y el ciudadano no pague nada en el punto de recepción del servicio y la Administración mantenga potestades de control sustanciales. La confusión puede derivar de la falta de información o ignorancia, pero también de graves conflictos de intereses que no se suelen desvelar. En muchas provincias las instituciones sanitarias son las principales empresas. Mantener un férreo control de las mismas proporciona poder, influencia y quizás futuro profesional a los políticos. También las micro-organizaciones sindicales implicadas prefieren la organización burocrática. Igualmente, algunos profesionales resultan beneficiados por este régimen.

En los últimos tiempos las cosas han ido empeorando. Por ejemplo, se han suprimido o recortado las organizaciones menos centralizadas y burocráticas que, entre otras oportunidades, permiten una gestión más flexible del personal. Los ejecutores han sido gobiernos de todo color. Las concesiones que funcionaban en la Comunidad Valenciana comenzaron a revertirse a la Administración en 2018, con el famoso modelo Alzira a la cabeza. Las agencias públicas empresariales que había en Andalucía se suprimieron en 2021-2022. El artículo 1 del Anteproyecto de Ley “para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS” que se publicó en trámite de audiencia e información pública el 16 de noviembre de 2021, reservaba la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios preferentemente a “la fórmula de gestión directa de carácter

público”. El Proyecto enviado a las Cortes en junio de 2022, admitió la gestión por entidades del sector público institucional (como empresas públicas), pero siguió limitando la posibilidad de conciertos (contratos para la producción y gestión de servicios por entidades privadas). También derogaba la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud que abrió posibilidades a las organizaciones y la gestión más plásticas. Afortunadamente el Proyecto embarrancó por la oposición de ciertas CC.AA. y decayó con la convocatoria de elecciones, pero puede resucitar. Esta evolución se produce siendo así que hay algunas pruebas de que organizaciones más dúctiles tienden a ser más eficientes.

Aspectos concretos de la organización y regulación del personal muchas veces criticados son, por ejemplo, las condiciones de asignación de puestos de trabajo (concursos multitudinarios, erráticos y conflictivos con exámenes burocráticos); la rigidez para la movilidad y la adaptación a las circunstancias cambiantes y la disminución de incentivos que genera la plaza “en propiedad” en quien la consigue; el ejercicio doble, público y privado, que provoca conflictos de intereses y problemas de rendimiento; la excesiva fragmentación de especialidades médicas y la segmentación de servicios; la falta de incentivos relacionados con el desempeño; la ausencia de evaluación del rendimiento; la falta de carrera profesional, etc. Los profesionales sanitarios, para atender a sus pacientes en extrema necesidad durante la pandemia de la COVID-19, hicieron saltar por los aires muchas de estas rigideces, con iniciativa, imaginación y superando las barreras burocráticas y de la costumbre. Nos dieron así además el contrafactual para la reforma organizativa.

La deficiente organización y la regulación burocrática del personal generan muchas dificultades. La más prominente y denunciada es la proliferación de contratos precarios, con los que se trata de compensar la rigidez de la contratación estable ordinaria. Los contratos temporales pasaron del 28,5 % en 2012, al 41,9 % en 2020 (INE). También el reducido número del personal de enfermería en relación con el de médicos y la escasa incorporación e integración de personal técnico medio. El número de médicos por 1.000 habitantes está por encima de la media de la Unión Europea (en 2019 la comparación era 4,4 frente a 3,9), mientras que la proporción de enfermeras es de 5,9 (excluyendo auxiliares de enfermería), muy inferior a la media europea del 8,4 (Observatorio Europeo de Sistemas de Salud 2021). También hay desequilibrios en la disponibilidad de especialistas médicos, como ha puesto de manifiesto la estupenda serie de estudios de planificación de Patricia Barber y Beatriz González López-Valcárcel, auspiciada por el Ministerio de Sanidad y que guían las convocatorias MIR.

La productividad y el rendimiento igualmente se resienten. La jornada para algunos es reducida, en línea con la del sector público español, para otros es prolongada (en 2022, según la EPA del INE los hombres asalariados del sector privado trabajan semanalmente de media 37,8 horas efectivas. Las mujeres 32,7. Los hombres asalariados del sector público 35,8 y las mujeres 34,4 horas de media). Se producen elevadas tasas de absentismo laboral; las horas de atención directa al paciente respecto de las horas totales son reducidas y se da una gran variabilidad en rendimientos intracentros e intercentros.

Una de las reformas estructurales básicas del SNS es acabar con el modelo “estatutario” – desgraciadamente reforzado en tiempos recientes - y establecer un sistema moderno, flexible y eficiente de relaciones laborales. Según casi todas las opiniones informadas esto supondría eliminar el régimen funcionarial, la “plaza en propiedad” y potenciar las

dimensiones profesionales. También introducir la evaluación del trabajo realizado, reconocer el mérito individual y colectivo con sistemas de retribución variable y otros incentivos según resultados vinculados a los objetivos de salud del sistema. Serían incentivos relacionados con el desempeño y multidimensionales, pues irían más allá de un salario adecuado, e incluirían las múltiples facetas de la compensación laboral (organización del trabajo permisora de un buen desempeño y calidad, cuidado de los niños y conciliación familiar; rotación de puestos de trabajo; formación continua; años sabáticos; proyectos de investigación y publicaciones, etc.).

Así lo ha reconocido en 2020 el Dictamen (Conclusiones y recomendaciones) de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, aprobado por el pleno del Congreso de los Diputados, un documento de la máxima importancia política. Es una guía de actuación de las Administraciones Públicas para afrontar la crisis sanitaria, social y económica provocada por la pandemia de la COVID-19 que se considera una “hoja de ruta“, en muchos aspectos muy acertada, para la reforma del SNS. El tema 2, “Recursos humanos y profesionales” lo expone inmediatamente después de la Gobernanza del sistema, lo que parece ser una expresión de prioridad. Destaca algunos puntos críticos, aunque no menciona otros como la plaza en propiedad o el ejercicio doble en la privada. Propone ciertas medidas que, si bien no muy rompedoras, podrían ser muy eficaces. Así, un sistema de selección de profesionales sanitarios y especialidades médicas abierto y permanente que combine una prueba nacional periódica de competencias (parecida a la acreditación nacional abierta permanentemente para el acceso a los cuerpos docentes universitarios), con una selección local por concurso, de adaptación a perfil y puesto, posibilitando que la mayoría de las vacantes (por ejemplo, jubilaciones) se puedan reponer antes de producirse.

Una muy reciente publicación de recomendable lectura expone estas cuestiones de forma sistemática y basada en un conocimiento profundo: “La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiación, organización y gestión”, de Ricard Meneu, Vicente Ortún y Rosa Urbanos, que se puede encontrar fácilmente en la web del *Centre de Recerca en Economia y Salut* de la *Universiada Pompeu Fabra* y de la que hay edición en catalán en papel.

2. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

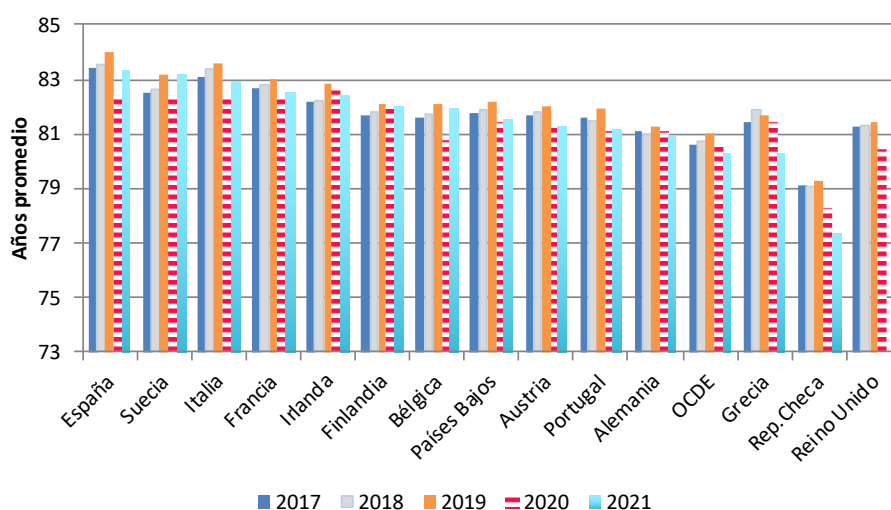
Esperanza de vida al nacer

Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, España lidera la clasificación europea.
Variación: positiva, después de una caída importante a causa de la pandemia, este indicador vuelve a repuntar y esta en vías de recuperar el nivel pre-pandemia

La pandemia fue el punto de inflexión en la esperanza de vida para la mayoría de los países del entorno (la caída en los países de la OCDE fue de 0,4 años) y especialmente para España. Aunque la bajada de este indicador en 2020 en España fue de 1,6 años respecto de 2019, en 2021 vuelve a repuntar 0,9 años respecto de 2020. Como se puede visualizar en el **Gráfico 1**, la esperanza de vida de España sigue siendo una de las mejores de Europa e incluso del mundo.

Gráfico 1: Esperanza de vida al nacer. Países seleccionados OCDE. 2017-2021



Fuente: OECD Stat. Notas: Promedio OCDE: 2020: sin Turquía; 2021: sin Canadá, Turquía y Reino Unido.

Esperanza de vida en buena salud

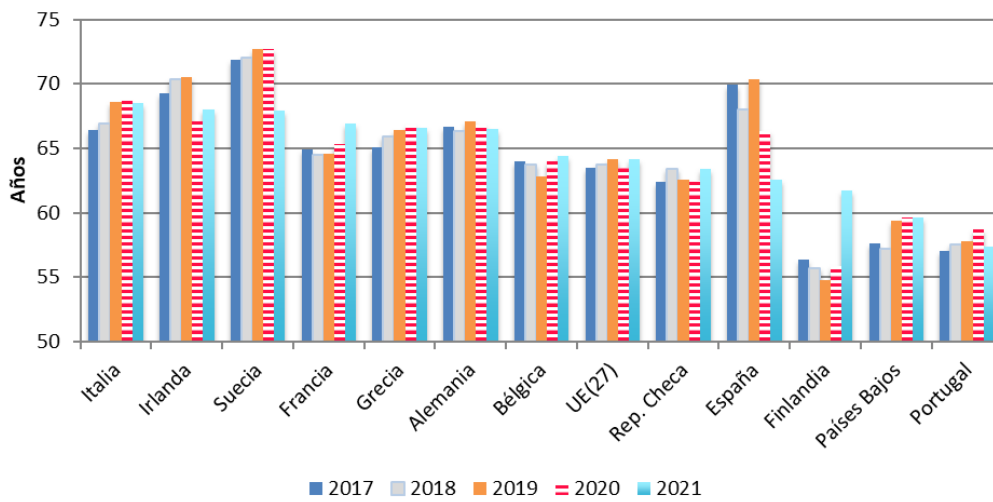
Actualización actual: negativa

Nivel: preocupante, la esperanza de vida en buena salud se encuentra relativamente peor, principalmente en las mujeres (1,6 años menos que la UE).
Variación: negativa, para las mujeres desciende cerca de 4 años y en los varones, 3 tanto en 2020 como 2021. Ambos se sitúan en valores inferiores a los de la pre-pandemia (año 2019).

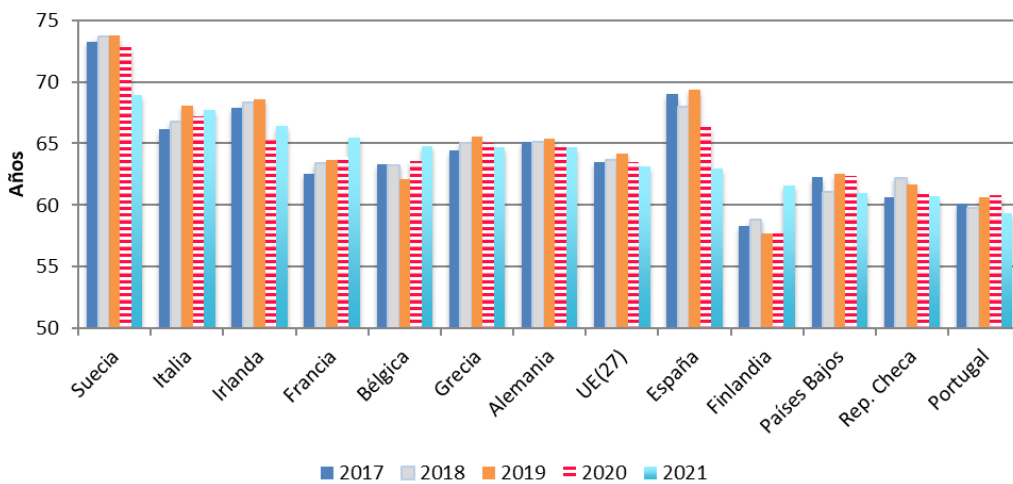
La esperanza de vida en buena salud se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). España no se encuentra bien posicionada en este indicador respecto de los países de la UE, situación que contrasta notablemente a la de la esperanza de vida al nacer (**Gráfico 2**). En España, contradiciendo lo observado para la

mayoría de los países europeos, que recuperaron parte del retroceso observado en 2020, en 2021 la esperanza de vida en buena salud para las mujeres disminuyó en 3,7 años respecto de 2020, situándose en 62,6 años, valor muy alejado del valor pre-pandemia, 70,4 años. En el caso de los varones, la disminución entre 2020 y 2021 de la esperanza de vida en buena salud fue de 3,3 años, situándose en 63 años, también por debajo del valor de 2019, 69,4 años. De momento, y asumiendo la ausencia de errores o cambios metodológicos en el indicador, sólo nos queda atribuir esta fuerte caída a la mayor intensidad del efecto de la pandemia en el caso español, por lo que esperamos que se recupere el nivel prepandemia en 2022 o 2023.

Gráfico 2: Esperanza de vida en buena salud al nacer por sexo. Países seleccionados Unión Europea (UE). 2017-2021
Mujeres



Varones



Fuente: Eurostat. Cortes en serie: 2019: Bélgica. 2020: Dinamarca, Alemania, Irlanda, Francia y Luxemburgo.

Número de años perdidos de vida potencial

Actualización actual: positiva

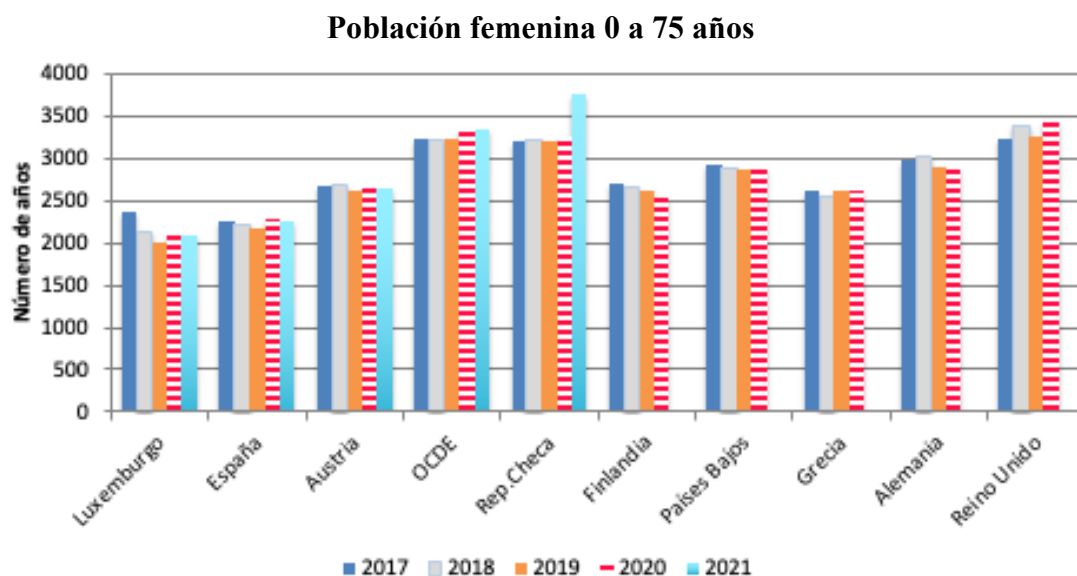
Nivel: positiva, España se encuentra entre los primeros puestos, aunque hay poca disponibilidad de datos para 2020 y 2021.

Variación: positiva, después de un aumento en 2020 en este indicador, en 2021 se registra una bajada de 76 años para el caso de los varones y de 43 años para las mujeres.

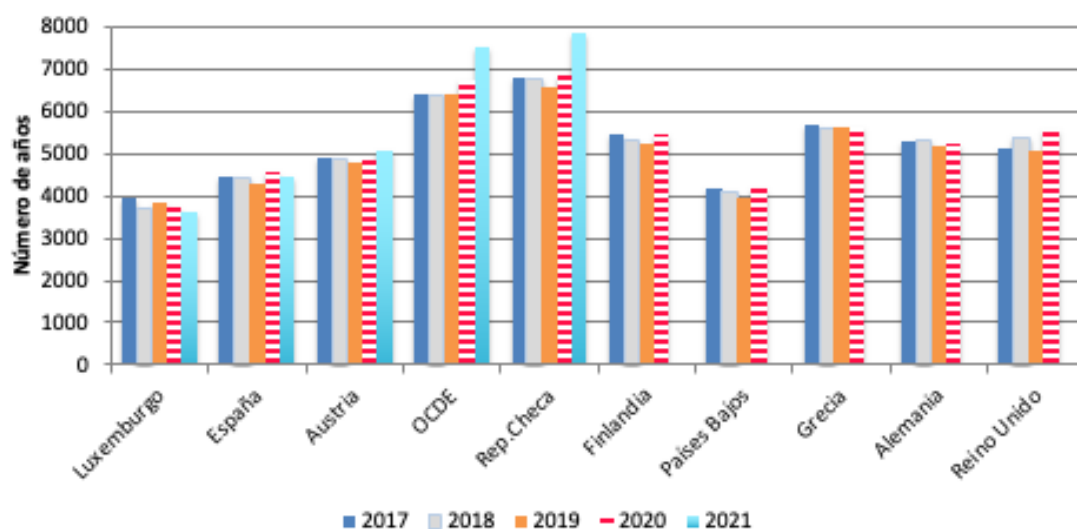
Este indicador se refiere a los años que una persona deja de vivir si fallece a una edad que no es la habitual de defunción fijada teóricamente para ese colectivo. Es una medida de la mortalidad prematura (que teóricamente se podría evitar). Tanto en varones como mujeres se puede observar en el **Gráfico 3** que España se ubica entre los países con menor número de años perdidos de vida potencial, después de Luxemburgo. Sin embargo, la disponibilidad de datos para este indicador es escasa y desconocemos el valor de varios países de nuestro entorno. Lo mismo sucede con el promedio de la OCDE especialmente para el año 2021 dado que solo 9 países reportaron el valor de este indicador.

En cuanto a la evolución, se destaca el considerable aumento del número de años perdidos de vida potencial para el caso de República Checa de 502 años para las mujeres y 1.000 años para los varones en 2021 con respecto a 2020. En España, después de un aumento en el año 2020 con respecto a 2019 de 281 años para los varones y 129 años para las mujeres, desciende en 2021 el número de años perdidos de vida potencial para ambos casos, 76 y 43 años, respectivamente.

Gráfico 3: Número de años de vida perdidos de vida potencial por cada 100.000 habitantes. Países seleccionados OCDE. 2017-2021



Población masculina 0 a 75 años



Fuente: OECD stat Notas: Promedio OCDE: 2017: sin Irlanda, Noruega, Nueva Zelanda, Turquía. 2018: sin Francia, Italia, Noruega, Nueva Zelanda, Turquía. 2019: sin Bélgica, Chile, Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, Suecia. 2020: sin Bélgica, Canadá, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, Eslovaquia, Suecia y Turquía. 2021: solo datos para Australia, Austria, República Checa, Estonia, Islandia, Letonia, Lituania, Luxemburgo y España.

Tasas estandarizadas de defunción por 100.000 habitantes¹

Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, España se posiciona entre los primeros puestos en este indicador en 2020 aunque no se presenta información suficiente para el año 2021 en la mayoría de los países. Variación: positiva, las tasas aumentan a causa de la pandemia para luego descender en 2021.

De los países con información disponible para 2020, se observa que España y Finlandia son aquellos con menores tasas estandarizadas de muertes por 100.000 habitantes (véase **Tabla 1**). En el otro extremo se encuentran República Checa y Polonia con tasas estandarizadas de muertes de más de 1.000 por 100.000 habitantes, superando el promedio de la OCDE (900 muertes por 100.000 habitantes).

Si comparamos estos datos con los de 2019 vemos el efecto de la pandemia en el agregado de muertes por todas las causas en todos los países, siendo España la que más aumentó su número de muertes por 100.000 habitantes en un 16% mientras Finlandia aumentó en este periodo un 1%. Según el tipo de causa, la que más aumentó en España es la tasa de muerte por suicidio por 100.000 habitantes en un 6% pero luego en 2021 disminuye afortunadamente en un 41%. Por otra parte, la que más descendió en 2020 respecto de 2019 fueron las enfermedades del sistema respiratorio en un 12% pero posteriormente

¹ Los datos se encuentran estandarizados por edad según la población de referencia del año 2015 de la OCDE tomando en cuenta las diferencias en la estructura etaria de las poblaciones de los países. Para más información: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=638c2ac2-5f0f-41ef-b2d9-2cfa1fd56429>

crece estrepitosamente en más del 120%, posiblemente como una de las secuelas respiratorias que ha dejado el COVID-19 en las personas infectadas.

En 2021, de los países con información, Austria muestra un aumento de la tasa de muertes por suicidio en un 47% respecto de 2020 pero un descenso en la tasa de muerte por enfermedades respiratorias del 43%, del sistema nervioso en un 26% y del sistema digestivo en un 14%. Para España se destaca la caída del 73% de la tasa de muerte por enfermedades del sistema nervioso, un 43% de la tasa de accidentes en medios de transporte, derivada de la menor movilidad observada al comienzo de la pandemia, y un 30% de caída en enfermedades del sistema circulatorio. Por otra parte, en República Checa se observan caídas menos pronunciadas ente el 5 y 8% en la tasa de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y nervioso, por ejemplo.

Países	Todas las causas	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema digestivo	Accidente transporte	Suicidios
España	-9%	2%	-30%	124%	-73%	-7%	-43%	-41%
Austria	8%	7%	54%	-43%	-26%	-14%	36%	47%
OCDE	9%	-5%	85%	-48%	-36%	-3%	27%	36%
Rep. Checa	7%	-1%	-5%	-8%	-5%	6%	-8%	2%

Tabla 1: Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes según la causa de muerte. Países seleccionados OCDE.

2020

Países	Todas las causas	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema digestivo	Accidente transporte	Suicidios
Finlandia	774.1	186.7	254.3	23.8	142.6	38.0	36.2	12.9
España	777.7	185.8	182.5	64.4	42.3	34.5	19.8	7.5
Países Bajos	821.2	217.2	171.2	50.5	40.8	23.9	35.0	10.0
Grecia	828.7	211.7	278.9	73.7	26.3	22.2	26.3	3.9
Austria	844.3	196.6	294.6	44.4	31.3	30.2	29.0	10.8
Alemania	850.0	206.2	282.4	52.4	30.2	38.2	25.2	9.7
Reino Unido	895.9	221.8	196.3	88.6	58.6	42.6	27.4	8.4
OCDE	901.1	204.4	285.3	63.1	39.2	39.0	31.8	11.3
Rep. Checa	1117.2	229.3	445.8	70.9	36.8	43.1	33.0	10.9
Polonia	1169.8	262.0	428.5	70.6	19.7	45.9	32.9	11.5

Variación porcentual tasas estandarizadas por 100.000 habitantes. 2020-2019

Países	Todas las causas	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema digestivo	Accidente transporte	Suicidios
Finlandia	1%	2%	-1%	-13%	3%	6%	-3%	-4%
Alemania	2%	-1%	-1%	-10%	1%	2%	-2%	1%
Grecia	3%	2%	1%	-9%	12%	-4%	1%	-15%
OCDE	7%	-3%	-2%	-12%	5%	1%	4%	1%
Austria	8%	0%	-1%	-10%	0%	4%	7%	-5%
Reino Unido	13%	-1%	2%	-15%	10%	8%	3%	-2%
Países Bajos	13%	0%	0%	-15%	-2%	7%	9%	0%
Rep. Checa	14%	-2%	5%	-1%	11%	0%	-4%	2%
Polonia	15%	7%	6%	4%	18%	6%	1%	-1%
España	16%	-2%	1%	-12%	4%	-3%	-2%	6%

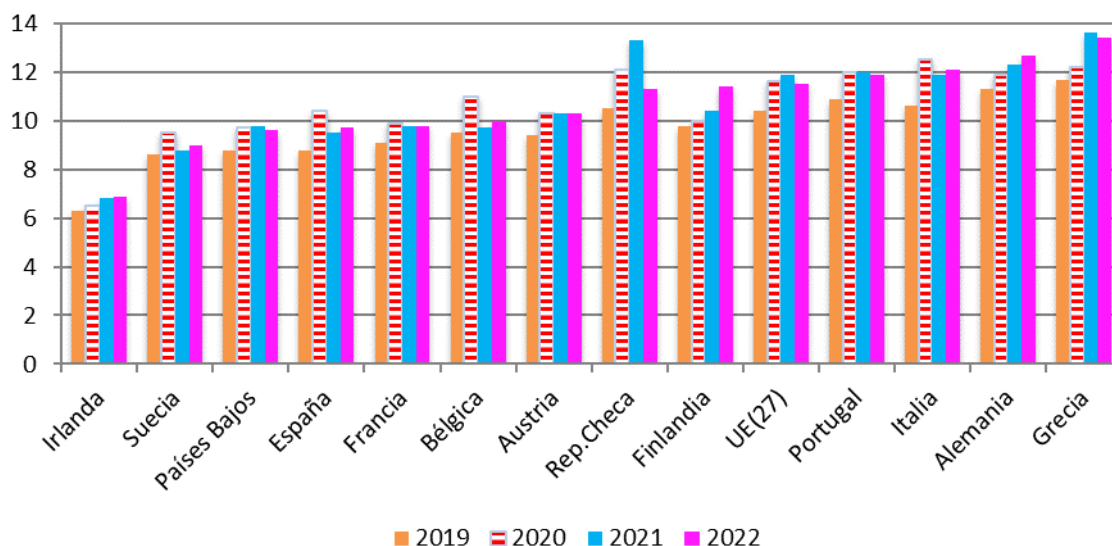
Variación porcentual tasas estandarizadas por 100.000 habitantes. 2021-2020

Países	Todas las causas	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema digestivo	Accidente transporte	Suicidios
España	-9%	2%	-30%	124%	-73%	-7%	-43%	-41%
Austria	8%	7%	54%	-43%	-26%	-14%	36%	47%
OCDE	9%	-5%	85%	-48%	-36%	-3%	27%	36%
Rep. Checa	7%	-1%	-5%	-8%	-5%	6%	-8%	2%

Fuente: OECD Stat. Notas: Promedio OCDE: 2017: sin Irlanda, Noruega, Nueva Zelanda, Turquía. 2018: sin Francia, Italia, Noruega, Nueva Zelanda, Turquía. 2019: sin Bélgica, Chile, Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, Suecia. 2020: sin Bélgica, Canadá, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, Eslovaquia, Suecia y Turquía. 2021: solo datos para Australia, Austria, República Checa, Estonia, Islandia, Letonia, Lituania, Luxemburgo y España.

De manera complementaria, presentamos la tasa bruta de mortalidad que brinda Eurostat con más información actualizada, esto es simplemente el número de muertes por cada 1.000 habitantes sin ajustar por la estructura poblacional de cada país. Puede verse en el **Gráfico 4**, que España se sigue manteniendo entre los países, junto con Irlanda, Suecia y Países Bajos, con menor tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes, por debajo de los países de la UE.

Gráfico 4: Tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes. Países seleccionados UE. 2019-2022



Fuente: Eurostat.

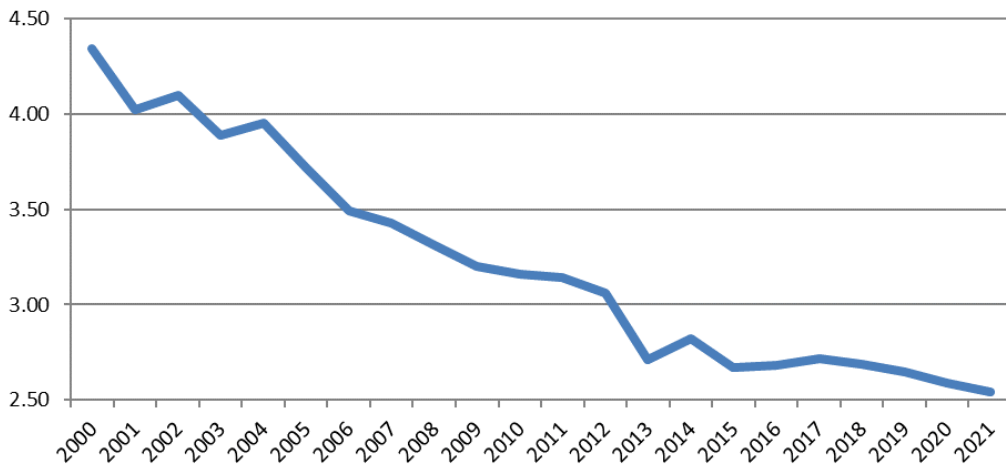
Mortalidad infantil

Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, España está bien posicionada frente a los países de la OCDE.
Variación: positiva, desde hace unos años este indicador muestra una senda decreciente.

La mortalidad infantil en España viene transitando un camino alentador desde 2018, después de un ligero estancamiento, pasa de 2,69 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2018 a 2,54 en 2021, un decrecimiento de casi el 6% (Véase **Gráfico 5**).

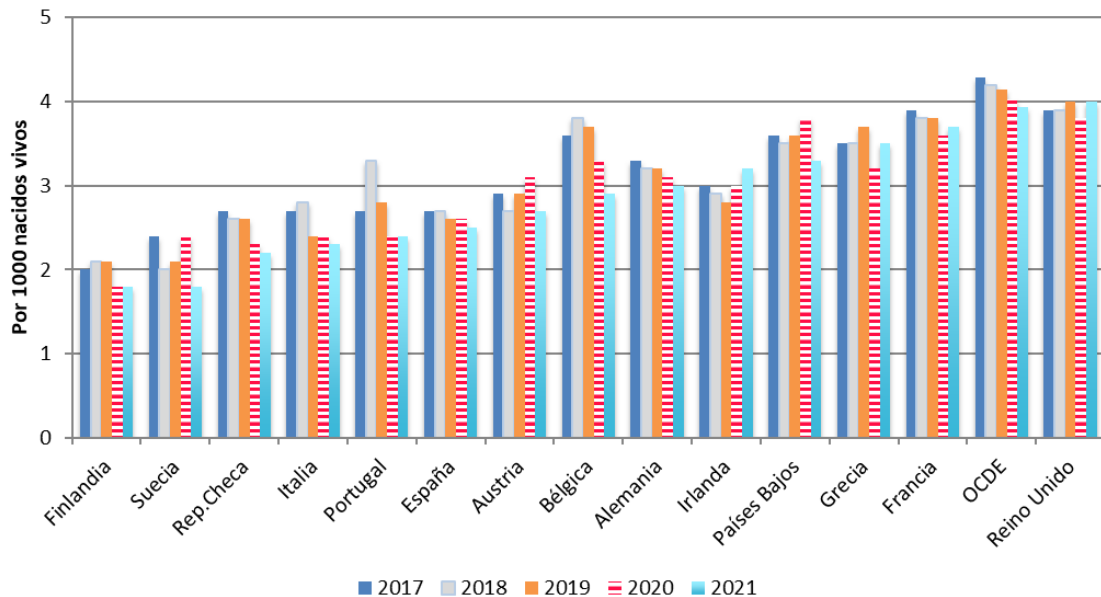
Gráfico 5: Mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos. España. 2000-2021



Fuente: INE.

En términos comparativos (**Gráfico 6**), si bien España se encuentra por detrás de Finlandia, Suecia y los países de Europa del sur como Italia y Portugal, se encuentra bien posicionada respecto del promedio de la OCDE (3,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos). Se destaca también la bajada en este indicador en Suecia, Bélgica, Austria y Países Bajos que desciende entre 0,4 a 0,6 décimas en 2021 respecto de 2020.

Gráfico 6: Mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos. Países seleccionados OCDE. 2017-2021



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2019-2021: sin Nueva Zelanda. 2021: sin Canadá y Estados Unidos.

Bajo peso al nacer

Actualización actual: preocupante

Nivel: preocupante, España está por encima del promedio de la OCDE, muy por detrás de Finlandia y Suecia.

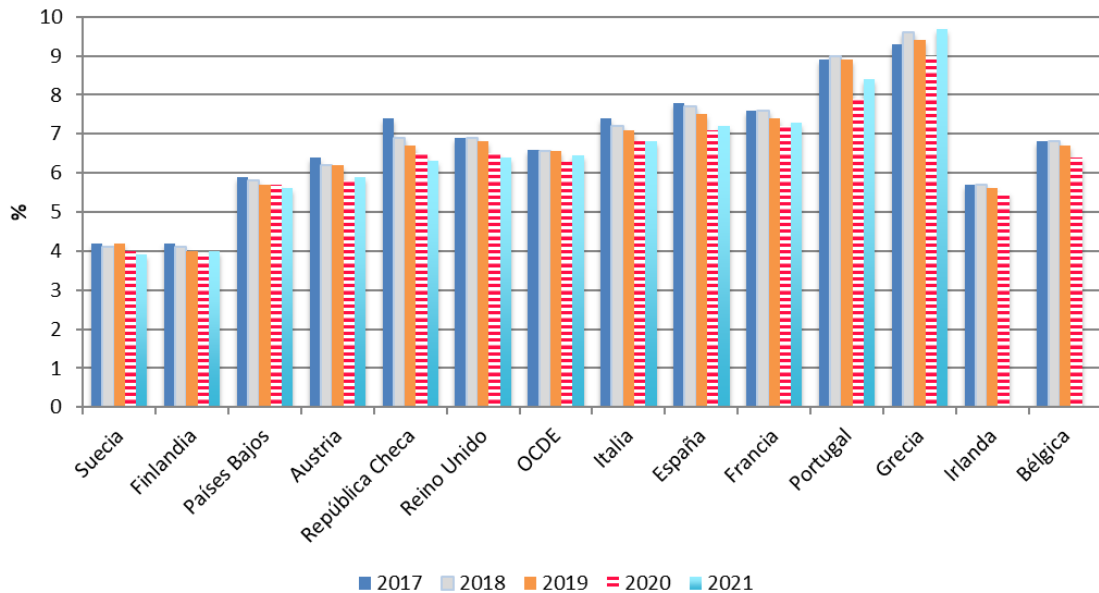
Variación: positiva, viene descendiendo desde 2018 a pesar de una leve subida en 2021 de 0,1 pp.

A nivel comparativo, la fracción de nacidos con peso anormalmente bajo en España se encuentra 0,7 pp por encima del promedio de la OCDE (7,2% en España frente a 6,5% en la OCDE en 2021). Países como Suecia y Finlandia llevan la delantera en este indicador, cerca del 4% (**Gráfico 7**).

En cuanto a la evolución en España, la fracción de nacidos con peso anormalmente bajo muestra signos de recuperación en toda la serie presentada. Se verifica desde 2018 una disminución sistemática en este indicador a pesar de la ligera subida en 2021 de 0,1 pp. En total, desciende 0,6 pp en 2021 respecto de 2017, siendo de 7,2%.

En términos generales hay muy leves alzas o bajas de 0,1 pp aunque las subidas más destacadas se perciben en Portugal y Grecia (además que son los países con mayor fracción de nacidos con peso anormalmente bajo), aumentando 0,5 y 0,7 pp en 2021 respecto de 2020, respectivamente.

Gráfico 7: Porcentaje de niños nacidos con un peso anormalmente bajo. Países seleccionados OCDE. 2017-2021



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2017-2021: sin Alemania. 2021: sin Bélgica e Irlanda.

Estado de salud percibido

Actualización actual: preocupante

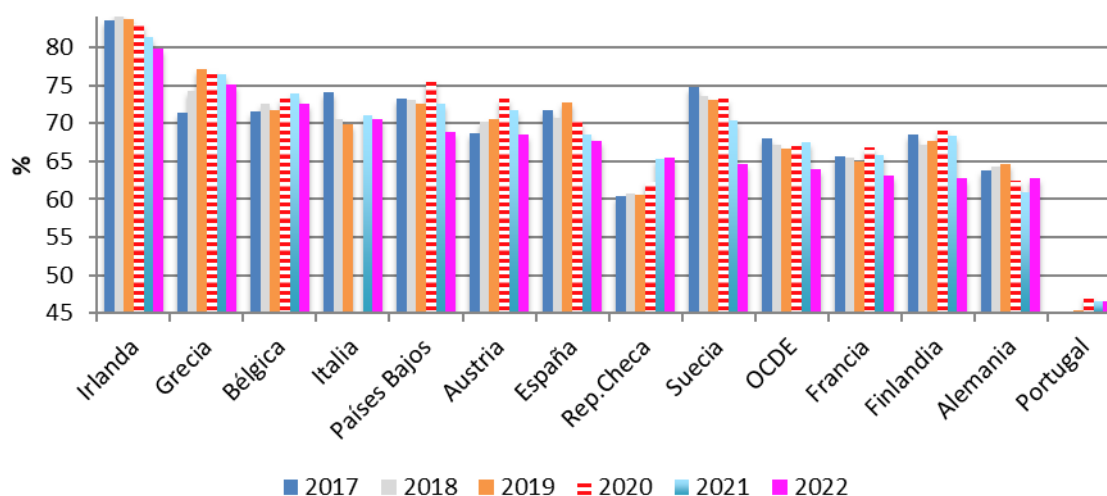
Nivel: positivo, España se posiciona bien en términos relativos, por encima del promedio de la OCDE.

Variación: negativa, tanto en 2021 como 2022 se perciben caídas en este indicador.

En términos relativos, España se posiciona por delante del promedio de la OCDE en casi 4 pp: 67,6% de las personas de 15 años o más afirma tener buena o muy buena salud en España mientras que en el promedio de la OCDE este valor es de 63,9% para el año 2022. Países como Irlanda y Grecia ocupan los primeros puestos en este indicador (entre un 75% y 79%) mientras que Portugal se encuentra a la cola de la distribución con un 46,6% que afirma gozar de buena o muy buena salud (**Gráfico 8**).

Para España se observa un retroceso en este indicador durante los últimos años tras la pandemia. En 2020 la bajada en este indicador fue de 2,4 pp con respecto a 2019. Posteriormente, si bien la caída es menos pronunciada, desciende en 2021 1,8 pp y en 2022 0,9 pp respecto de 2021. Dos países con caídas mucho más negativas fueron Suecia y Finlandia donde se observó un descenso en 2022 respecto de 2021 de 5,8 y 5,6 respectivamente.

Gráfico 8: Porcentaje de la población mayor de 15 años con buena o muy buena salud. Países seleccionados OCDE. 2017-2022



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2017: sin Colombia, Costa Rica, Japón y Corea. 2018: sin Australia, Chile y Japón. 2019: sin Australia, Chile, Costa Rica, Islandia y Corea. 2020: sin Australia, Colombia, Costa Rica, Islandia, Italia, Japón y Reino Unido. 2021: sin Australia, Colombia, Costa Rica, Islandia, Japón, Corea, Noruega, Reino Unido. 2022: sin Australia, Canadá, Colombia, Chile, Costa Rica, Islandia, Israel, Japón, Noruega, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

Enfermedades crónicas/de larga duración

Actualización actual: preocupante

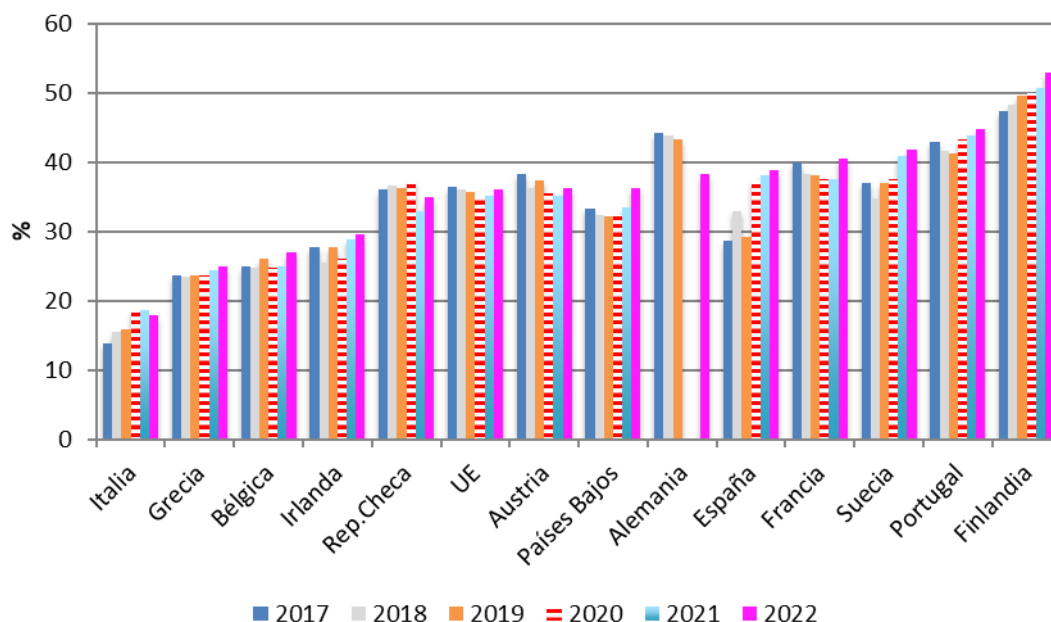
Nivel: preocupante, por encima del promedio de la Unión Europea.

Variación: preocupante, hay pequeñas subidas en 2021 y 2022.

En el Gráfico 9 reflejamos la proporción de la población que afirma tener problemas de salud o padecer alguna enfermedad de larga duración. En la mayoría de países se puede observar, después del gran salto observado en el año de la pandemia, un aumento de la incidencia de estas enfermedades en 2022 con respecto a 2021 y más aún una gran parte de estos países está lejos de los valores del año 2017. Tal es el caso de España, donde en 2017 el 28,6% de la población sufría algún problema crónico y en 2022 este porcentaje se eleva al 38,9%.

En términos comparativos, España se encuentra ligeramente por encima de los países de la UE en casi 3 pp y más distante aún de los países de Europa del Sur como Italia y Grecia que son los que reportan un menor porcentaje de la población con alguna enfermedad de larga duración, 17,9% y 24,9%, respectivamente. La excepción es Portugal, donde sucede exactamente lo opuesto, como en el indicador anterior.

Gráfico 9: Porcentaje de la población con algún problema de salud o enfermedad de larga duración. Países seleccionados OCDE. 2017-2022



Fuente: Eurostat.

PROPORCIÓN DE MUERTES POR DESORDENES MENTALES

Actualización actual: preocupante

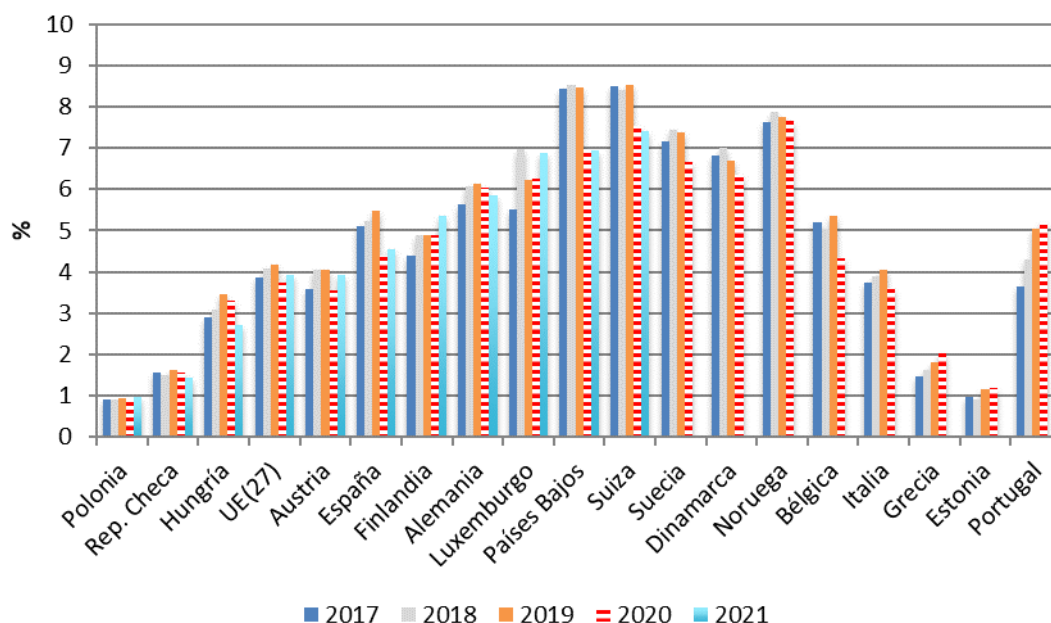
Nivel: preocupante, por encima de la UE.

Variación: preocupante, en 2021 se observa un ligero ascenso respecto de 2020.

Cerca del 4% del total de muertes en la UE se han atribuido a desórdenes mentales en 2021, siendo los países de Europa Central como Polonia, República Checa y Hungría los que menor porcentaje reportan, 1%, 1,4% y 2,7%, respectivamente (**Gráfico 10**). A excepción de Hungría, República Checa y Alemania, en el resto de países con información disponible en 2021, las tasas de muerte por desórdenes mentales aumentaron respecto de 2020 (en promedio en la UE 0,2 pp).

Por su parte, en España el 4,6% del total de muertes son producidas por desórdenes mentales en 2021. Si bien aumenta ligeramente en 2021 respecto de 2020 (0,2 pp), este valor sigue siendo inferior al reportado en el año 2017 (5,1%), superando ligeramente al promedio de la UE.

Gráfico 10: Proporción de muertes por desórdenes mentales sobre el total de muertes. 2017-2021. Países seleccionados de la UE.

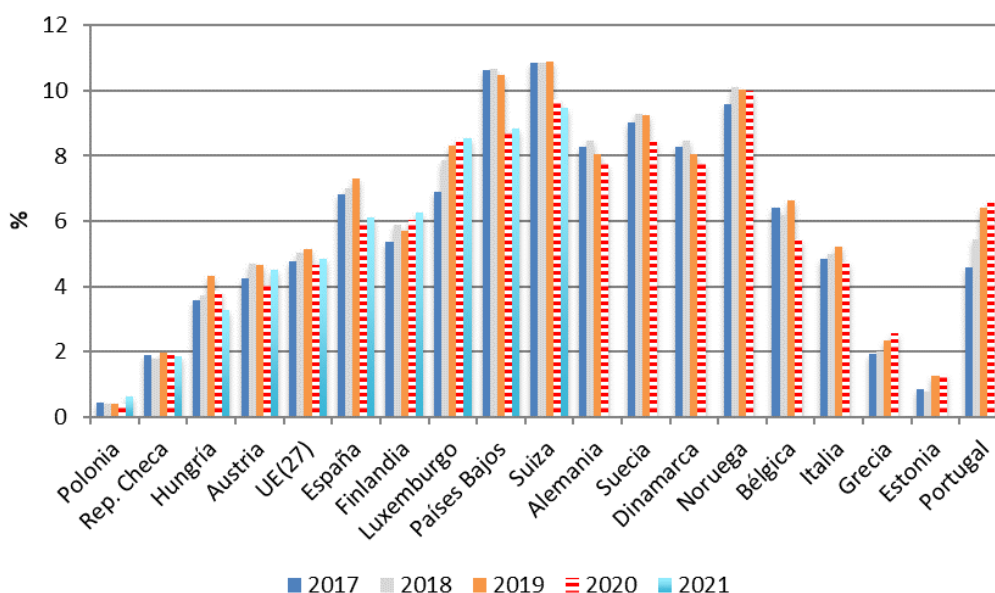


Fuente: Eurostat. Notas: Promedio 2021: sin datos para Bélgica, Dinamarca, Estonia, Irlanda, Grecia, Francia, Croacia, Italia, Malta, Portugal, Rumanía, Eslovenia, Suecia, Islandia, Noruega, Reino Unido y Turquía.

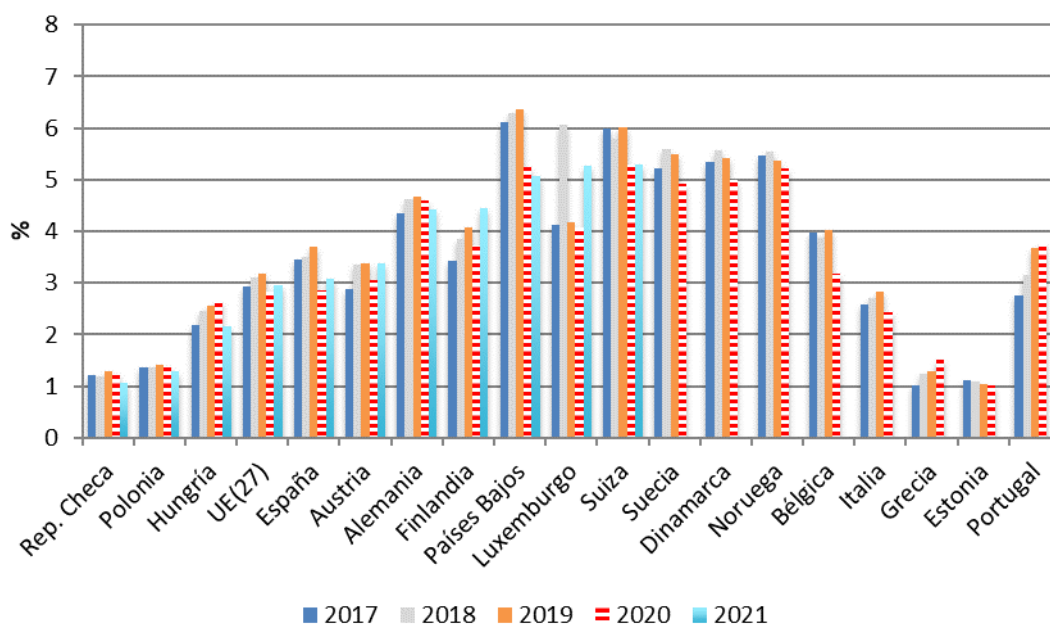
Si analizamos este indicador por sexo, se observa una mayor prevalencia de muertes por trastornos mentales en las mujeres que en los varones en el promedio de la UE, 4,8% en las mujeres y 2,9% en los varones (**Gráfico 11**). En el caso de España, el porcentaje de mujeres fallecidas por desórdenes mentales es muy superior al promedio de la UE, 6,1% para el año 2021. Alternativamente, en los varones, esta proporción es mucho menor y similar al promedio de la UE (3,1%).

Gráfico 11: Proporción de muertes por desórdenes mentales sobre el total de muertes según sexo 2017-2021. Países seleccionados de la UE.

Mujeres



Varones



Fuente: Eurostat, Fuente: Eurostat. Notas: Promedio 2021: sin datos para Bélgica, Dinamarca, Estonia, Irlanda, Grecia, Francia, Croacia, Italia, Malta, Portugal, Rumanía, Eslovenia, Suecia, Islandia, Noruega, Reino Unido y Turquía.

3. INDICADORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Consumo de tabaco

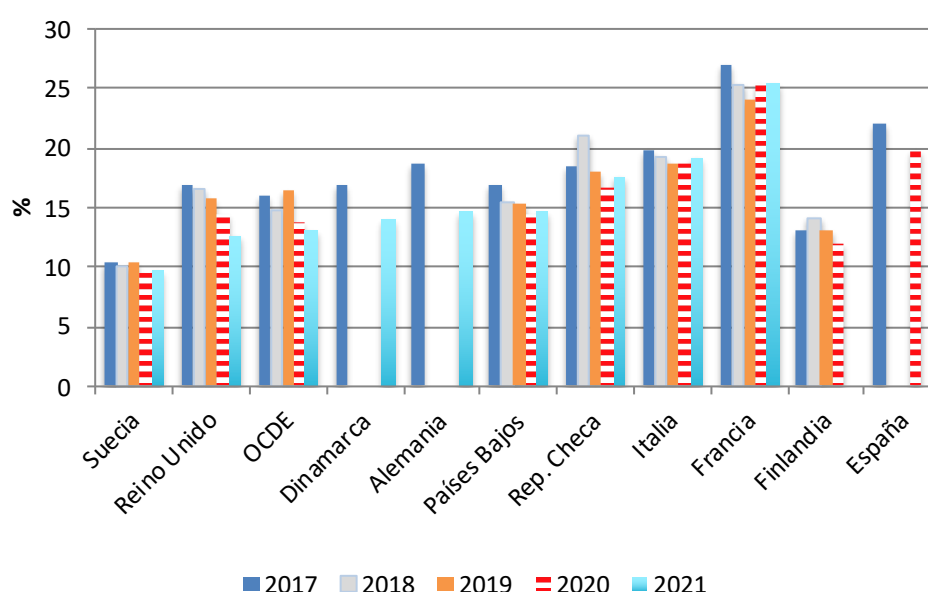
Actualización actual: positiva

Nivel: preocupante, por encima del promedio de la OCDE.
 Variación: positiva, hay un descenso en el consumo en 2020 respecto de 2017.

A simple vista se puede ver el descenso en el consumo de tabaco entre 2021 y 2017 en los países de la OCDE presentados en el **Gráfico 12**. En el promedio de la OCDE con información disponible, este descenso es del orden de 3 pp: en 2017 el 16% de la población de 15 años o más afirmaban ser fumadores diarios y dicho porcentaje alcanza el 13,2% en 2021. Países como Alemania y Reino Unido muestran una caída todavía más pronunciada de 4 pp en dicho periodo.

En el caso de España, los datos últimos son del año 2020 porque se refieren a la última Encuesta de Salud disponible. También se observa una caída en 2020 respecto de 2017 de 2,3 pp, pasando de un 22,1% en 2017 al 19,8% en 2020. En perspectiva comparada, España se encuentra aún lejos del promedio de la OCDE.

Gráfico 12: Porcentaje de la población de 15 años o más que son fumadores diarios. Países seleccionados OCDE. 2017-2021.



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2017: Sin Australia, Austria, Bélgica, Chile, Colombia, Estonia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, México, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia y Turquía. 2018: Sin Australia, Austria, Chile, Colombia, Dinamarca, Alemania, Grecia, Hungría, Israel, Letonia, Lituania, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suiza y Turquía. 2019: Sin Bélgica, Chile, Colombia, Dinamarca, Estonia, Alemania, México, España y Suiza. 2020: Sin Australia, Austria, Bélgica, Colombia, Dinamarca, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Japón, Israel, Letonia, Lituania, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, Suiza y Turquía. 2021: Sin Australia, Austria, Bélgica, Chile, Colombia, Estonia, Finlandia, Grecia, Hungría, Israel, Japón, Letonia, Lituania, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suiza y Turquía. Para España los datos pertenecen a las Encuestas Nacionales y Europeas de Salud.

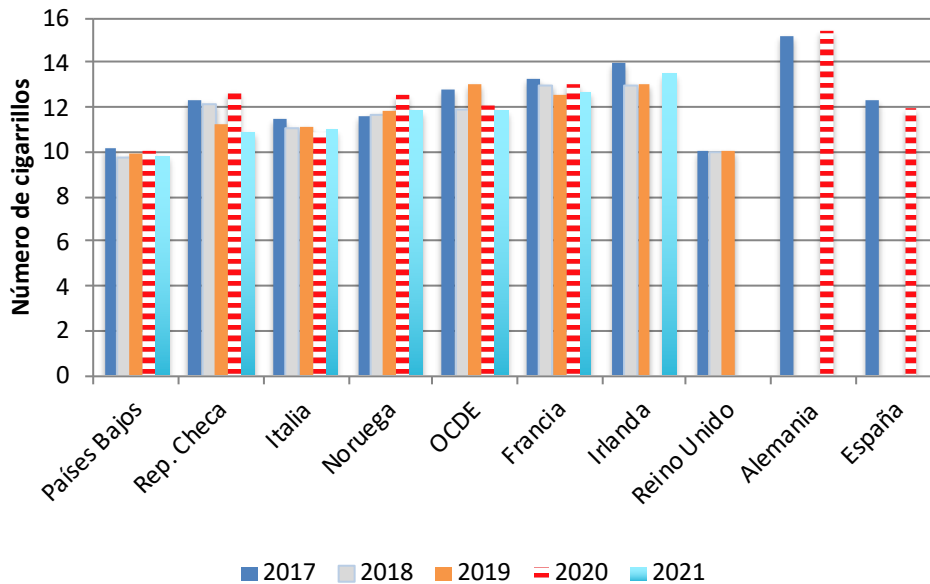
Número de cigarrillos consumidos al día

Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, ligeramente por debajo del promedio de la OCDE.
 Variación: positiva, desciende ligeramente en 2020 respecto de 2017.

En general, para todos los países con información disponible se observan descensos en el consumo diario de cigarrillos por día en 2021 respecto de 2017, siendo el promedio de la OCDE de 11,8 cigarrillos consumidos por día por fumador (**Gráfico 13**). Para el caso de España, para el año 2020 (última información disponible) el consumo diario disminuyó en 3 décimas respecto del año 2017 y se encuentra para ese año en similar situación que el promedio de la OCDE (solo una décima de diferencia).

Gráfico 13: Número de cigarrillos consumidos al día por fumador. Países seleccionados OCDE. 2017-2021.



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2017: 2017: Sin Australia, Austria, Bélgica, Chile, Colombia, Estonia, Finlandia, Grecia, Hungría, Letonia, Luxemburgo, Lituania, México, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia y Turquía. 2018: Sin Australia, Austria, Chile, Colombia, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Hungría, Israel, Luxemburgo, Lituania, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suiza y Turquía. 2019: Sin Bélgica, Chile, Colombia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Alemania, Letonia, México, España y Suiza. 2020: Sin Australia, Austria, Bélgica, Colombia, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Hungría, Irlanda, Japón, Israel, Luxemburgo, México, Lituania, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, Suiza, Turquía y Reino Unido. 2021: Sin Australia, Austria, Bélgica, Chile, Colombia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Alemania, Grecia, Hungría, Israel, Japón, Letonia, Luxemburgo, Lituania, México, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suiza, Turquía y Reino Unido. Para España los datos pertenecen a las Encuestas Nacionales y Europeas de Salud.

Víctimas de accidentes de tráfico

Actualización actual: preocupante

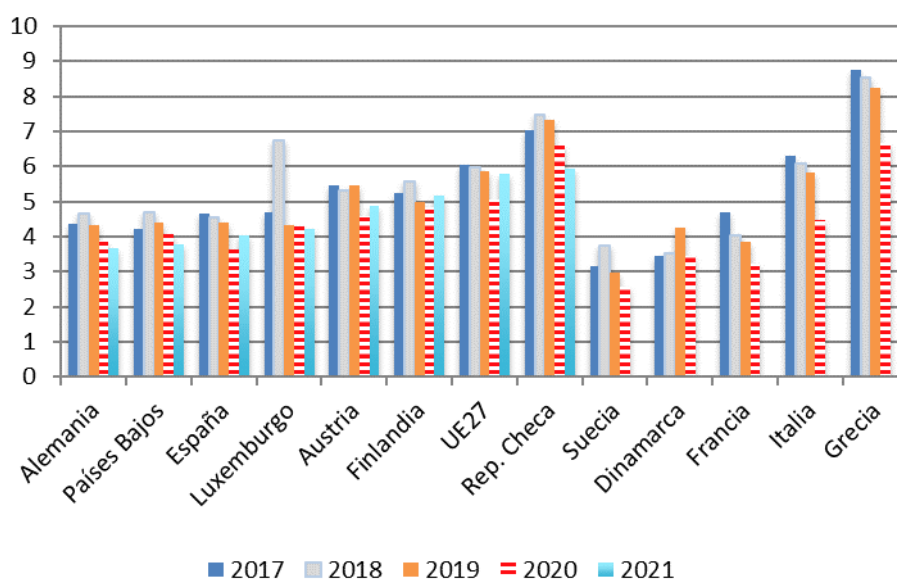
Nivel: positivo, bastante por debajo del promedio de la UE.

Variación: preocupante, en 2021 este indicador aumenta 4 décimas respecto de 2020.

En el **Gráfico 14** mostramos las muertes por accidentes de tráfico por cada 100.000 personas. A nivel internacional, España se encuentra muy por debajo del promedio de la UE, con 4 víctimas mortales en accidentes de tráfico por cada 100.000 habitantes en comparación con las 5,8 muertes de la UE.

Con la pandemia debido a las restricciones impuestas a la movilidad se puede ver como las muertes por accidentes de tráfico descienden en todos los países seleccionados en 2020 respecto de 2019, siendo de 8 décimas la caída en el promedio de la UE y España. Para el año 2021, de los países con información disponible tanto España como Austria y Finlandia ven incrementadas las muertes por accidentes de tráfico en 3 -4 décimas en relación al 2020.

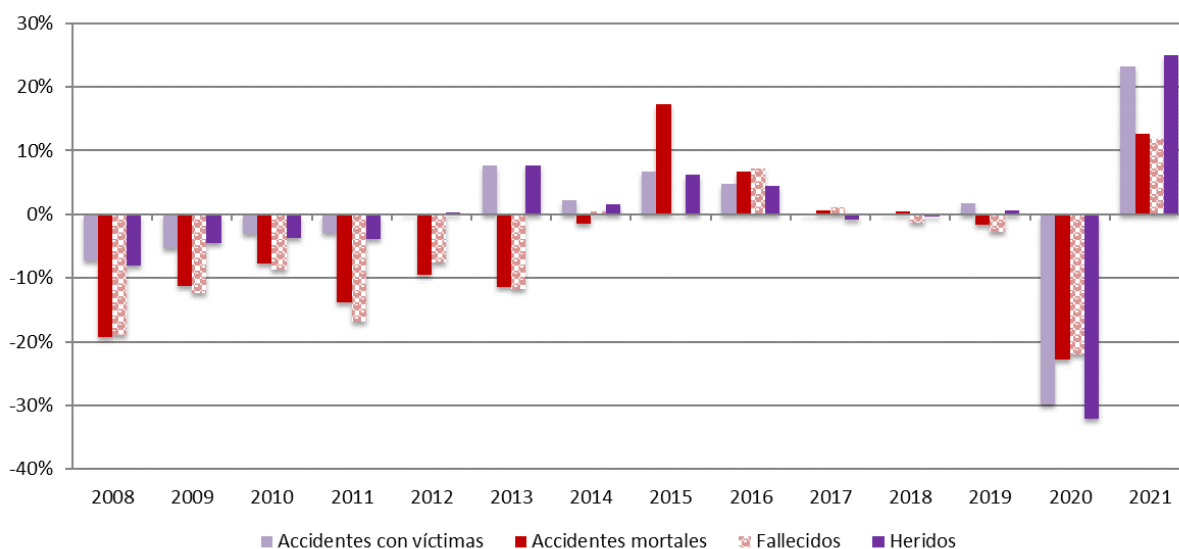
Gráfico 14: Muertes por accidentes de tráfico por cada 100.000 personas. Países seleccionados de la UE. 2017-2021



Fuente: Eurostat. Promedio UE27: 2021: Sin Bélgica, Dinamarca, Estonia, Irlanda, Grecia, Francia, Croacia, Italia, Malta, Portugal, Rumanía, Eslovenia, Suecia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Turquía.

Para complementar esta información disponemos de datos de la Dirección General de Tráfico para España y como comentábamos anteriormente, durante la pandemia la bajada fue muy sustancial y en 2021 repunta considerablemente el número de fallecidos en carreteras: los accidentes mortales aumentan en un 13%, el número de fallecidos un 12% y el número de heridos varía en un 25% en 2021 respecto de 2020.

Víctimas de accidentes de tráfico. Variación interanual del número de víctimas. España. 2008-2021



Fuente: Dirección General de Tráfico.

Frecuencia de accidentes de trabajo

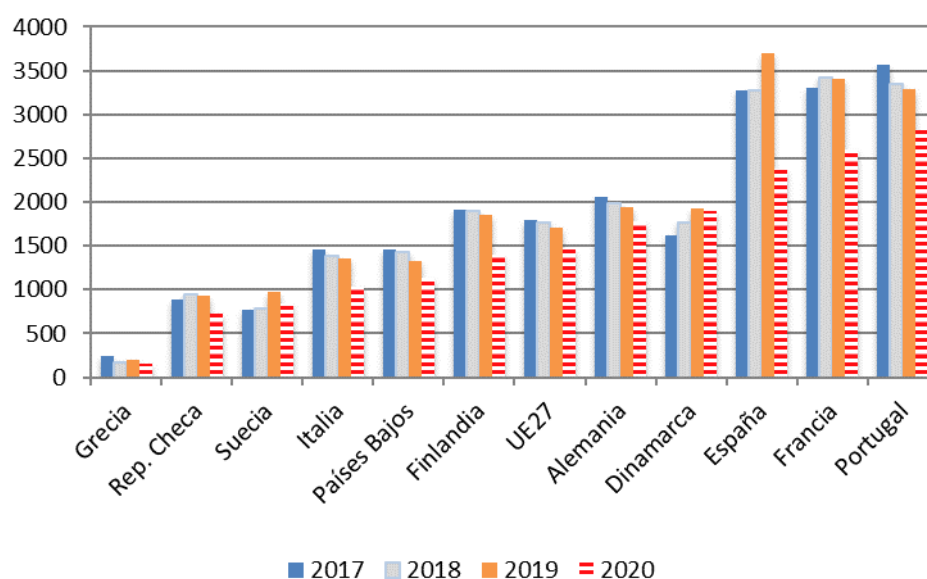
Actualización actual: preocupante

Nivel: preocupante, según los últimos datos disponibles del 2020, España se encuentra bastante alejada de la UE.

Variación: preocupante, desciende considerablemente en 2020 a causa de la pandemia y luego aumenta en 2021 y en 2022 se mantiene estable.

Los accidentes de trabajo no fatales en todos los países presentados de la UE se reducen mucho a causa de la pandemia. La adopción del teletrabajo o bien el cese de algunas actividades por los meses de cuarentena produjo menos exposición a los accidentes en el trabajo. El **Gráfico 15** muestra la tasa estandarizada (que se ajusta por el tipo de sector económico, dado que hay sectores como el de la construcción que está más expuesto a sufrir accidentes)² de incidencia de accidentes de trabajo no fatales por cada 100.000 trabajadores hasta el año 2020 (no se encuentra disponible hasta el momento información del año 2021 para este indicador). Se puede apreciar que España se encuentra alejada del promedio de la UE, 2.384 casos frente a los 1.466 de la UE para el año 2020.

Gráfico 15: Tasa estandarizada de incidencia de accidentes de trabajo no fatales por cada 100.000 trabajadores. Países seleccionados OCDE. 2017-2020



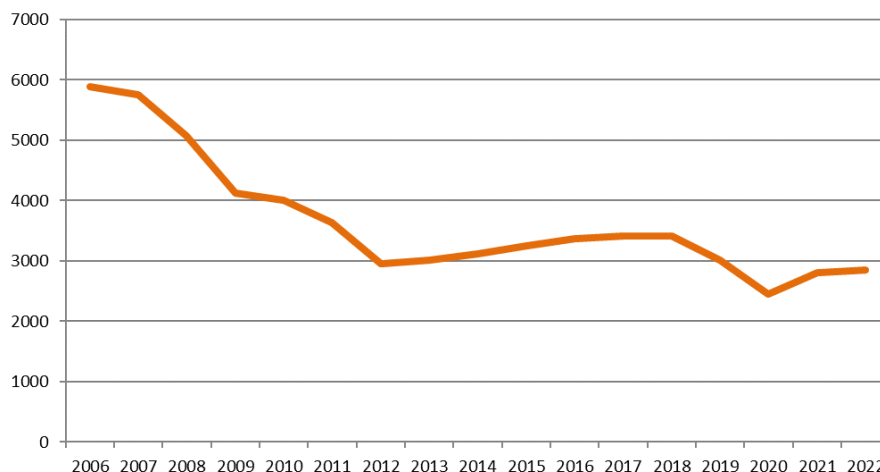
Fuente: Eurostat.

En el Gráfico siguiente brindamos información actualizada para España de este indicador elaborado por el Ministerio de Trabajo y Economía Social. Efectivamente se ve el descenso de casi un 20% en el año 2020 respecto de 2019 pero en los años posteriores se percibe un aumento, especialmente en 2021 de un 14% (2.810 casos) para luego crecer a un ritmo mucho menor, del 1% entre 2021 y 2022 (2.852 casos). Se debe destacar que la evolución de los accidentes desde 2006 en España sigue una tendencia descendente a pesar de estos incrementos en los años post pandemia.

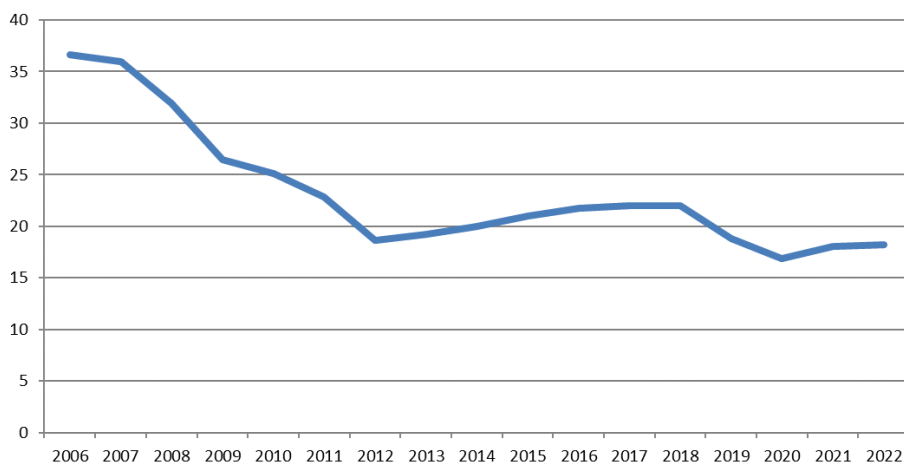
² Más detalle sobre el cálculo de la tasa de incidencia estandarizada:
https://ec.europa.eu/eurostat/documents/53621/11560821/hsw_acc_work_esms_an2.pdf

También para complementar, mostramos la variación en el índice de frecuencia de accidentes de trabajo con baja en jornada por cada millón de horas trabajadas. En la actualidad vemos que aumenta tras la pandemia en un 7% respecto de 2020 y se mantiene relativamente estable en 2022 hasta alcanzar una ratio de 18,2. Sin embargo, este indicador se ha comportado satisfactoriamente, superando los valores pre crisis por ejemplo (ratio de 36 en 2007).

Índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja (accidentes por 100.000 trabajadores). España. 2006-2022.



Índice de frecuencia de accidentes de trabajo con baja. España. 2006-2022.



Fuente: Estadísticas de accidentes de trabajo, Ministerio de Trabajo y Economía Social.

Obesidad

Actualización actual: positiva

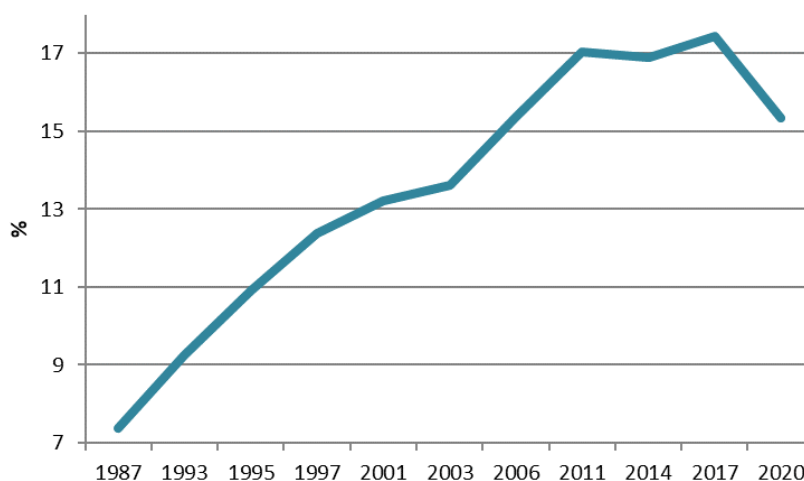
Nivel: positivo, España registra un porcentaje menor de obesidad respecto del promedio de la OCDE (año 2020, sin datos para 2021 para España).

Variación: positiva, los últimos datos indican una bajada en este indicador.

Los últimos datos disponibles para España son del año 2020 (la próxima encuesta nacional de salud se publicará posiblemente en el año 2024) y se puede ver en el **Gráfico**

16, que en este año se percibió una bajada del 12% respecto de 2017 después de llevar unos años en alza.

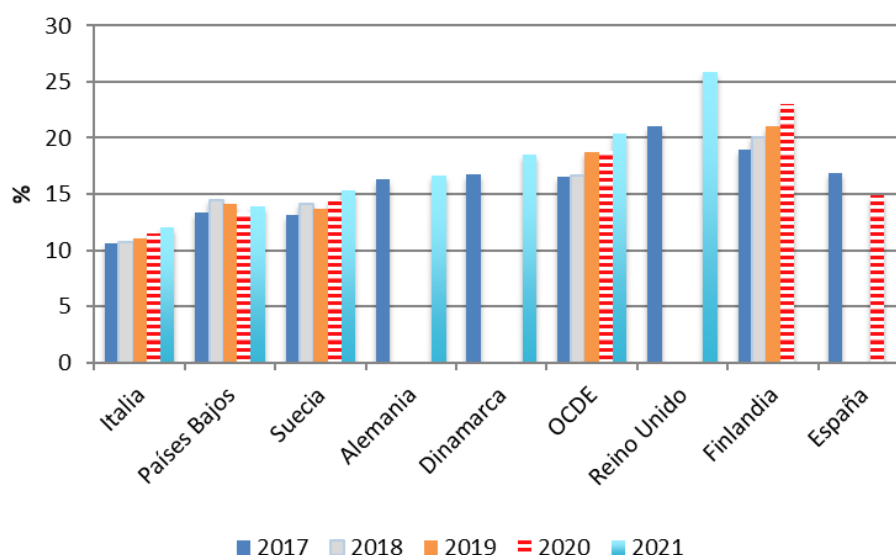
Gráfico 16: Porcentaje de personas obesas sobre el total de la población. España. 1987-2020



Fuente: OECD Stat. Encuestas Nacionales y Europeas de Salud para España.

A nivel comparativo, para el año 2020, España (14,8%) se encuentra más alejada que la OCDE (18,8%), aunque los datos se deben tomar con cautela dado que hay pocos países con información disponible. Países con menor porcentaje de obesidad son Italia y Países Bajos entre un 12% y 13%.

Gráfico 17: Porcentaje de personas obesas sobre el total de la población. Países seleccionados OCDE. 2017-2021



Fuente: OECD Stat. Notas: Promedio OCDE: 2017: Sin Bélgica, Chile, Costa Rica, República Checa, Estonia, Grecia, Islandia, Irlanda, Noruega, República Eslovaca, Eslovenia y Turquía. 2018: Sin Australia, Austria, Chile, Costa Rica, República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Polonia, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suiza, Turquía y Reino Unido. 2019: Sin Australia, Bélgica, Chile, Costa Rica, Dinamarca, Estonia, Alemania, Corea, Letonia, Lituania, España, Suiza y Reino Unido. 2020: solo Canadá, Estonia, Finlandia, Israel, Italia, Países Bajos, España, Suecia y Estados Unidos. 2021: solo Canadá, Chile, Dinamarca, Alemania, Italia, Países Bajos, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos.

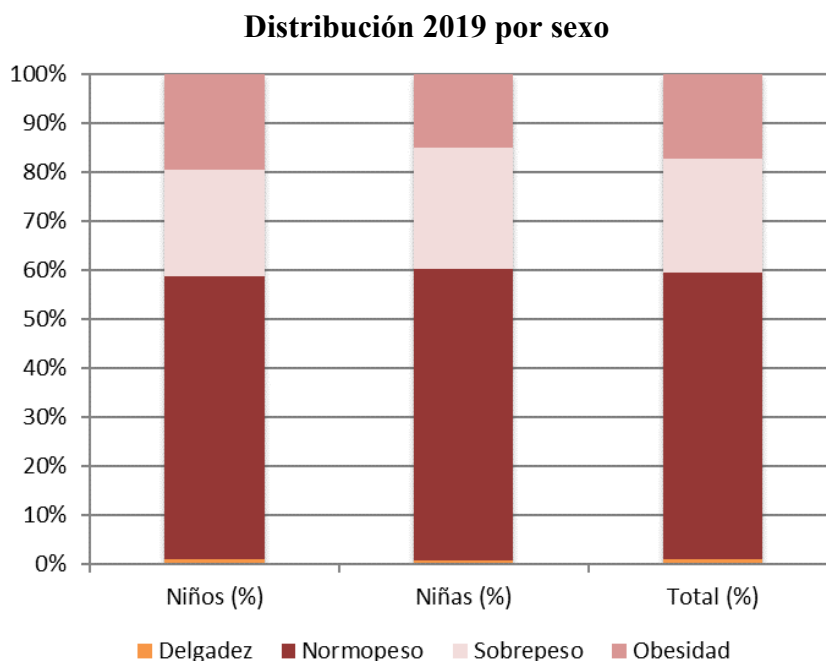
Obesidad infantil

Actualización actual: preocupante

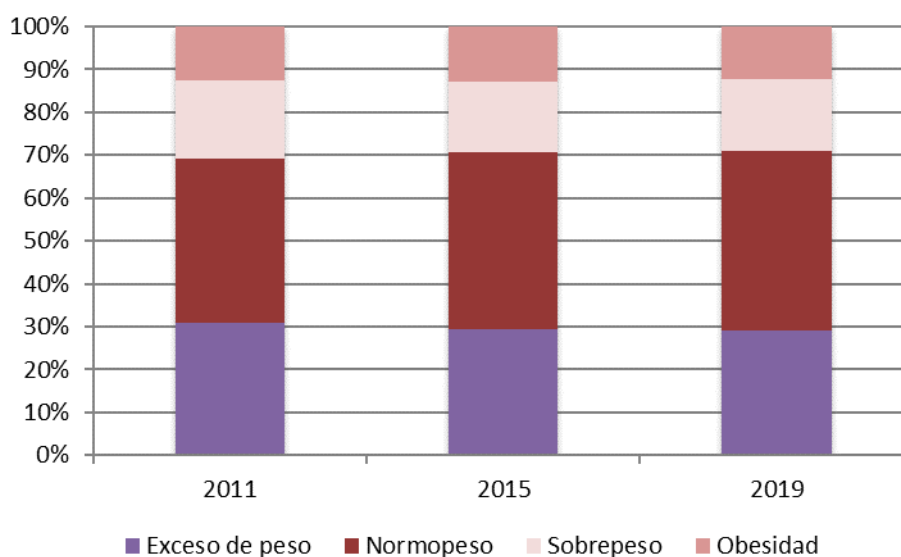
Según la nota de prensa del año 2023 de la Fundación Mundial de la Obesidad, se argumenta que la obesidad infantil está creciendo muy rápido. Para 2035 se espera que las tasas se dupliquen entre los niños a 208 millones y aumentar entre las niñas a 175 millones. Asimismo, se estima que casi 400 millones de niños vivirán con obesidad dentro de 12 años.

En el **Gráfico 18** se presenta los datos más actualizados, del año 2019, del Informe Aladino de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Para el año 2019, la prevalencia de sobrepeso en niños de 6 a 9 años fue del 23,3% (21,9% en niños y 24,7% en niñas), y la prevalencia de la obesidad fue del 17,2% (19,4% en niños y 15% en niñas). Respecto de los años anteriores, se observa algunas disminuciones en el sobrepeso y obesidad, pero no deja de ser alarmante.

Gráfico 18: Distribución de la población infantil (6 a 9 años) en función de su peso. España.



Distribución 2011, 2015 y 2019.



Fuente: Aladino.

Tasa de pobreza y coeficiente de Gini

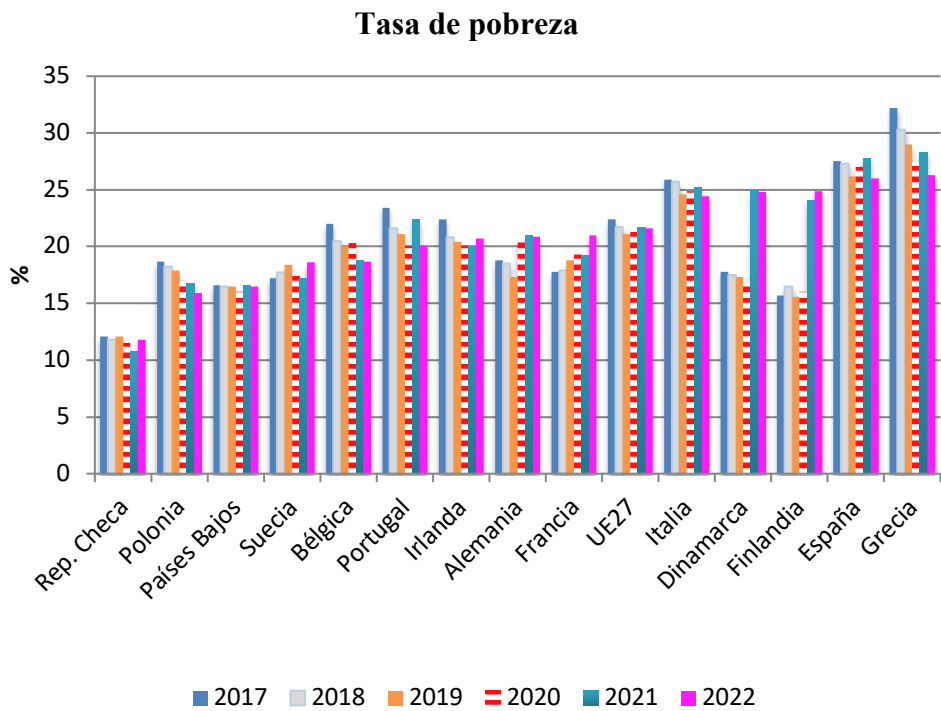
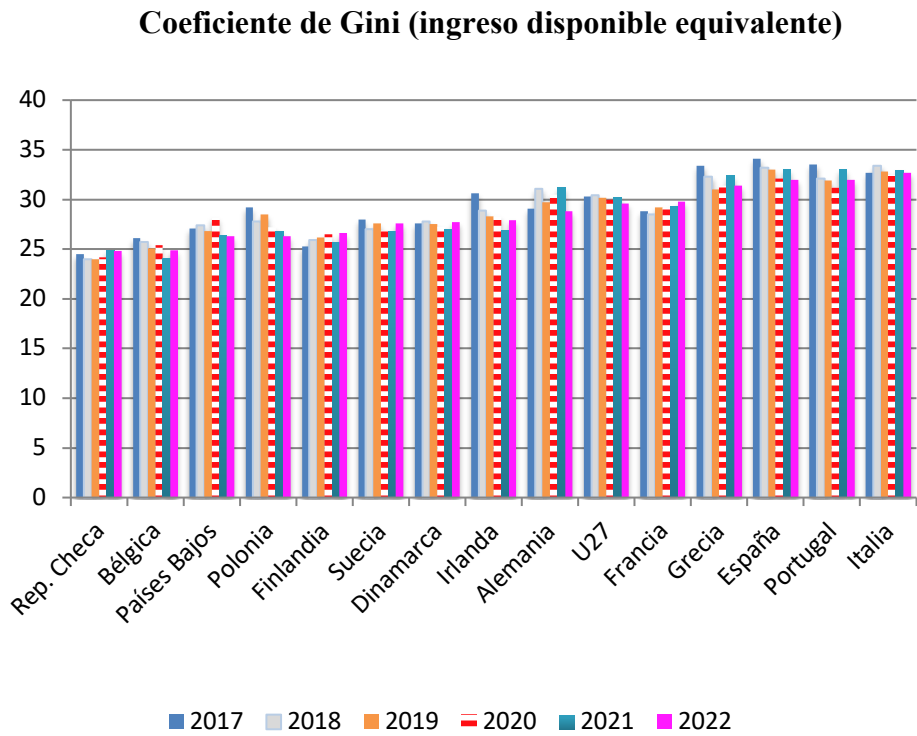
Actualización actual: Preocupante

Nivel: negativo, España se encuentra entre el grupo de países con peor coeficiente de gini y tasa de pobreza.

Variación: positiva, se percibe un descenso importante en ambos indicadores en 2022 respecto de 2021.

La comparación internacional sigue situando a España en una posición desfavorable, muy alejada del promedio de la UE en términos de desigualdad y pobreza. Sin embargo, en términos de evolución, el coeficiente de Gini viene descendiente en España desde 2018 con un leve repunte en 2021 respecto de 2020 para luego caer un 1 pp en 2022 respecto de 2021. Por su parte, los niveles de pobreza experimentaron un alza en 2021 y 2020 mientras que en 2022 se percibieron mejoras en este indicador, siendo el 26% de las personas que se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión social, bajando casi 2 pp respecto de 2021.

Gráfico 19: Coeficiente de Gini y tasa de pobreza. Países seleccionados Europa. 2017-2022



Fuente: Eurostat.

4. INDICADORES DE GASTO EN SANIDAD

Gasto sanitario corriente como porcentaje del PIB

Actualización actual: preocupante

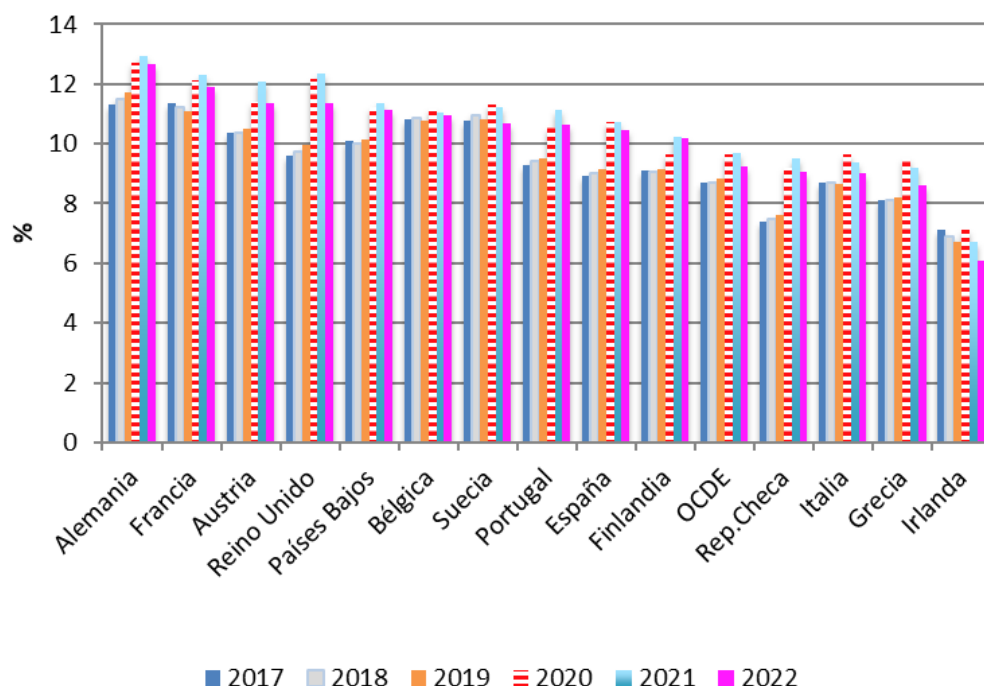
Nivel: positivo, España se encuentra por encima del promedio de la OCDE y cercano a países como Suecia y Finlandia.
Variación: preocupante, se percibe un descenso en 2022 respecto de 2021 aunque los datos del 2022 son de momento estimados.

Las estadísticas de la OECD Stat en materia de financiación sanitaria provienen del Sistema de Cuentas de Salud de todos los países para tener un marco de comparación homogéneo. El gasto sanitario corriente total es aquel que se financia tanto con recursos públicos como privados.

Los últimos datos del año 2022 (provisionales o estimados) posicionan a España mejor que el promedio de la OCDE, 10,5% frente al 9,3%. Aunque todavía se encuentra más lejano de los países de nuestro entorno como Francia y Alemania, donde el esfuerzo relativo en sanidad es mayor, 12,7% y 11,9%, respectivamente (**Gráfico 20**).

En cuanto a su evolución, en España en 2022 el gasto sanitario corriente como porcentaje del PIB disminuye unas 3 décimas respecto de 2021. El aumento más significativo de casi 2 pp se vio en 2020 respecto de 2019 para luego no aumentar en 2021 y registrar un ligero descenso en 2022 como señalábamos.

Gráfico 20: Gasto sanitario corriente como % del PIB. Países seleccionados OCDE. 2017-2022



Fuente: OECD stat. Los datos para el año 2022 son provisionales o estimados.

Gasto sanitario corriente real per cápita

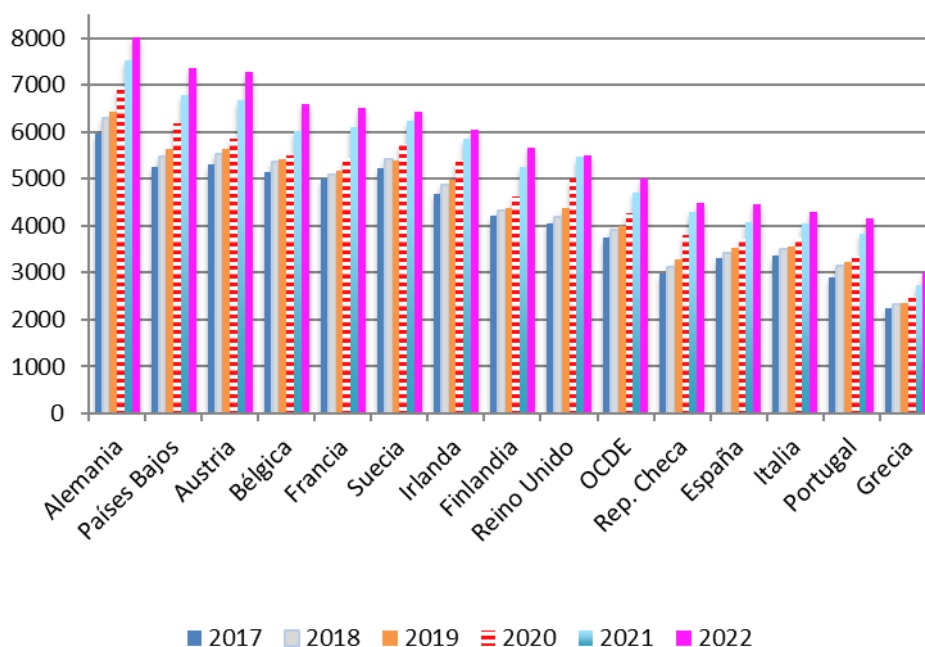
Actualización actual: positiva

Nivel: preocupante, por debajo del promedio de la OCDE (en cerca de 500 euros menos per cápita).

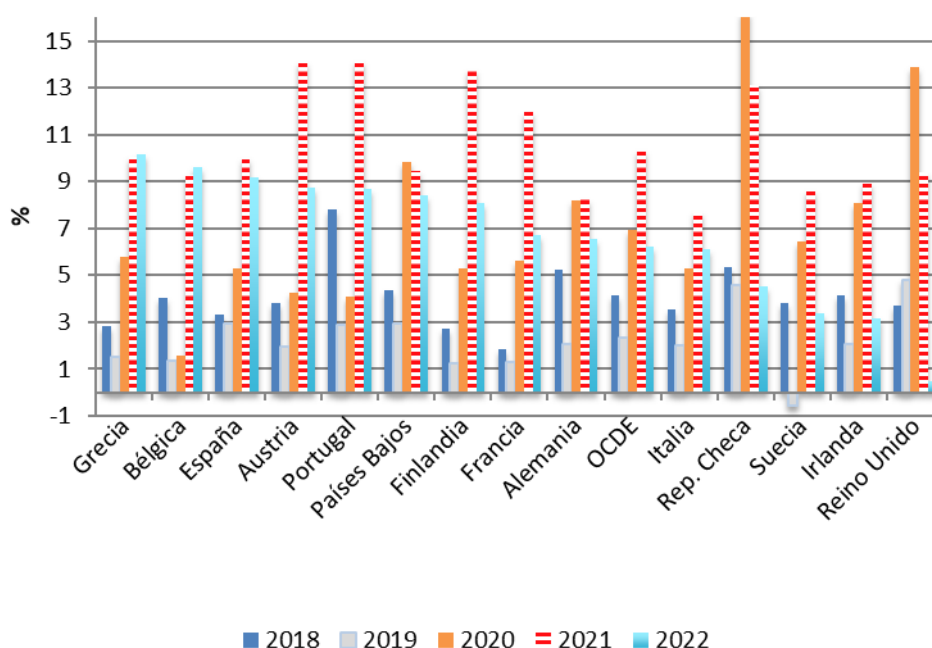
Variación: positiva, tanto en 2021 como en 2022 viene aumentando un 9-10% anual.

A nivel comparativo, España se encuentra por debajo del promedio de la OCDE en cerca de 500 euros menos de gasto sanitario corriente per cápita. Sin embargo, su evolución ha sido muy positiva en estos años, figurando entre los países con mayor aumento de su gasto sanitario per cápita después de Grecia y Bélgica. En 2021 el aumento en España respecto de 2020 es del 10% y en 2022 en relación con el año 2021 es del 9%.

Gráfico 21: Gasto sanitario corriente real per cápita. 2017-2022. Precios corrientes PPA (en dólares)



Variación



Fuente: OECD stat. Los datos para el año 2017 son estimados o provisionales.

Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario corriente³

Actualización actual: positiva

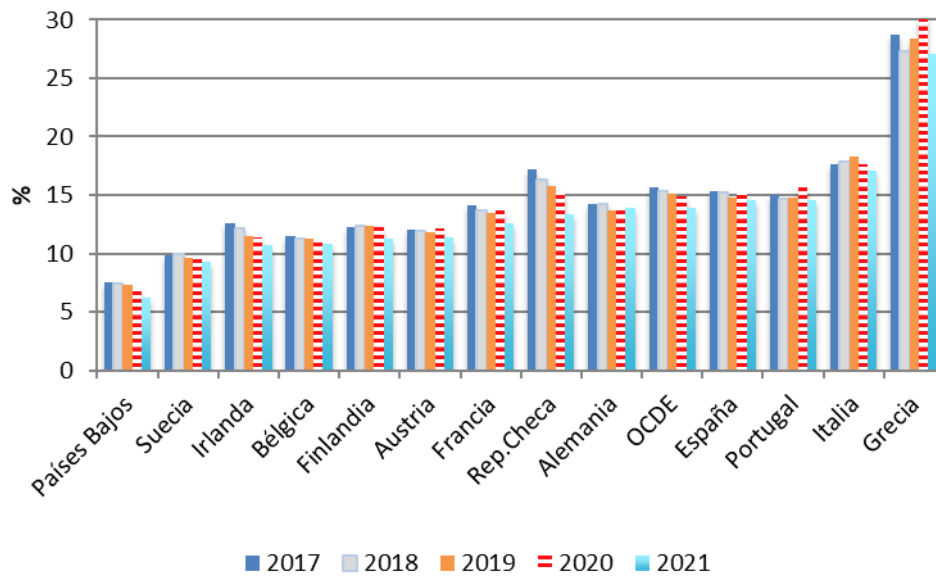
Nivel: preocupante, España se encuentra por encima del promedio de la OCDE y del grupo de países nórdicos.

Variación: positiva, hay un descenso de 5 décimas en 2021 respecto de 2020.

Según los últimos datos disponibles de la OCDE, el gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario corriente en España es del 14,6% en 2021, 6 décimas por encima del promedio de la OCDE (**Gráfico 22.a**). En cuanto a su evolución, la participación del gasto farmacéutico en el gasto sanitario corriente en España está experimentando un ligero descenso desde 2017 (8 décimas), siendo la caída de 2020 a 2021 de 0,5 décimas en 2021. Aunque una menor proporción de gasto farmacéutico en el gasto sanitario no es necesariamente buena, en el Gráfico 22.b observamos que todos los países a los que nos queremos parecer dedican una fracción menor al gasto farmacéutico, amplia mayoría en la partida de productos médicos del mencionado gráfico.

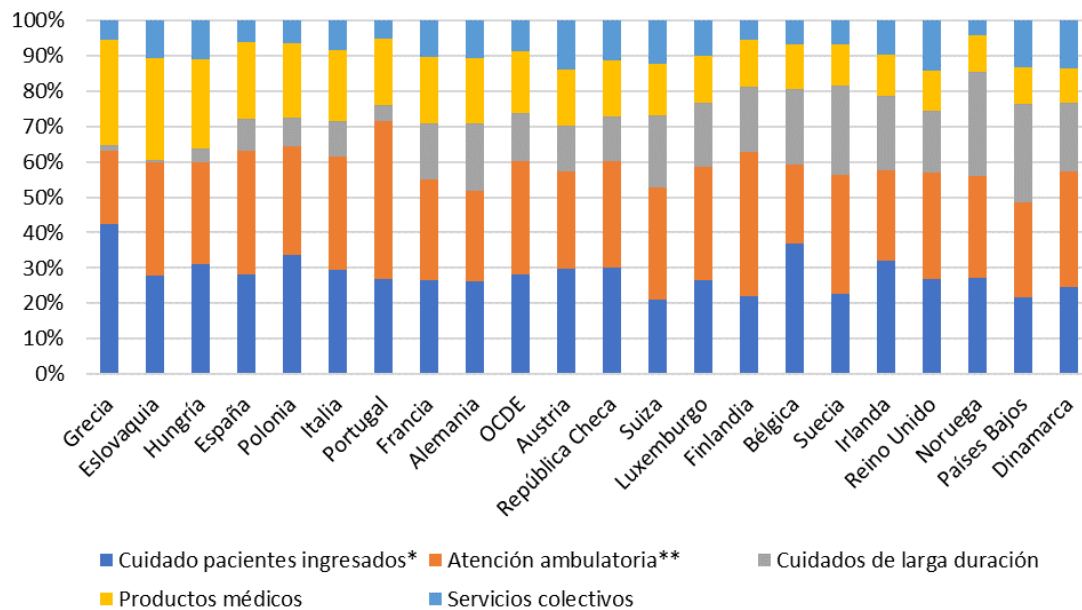
³ El gasto farmacéutico engloba tanto los medicamentos con y sin receta médica y se excluyen los medicamentos consumidos en hospitales.

Gráfico 22.a: Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario corriente. Países seleccionados OCDE. 2017-2021



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2017: sin Chile. 2018: Sin Chile y Colombia. 2019/2020: Sin Colombia. 2021: sin Australia, Colombia, Israel, Japón

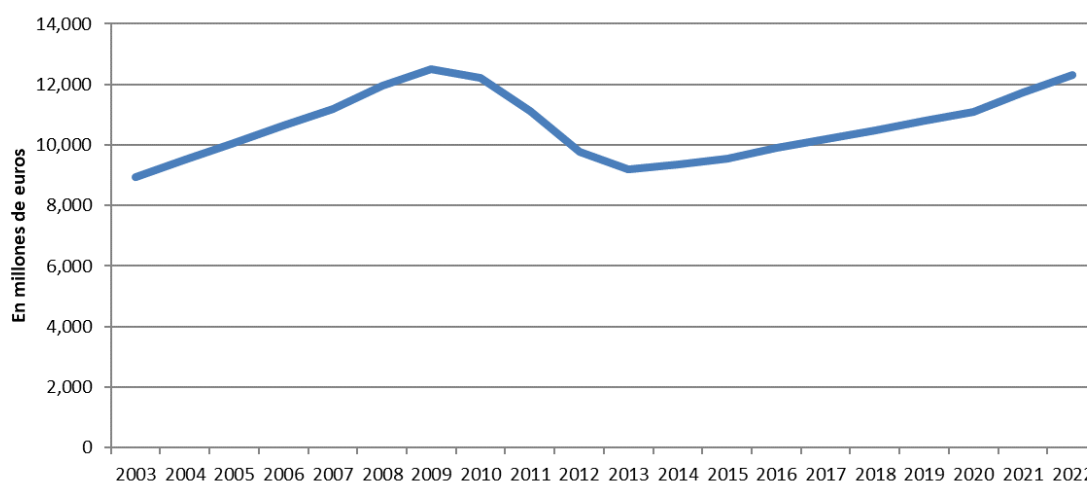
Gráfico 22.b. Gasto sanitario por tipo de servicio/cuidado. Países seleccionados OCDE. Año 2021.



Fuente: OECD (2023). Notas: * Se refiere a la atención curativa y de rehabilitación en entornos hospitalarios y centros de día. ** Incluye atención domiciliaria y servicios auxiliares.

Explorando con detalle, para el caso español, el gasto farmacéutico ambulatorio público (medicamentos que se obtienen bajo receta médica oficial) observamos que mantiene una tendencia creciente a partir del 2014, alcanzando en la actualidad unos 12.325 millones de euros en 2022, un aumento del 5% respecto de 2021.

Gasto farmacéutico a través de receta oficial del SNS. España. 2003-2022



Fuente: Ministerio de Sanidad, disponible en <https://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>

Gasto farmacéutico hospitalario

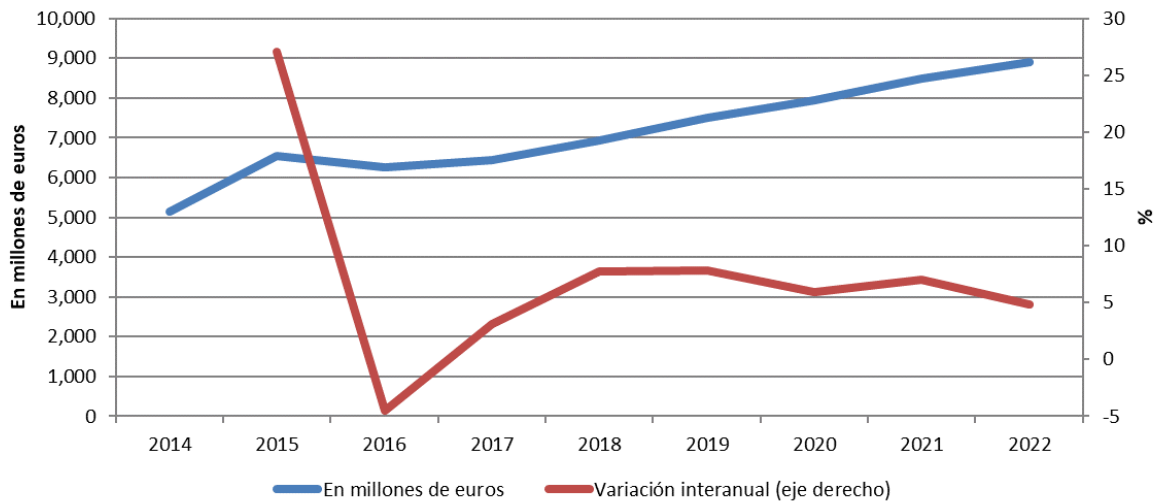
Actualización actual: negativa

El **Gráfico 23** muestra la evolución del gasto farmacéutico hospitalario y su crecimiento anual desde 2014. Después de un primer momento de crecimiento disparado (27% entre 2014 y 2015), seguido de una esperanzadora contención entre 2015 y 2016 (caída del 5%), el gasto farmacéutico hospitalario creció hasta cerca de un 10% en 2018, para posteriormente oscilar el crecimiento anual entre el 9% y el 5%. Sin duda un comportamiento sustancialmente peor que otros componentes del gasto sanitario y farmacéutico. Ello es especialmente debido al continuo crecimiento derivado de los tratamientos oncológicos. Efectivamente, tal y como se recoge en una reciente nota de prensa del Ministerio de Sanidad (2022)⁴: “En 2021 el gasto en medicamentos oncológicos a través de hospitales y oficinas de farmacia fue de 3.110 millones de euros, lo que supone un 16,91% sobre el total de medicamentos, siendo el 93,19% del consumo total en importe de medicamentos oncológicos corresponde al consumo en el ámbito hospitalario... Si se compara el consumo en importe en relación a 2016, el crecimiento asciende a un 105,9%”.

El Gráfico posterior analiza los distintos tipos de servicio que componen el gasto sanitario en algunos países seleccionados de la OCDE. Los países se encuentran ordenados de mayor a menor según el tipo de servicio “Productos médicos”. Como puede verse España se encuentra dentro del grupo de países con mayor gasto sanitario en productos médicos en aproximadamente un 22%, por encima del promedio de la OCDE (18%).

⁴ Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5718>

Gráfico 23: Gasto farmacéutico hospitalario. En millones de euros y variación interanual. España. 2014-2022



Fuente: Ministerio de Hacienda, disponible en <https://www.hacienda.gob.es/ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>

Presupuestos iniciales en sanidad CCAA por habitante

Actualización actual: positiva

En general, durante los años presentados (2018 a 2023), los presupuestos sanitarios mostraron una evolución favorable. Los presupuestos iniciales en sanidad por habitante de las CCAA aumentan un 6,8% en 2023 (datos provisionales) respecto de 2022, siendo Aragón la que mayor aumento registró y Castilla La Mancha la que menos creció en ese periodo.

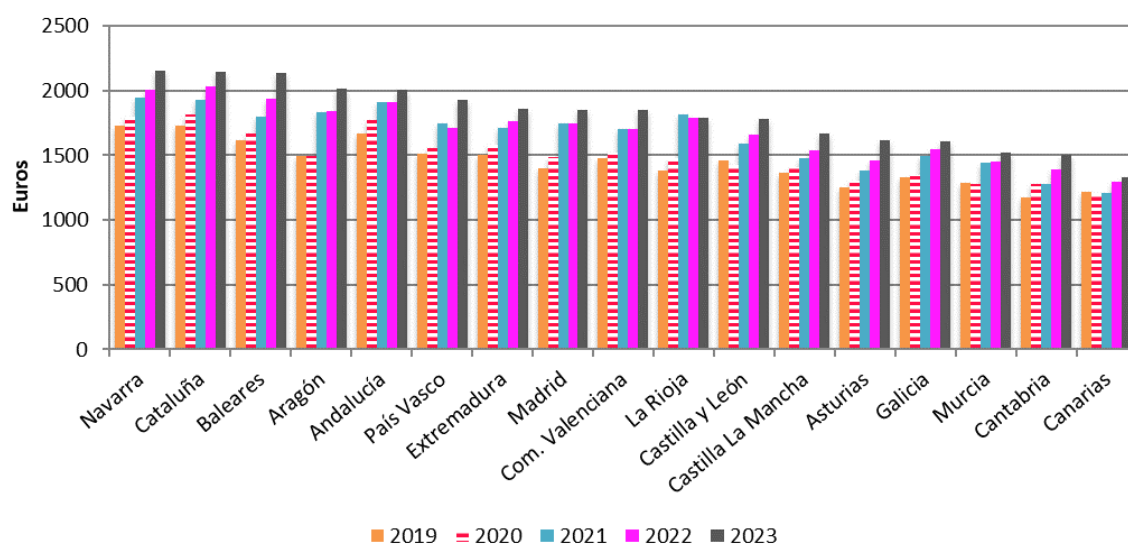
**Tabla 2: Variación interanual presupuestos iniciales por habitante.
2018-2023**

CCAA	Presupuestos iniciales por habitante. Variaciones interanuales				
	2019/2018	2020/2019	2021/2020	2022/2021	2023/2022
Andalucía	7.0%	4.2%	6.1%	5.8%	10.3%
Aragón	-0.1%	2.9%	12.3%	-2.4%	13.1%
Asturias	5.5%	4.0%	8.3%	3.4%	7.2%
Baleares	7.3%	-1.9%	11.0%	4.5%	7.4%
Canarias	1.2%	3.0%	4.8%	4.5%	8.0%
Cantabria	2.2%	5.3%	7.9%	3.0%	5.6%
Castilla y León	0.3%	0.0%	22.9%	0.4%	9.2%
Castilla La Mancha	-0.1%	7.2%	22.7%	-1.6%	0.1%
Cataluña	-1.0%	9.0%	-0.2%	9.1%	8.3%
Com. Valenciana	3.2%	0.9%	10.9%	3.6%	4.2%
Extremadura	5.8%	3.3%	8.1%	7.4%	10.4%
Galicia	3.4%	3.0%	11.9%	0.2%	8.3%
Madrid	1.6%	-0.9%	0.1%	7.1%	2.5%
Murcia	2.3%	-1.0%	13.1%	0.5%	4.4%
Navarra	1.6%	6.0%	7.6%	0.4%	4.7%
País Vasco	-0.1%	5.0%	6.2%	5.1%	5.9%
La Rioja	-0.2%	5.9%	17.9%	0.2%	5.6%
Promedio nacional	2.3%	3.3%	10.1%	3.0%	6.8%
Mayor aumento	Baleares 7.3%	Cataluña 9.0%	Castilla y León 22.9%	Cataluña 9.1%	Aragón 13.1%
Mayor caída	Cataluña -1.03%	Baleares -1.9%	Cataluña -0.2%	Aragón -2.4%	Castilla La Mancha 0.1%

Fuente: Ministerio de Sanidad. Nota: 2023 datos provisionales.

El **Gráfico 24** presenta la clasificación del presupuesto sanitario por habitante de las comunidades autónomas en orden ascendente en 2023. Como puede verse, Navarra es la comunidad con mayor presupuesto por habitante en 2023 (2.154 euros), mientras que Canarias es la comunidad que menor presupuesto por habitante dispone (1.331 euros). Cabe destacar que desde 2014 las diferencias entre ambas comunidades se han ido reduciendo paulatinamente.

Gráfico 24: Presupuestos iniciales en sanidad CCAA por habitante (en euros). 2019-2023



Fuente: Ministerio de Sanidad. Nota: 2023 datos provisionales.

5. BARÓMETRO SANITARIO

En esta sección presentamos información sobre el Barómetro Sanitario y la situación de las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, ambas provistas por el Ministerio de Sanidad. Cabe aclarar dos sucesos en relación con el Barómetro Sanitario: 1. En los años 2020 y 2021 se interrumpió su publicación con motivo de la pandemia COVID -19 y 2. En 2022 se produce un cambio metodológico en la recogida de la información al pasar de entrevista personal a entrevista telefónica y por tanto se debe tener cautela a la hora de valorar las series temporales.

Opinión sistema sanitario

Actualización actual: preocupante

Nivel: positivo, datos del Ipsos Monitor Global de la Salud del año 2022 sitúan a España ligeramente por encima del promedio europeo de países participantes (12) en cuanto a la calidad de la atención médica.

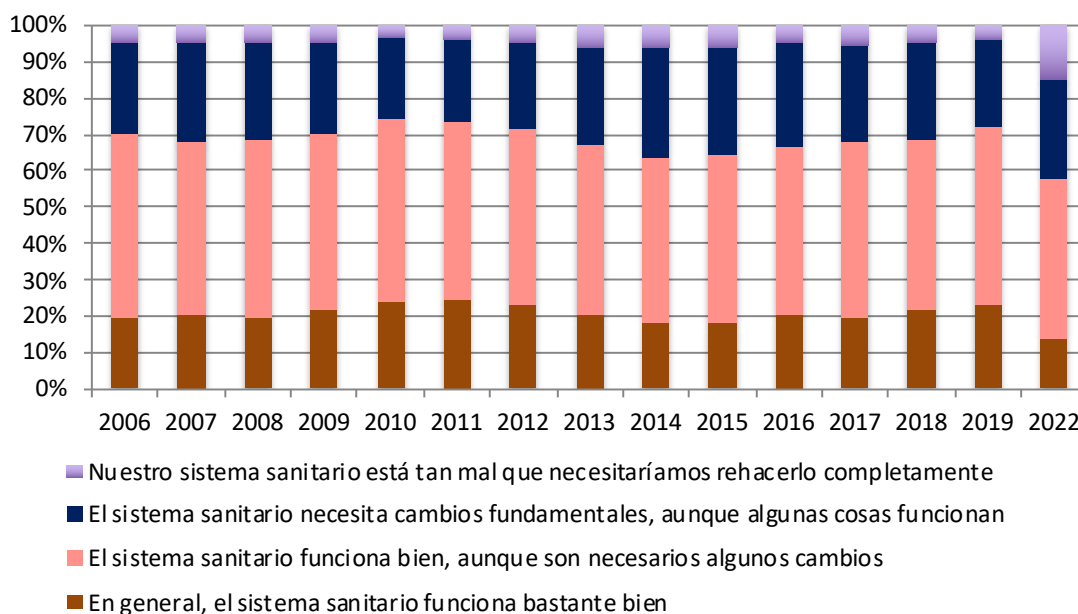
Variación: preocupante, previo a la pandemia (2019) hay un ascenso en la percepción que el sistema funciona bastante bien respecto de 2018 pero posteriormente el descenso post pandemia es notable (2022).

En el **Gráfico 25** se observa la evolución de la opinión sobre el sistema sanitario en España. Para el año 2019, si sumamos el porcentaje de la población que afirma que el sistema funciona bastante bien y aquel que afirma que está bien, pero son necesarios algunos cambios, el total asciende a un 72%, cifra superior al año 2018 (68%), y la más alta registrada después del año 2011. La caída en el año 2022 es significativa más allá de que se tengan en cuenta los cambios metodológicos, la caída es sustancial de 15 pp.

La percepción que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales cae en 2019 al 23%, 3 pp menos que en el año 2018 pero aumenta 4 pp en 2022. Además, los que opinan

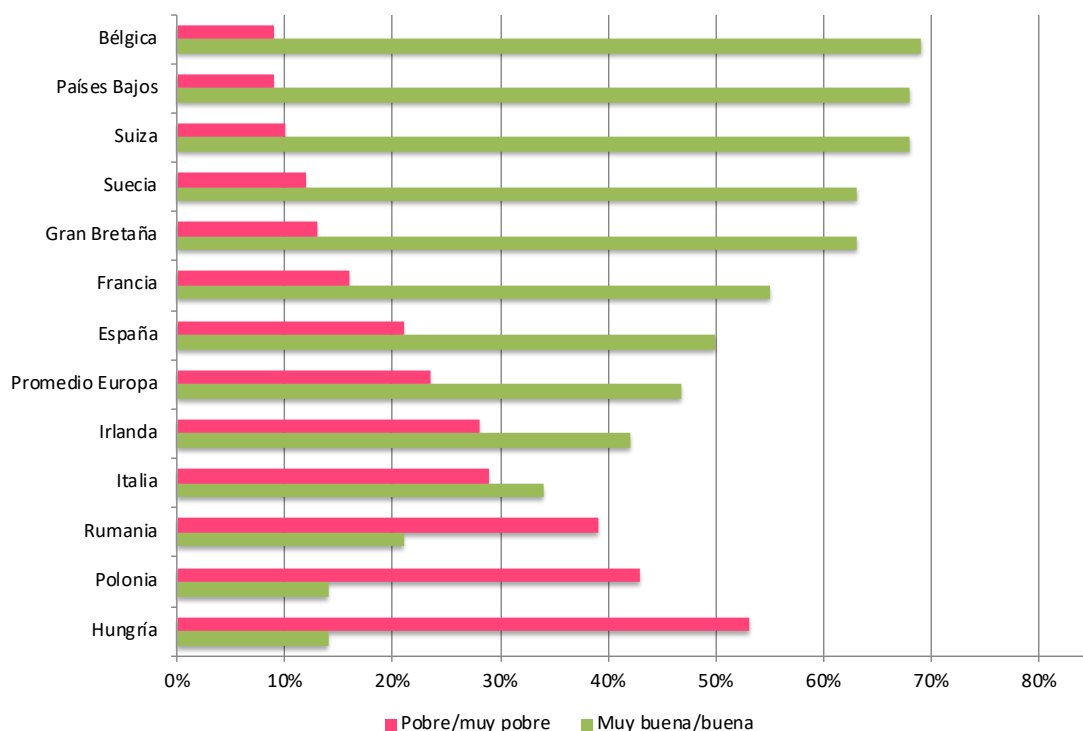
que habría que rehacer por completo se incrementa al 15% en 2022, siendo dicho porcentaje en 2019 del 4%. Por tanto, en general, la valoración del sistema sanitario viene marcada por una tendencia positiva.

Gráfico 25: Qué afirmación expresa mejor la opinión sobre el sistema sanitario en España. Barómetros Sanitarios 2006-2022



En perspectiva comparada se observa en el Gráfico 26 la percepción de la calidad de la atención médica en los 12 países participantes de Europa en la encuesta IPSOS Monitor Global de la Salud 2022. La calidad de la atención médica engloba a los médicos, médicos especialistas como cirujanos, hospitales, pruebas para el diagnóstico y medicamentos para el tratamiento de diversas dolencias. El 47% del promedio de los países de Europa participantes afirma que los servicios de salud son considerados “buenos”, muy similar a lo registrado en España del 50%. En cambio, en Bélgica, Países Bajos y Suiza el 68% de la población percibe a la calidad de la atención médica como muy buena o buena.

Gráfico 26: Calidad de la atención médica. Países europeos incluidos en IPSOS 2022



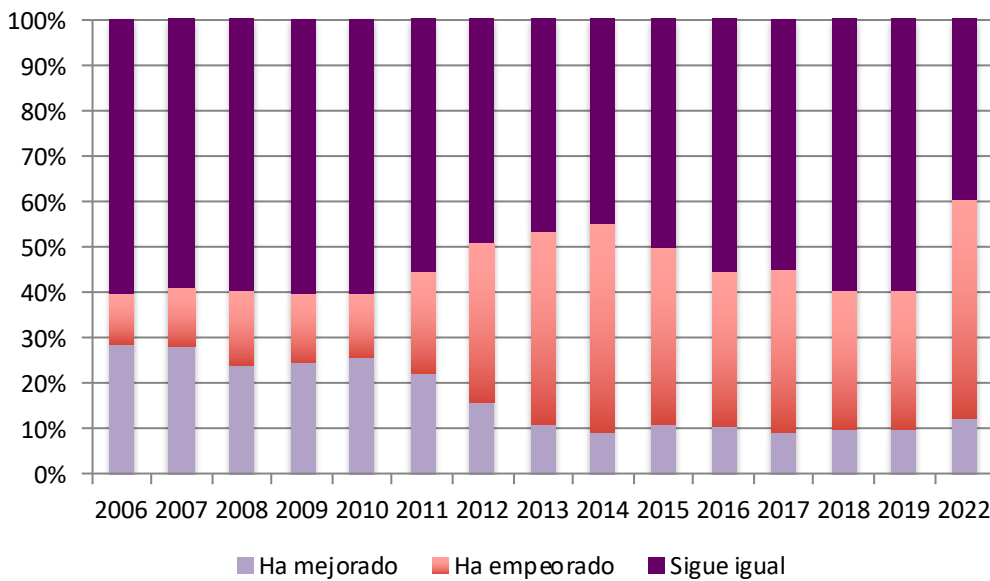
Fuente: IPSOS Monitor Global de Salud 2022. Nota: El promedio de Europa es calculado con los 12 países participantes de esta encuesta: Bélgica, Países Bajos, Suiza, Suecia, Gran Bretaña, Francia, España, Irlanda, Italia, Rumanía, Polonia y Hungría.

El problema de las listas de espera

Actualización actual: preocupante

La situación actual del problema de las listas de espera parece no ser satisfactoria según los últimos datos del Barómetro (**Gráfico 26**). En 2019 el porcentaje de personas que opinan que el problema de las listas de espera ha empeorado es del 24%, manteniéndose estable respecto de 2018 y disminuyendo respecto de 2017 en 5 pp. En 2022, el porcentaje de personas que afirma que el problema de las listas de espera ha empeorado es del 42%. Por otra parte, el porcentaje de personas que afirma que el problema de las listas de espera ha mejorado pasa del 7,3% en 2017 a 8,1% en 2018, a 8% en 2019 y finalmente al 10,5% en 2022.

Gráfico 27: En general, cree Ud. que durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...? Barómetros Sanitarios 2006-2022

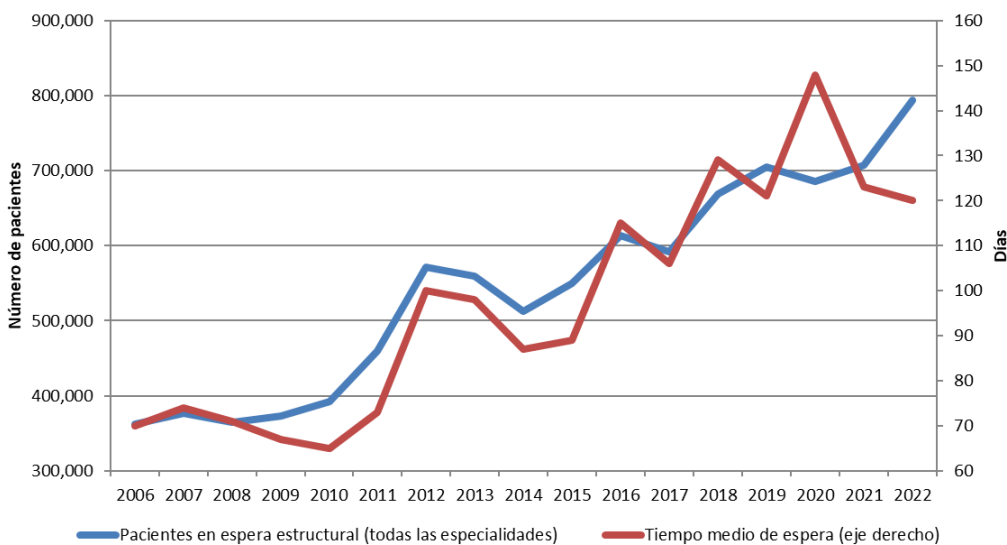


Sistema de Información de Listas de Espera.

Actualización actual: preocupante

En el **Gráfico 28** se puede observar datos más objetivos sobre el número de pacientes en espera estructural en todas las especialidades y el tiempo medio de espera. En línea con una peor percepción de los problemas en las listas de espera del Barómetro Sanitario, las estadísticas oficiales muestran un aumento del 3% en 2021 respecto de 2020 y en 2022 el aumento es más significativo del 12% en el número de pacientes en espera estructural en promedio en todas las especialidades. En cambio, respecto del tiempo medio de espera el impacto más fuerte se dio en la pandemia con un aumento del 22% respecto de 2019 y luego bajó considerablemente en 2021 en un 17% y en 2022 la caída fue del 3%.

Gráfico 28: Pacientes en espera estructural (todas las especialidades) y tiempo medio de espera. 2006-2022



Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera. Ministerio de Sanidad, disponible en <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>

Probabilidad de visitas hospital, cabecera, especialista

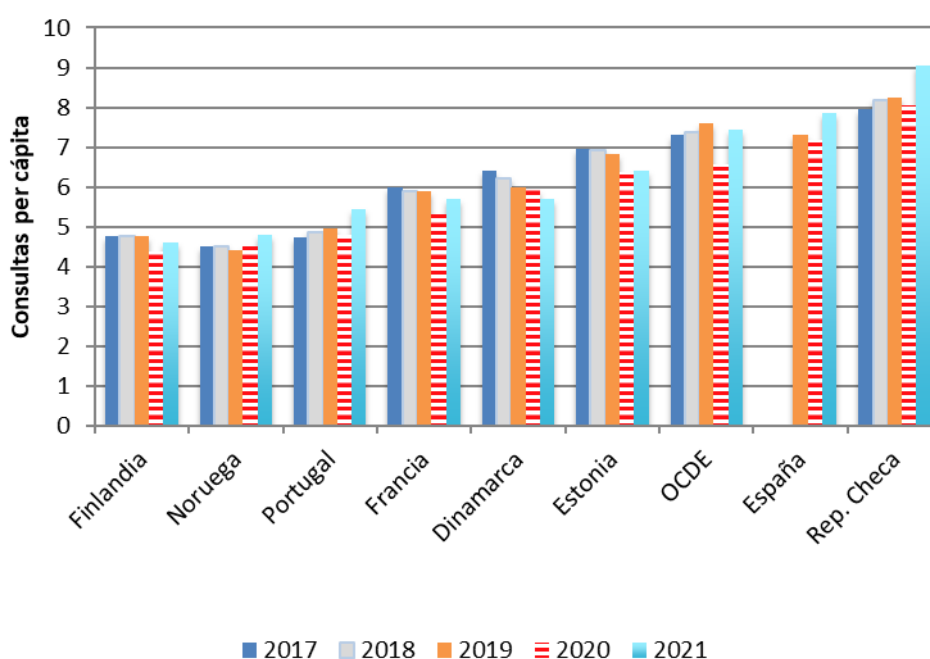
Actualización actual: preocupante

Nivel: preocupante, por encima del promedio de la OCDE.

Variación: preocupante, se observan aumentos en las visitas al médico de cabecera y especialista en 2022 que contrasta con los años anteriores.

El **Gráfico 29** aporta datos sobre las consultas al médico per cápita en los países de la OCDE. Para el año 2021, tanto España (cerca de 8 visitas al médico) como República Checa (9,1 visitas) registraban mayores consultas al médico per cápita respecto del promedio de la OCDE (7,4 visitas). En el otro extremo se encuentra Finlandia y Noruega, con 4,6 y 4,8 consultas al médico per cápita, respectivamente. En 2021, España incrementó el número de visitas al médico per cápita en 0,7 respecto de 2020.

Gráfico 29: Promedio de visitas/consultas con un médico per cápita. Países seleccionados OCDE. 2017-2021



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2017: sin Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Hungría, Corea, Luxemburgo, Polonia, República Eslovaca, España y Suecia. 2018: sin Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Hungría, Corea, Luxemburgo, Polonia, República Eslovaca, España y Suecia. 2019: sin Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Hungría, Corea, Luxemburgo, Polonia y Suecia. 2020: sin Hungría y Corea. 2021: Canadá y Japón

Para España disponemos de datos del 2022 sobre las visitas al médico y al hospital a través del Barómetro Sanitario. En dicha encuesta se pregunta si en los últimos 12 meses (al momento de la entrevista) ha acudido a la consulta de un médico de cabecera, si ha acudido a la consulta de un médico especialista y si ha estado ingresado en un hospital.

En el caso de atención primaria (**Tabla 3**), en el año 2022 (aunque debe tomarse con cautela por el cambio de metodología en este año y no es estrictamente comparable con los años anteriores) se observa que casi el 80% de la población a nivel nacional acudió al médico de cabecera al menos una vez durante los últimos 12 meses. A nivel regional, en Murcia, cerca del 85% es la región con mayor porcentaje de personas que acudió a un médico de atención primaria en el último año mientras Navarra con 76,2% es el que

menor porcentaje de personas registra. En cuanto a los datos de años anteriores se observa que se mantiene el porcentaje de visitas al médico de cabecera en un 70-72%.

También, el porcentaje de personas que ha acudido a una consulta con el médico especialista alcanza entre 2018 y 2019 el 42%, unos 5 pp menos que en los años precedentes. En 2022, el porcentaje de personas que acudieron a un médico especialista es mucho mayor, situándose en un 60%, y se debería ver la tendencia en los Barómetros de años dado el cambio metodológico en 2022. Por último, en 2022 se nota un aumento (pero más leve en relación al resto de especialidades) en el porcentaje de personas que han visitado un hospital del 10% en relación con el año pre pandemia (8,8%).

En general, no se observa una disminución de la probabilidad de tener contacto médico en los últimos años. Por el contrario, se observa un aumento para el último año que debería contrastarse con los sucesivos Barómetros para ver la evolución en el tiempo. A nivel regional, las disparidades entre comunidades se acentúan en las visitas al médico especialista. En Baleares, el 67,9% acudió a algún médico especialista en los últimos 12 meses mientras que en Navarra este porcentaje es del 54,4%, una diferencia de 13,5 pp.

Tabla 3: Porcentaje de personas que han visitado alguna vez el hospital, acudido al médico de cabecera y especialista (en los últimos 12 meses) por CCAA (público y privado). Barómetros Sanitarios 2006-2022

CCAA	Médico de cabecera														
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Andalucía	68.4	69.8	74.5	71.9	70.3	69.5	72.7	72.5	68.8	73.9	72.7	72.3	71.4	67.9	80.1
Aragón	66.4	74.4	73.8	69.6	67.3	70.8	65.4	67.9	70.5	73.7	66.1	74.6	70.7	75.2	82.0
Asturias	76.1	84.8	78.7	84.1	81.3	79.6	76.5	75.3	75.0	67.0	75.2	71.6	63.2	65.7	79.3
Baleares	65.2	72.6	75.3	66.1	67.7	67.8	64.0	68.9	73.5	72.3	72.0	75.1	69.8	69.6	79.0
Canarias	76.3	78.9	69.6	78.9	76.1	72.5	73.2	70.1	69.4	71.1	69.7	71.4	62.1	68.3	81.5
Cantabria	67.6	69.1	66.2	67.0	60.9	69.8	63.9	71.5	70.8	67.7	71.9	74.3	75.1	71.6	78.3
Castilla-La Mancha	71.6	70.6	73.1	73.7	67.5	71.1	70.6	66.6	65.1	70.4	72.6	71.8	65.7	66.6	78.0
Castilla y León	73.1	72.7	77.1	71.4	70.4	74.5	71.4	67.6	68.6	72.1	71.3	69.0	68.9	69.3	78.3
Cataluña	74.5	73.5	76.4	72.4	70.6	73.2	67.2	70.0	73.2	70.7	71.1	69.4	69.3	75.4	77.5
Comunidad Valenciana	67.0	73.4	74.1	77.1	71.9	69.1	72.2	69.8	72.0	68.0	74.8	74.0	70.0	67.0	79.1
Extremadura	69.0	75.3	79.2	80.6	76.5	82.3	81.9	80.7	86.0	85.7	81.6	76.9	77.9	76.6	83.7
Galicia	71.9	71.0	71.2	75.5	65.2	66.2	68.5	69.4	69.2	68.5	70.6	70.8	75.2	63.9	79.8
Madrid	75.0	73.3	77.1	77.9	75.7	78.2	75.3	71.1	72.3	72.9	76.9	75.9	67.9	76.2	83.2
Murcia	67.2	69.4	72.0	67.8	64.8	69.6	68.7	67.1	71.0	70.2	71.1	70.1	78.4	70.9	84.8
Navarra	70.6	68.8	77.9	78.9	80.6	78.5	73.4	67.7	71.6	70.7	73.0	73.4	69.4	65.5	76.2
País Vasco	68.8	63.8	75.7	74.7	76.8	76.7	68.9	71.7	71.7	75.7	72.5	74.0	67.0	72.4	78.2
Rioja	69.0	68.3	77.8	74.9	61.1	51.0	67.4	68.1	66.3	57.6	64.3	66.3	59.2	63.6	83.1
Ceuta	-	-	72.6	60.8	72.1	65.1	62.8	71.8	72.4	77.1	74.1	64.4	70.6	70.6	78.0
Melilla	-	-	72.6	63.7	72.6	69.8	68.9	72.6	69.7	69.4	74.9	69.8	71.4	66.5	81.0
TOTAL	71.2	72.3	75.0	74.3	71.5	72.4	71.1	70.5	71.1	71.7	72.9	72.4	69.7	70.7	79.9

Médico especialista

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Andalucía	39.6	39.2	41.5	39.6	39.0	35.7	37.8	40.4	36.2	39.6	40.8	38.9	36.6	33.7	57.2
Aragón	37.0	45.4	47.4	37.2	45.9	47.2	47.3	46.7	46.9	46.3	43.1	48.1	43.6	39.9	58.9
Asturias	41.3	50.4	51.1	45.3	48.2	50.6	46.1	48.5	46.3	38.3	47.1	44.8	33.3	40.8	57.6
Baleares	47.4	49.1	49.7	44.2	49.7	48.8	41.7	42.4	53.3	42.4	50.8	50.5	42.2	47.1	67.9
Canarias	47.7	51.3	53.4	49.5	54.1	47.0	50.8	50.4	45.8	46.6	42.5	41.2	39.3	45.0	62.9
Cantabria	40.6	37.2	43.5	43.4	38.3	45.1	39.3	44.5	41.0	45.8	46.9	45.1	45.7	39.6	61.5
Castilla-La Mancha	39.3	40.8	44.4	41.6	44.9	46.6	42.8	41.8	47.0	44.7	46.5	46.7	43.7	44.0	58.6
Castilla y León	41.2	37.6	44.5	45.6	37.4	45.0	41.7	41.9	42.0	38.7	42.4	44.7	41.6	39.4	59.3
Cataluña	52.6	52.4	52.5	47.6	49.1	47.3	46.6	48.9	46.3	50.3	48.4	48.2	40.2	46.2	63.0
Comunidad Valenciana	44.4	47.4	46.1	47.0	45.6	46.7	46.6	47.7	46.8	45.0	47.4	49.3	45.4	46.6	58.0
Extremadura	37.3	40.0	48.2	44.5	46.0	44.9	49.8	51.7	46.7	44.5	45.6	52.9	45.2	40.5	56.6
Galicia	41.7	45.7	46.5	46.6	39.3	41.0	44.5	37.9	39.7	36.1	44.7	44.1	44.6	40.7	61.3
Madrid	48.6	51.6	52.8	50.7	55.9	53.2	56.2	50.9	55.7	55.3	57.1	57.0	52.6	48.5	64.5
Murcia	42.6	44.0	42.9	36.0	41.0	43.3	40.3	38.0	41.0	40.4	40.4	37.9	34.1	37.8	58.9
Navarra	34.8	41.9	43.3	45.3	46.4	46.4	44.2	44.1	48.5	45.1	46.6	44.1	38.7	32.4	54.4
País Vasco	39.6	38.3	40.2	48.6	51.4	48.1	46.2	48.2	50.5	50.5	43.9	55.8	44.6	42.2	61.6
Rioja	46.0	40.2	45.5	48.6	45.0	37.7	45.0	44.6	46.1	38.1	48.2	49.4	38.2	38.6	62.5
Ceuta	-	-	44.7	43.5	47.8	58.0	41.0	52.2	62.2	47.1	53.7	49.0	36.1	45.1	58.9
Melilla	-	-	44.3	47.3	48.2	43.1	41.8	49.8	46.8	51.4	47.5	41.9	50.2	21.9	65.4
TOTAL	44.1	45.6	47.2	45.3	46.1	45.3	45.6	45.6	45.4	45.4	46.5	47.1	42.5	42.3	60.5

Ingreso en un hospital

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Andalucía	9.4	11.1	9.6	6.6	9.7	10.9	8.5	8.1	7.4	8.0	9.2	8.4	7.6	10.2	8.6
Aragón	9.4	10.6	10.4	10.3	9.4	13.3	10.7	10.7	9.1	13.0	10.9	8.4	7.2	9.7	10.8
Asturias	8.7	12.0	12.9	11.6	13.2	9.9	12.4	11.1	10.2	8.6	10.8	9.1	7.5	7.5	8.7
Baleares	10.0	13.1	15.4	12.1	11.1	13.8	13.4	13.4	9.3	10.9	9.4	13.1	12.5	12.7	11.7
Canarias	7.1	11.7	10.4	10.7	10.0	7.0	5.7	7.6	8.0	7.6	8.5	8.4	6.8	12.6	8.9
Cantabria	9.2	8.2	6.3	10.1	11.8	11.8	10.4	10.8	7.6	8.0	11.1	11.1	7.3	10.8	13.1
Castilla-La Mancha	10.3	9.0	10.6	9.5	8.1	6.0	7.1	9.4	9.2	9.8	10.7	12.5	9.2	7.1	7.5
Castilla y León	10.6	9.2	11.2	11.8	8.8	8.3	8.3	11.9	6.5	8.1	8.7	7.7	10.4	7.3	10.6
Cataluña	10.6	12.2	9.5	10.7	8.3	10.9	10.2	8.0	9.9	9.5	9.8	9.1	9.6	6.5	11.9
Comunidad Valenciana	9.4	15.0	10.3	11.3	9.3	12.0	10.5	9.2	9.5	9.0	12.0	14.1	10.8	8.5	10.7
Extremadura	6.3	11.8	11.0	10.5	11.1	8.7	11.8	7.8	8.1	10.9	9.9	14.0	11.8	8.7	8.6
Galicia	9.7	9.4	8.8	8.6	9.8	7.9	8.2	7.5	9.1	7.5	10.1	8.7	7.3	6.2	10.7
Madrid	9.0	8.2	10.2	9.3	10.6	11.1	10.0	10.3	8.9	10.6	9.4	11.6	9.2	10.0	9.6
Murcia	11.9	10.1	13.5	9.3	10.9	10.5	11.6	5.9	7.6	7.4	8.7	8.0	5.1	6.3	8.9
Navarra	7.3	8.2	8.6	15.4	10.7	6.9	7.5	6.6	6.4	7.1	9.6	10.4	8.4	5.0	9.5
País Vasco	9.6	10.4	7.9	10.3	10.8	7.1	7.8	7.8	9.1	10.4	9.3	8.8	10.8	12.9	11.1
Rioja	8.5	5.6	7.1	11.4	9.0	10.3	12.6	8.8	9.2	8.7	10.2	6.7	9.1	8.3	6.7
Ceuta	-	-	10.9	11.0	11.3	12.9	8.7	16.9	8.3	7.9	7.0	9.4	6.7	7.5	3.7
Melilla	-	-	8.5	10.9	7.1	8.6	8.4	11.0	10.2	9.4	7.4	8.2	10.6	6.3	12.5
TOTAL	9.5	10.9	10.1	9.8	9.7	10.2	9.4	8.9	8.7	9.1	9.8	10.0	9.0	8.8	10.0

6. INDICADORES DE SITUACIÓN LABORAL EN SANIDAD

Participación ocupados en sanidad sobre el empleo total

Actualización actual: positiva

Nivel: positiva, los valores de participación de los ocupados en el empleo total son similares al del promedio de la UE.

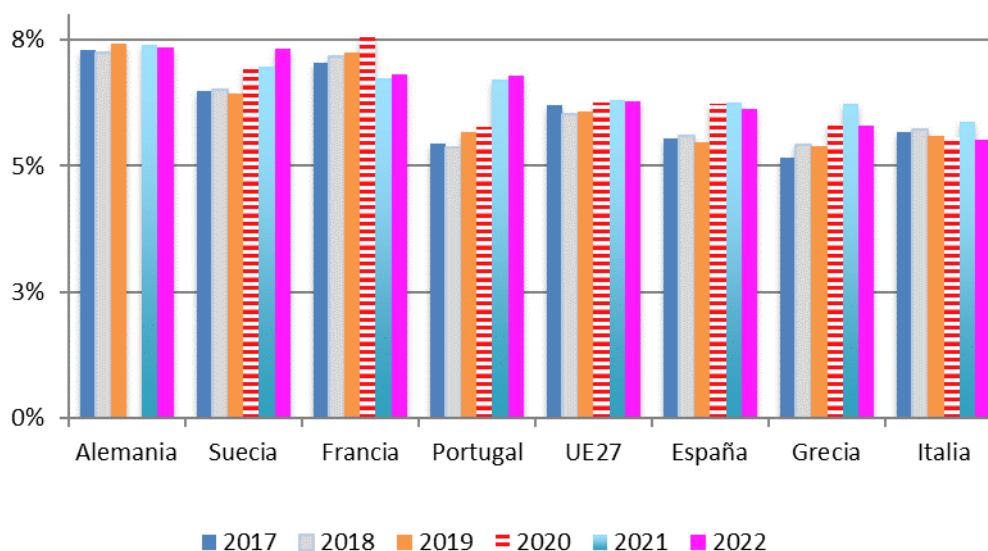
Variación: positiva, la participación se mantiene estable en los valores de la pandemia.

El **Gráfico 30** refleja por un lado como se encuentra España en perspectiva comparada y por el otro lado, analizamos la evolución de la participación de los ocupados en sanidad sobre el empleo total en España desde el primer trimestre 2007. Como puede verse, España tiene una participación del empleo en sanidad respecto del empleo total muy similar al promedio de la UE, 6,1% y 6,3%, respectivamente. Los países con mayor participación cercano al 8% son Alemania y Suecia. Los países que más aumentan su participación entre 2021 y 2022 son Suecia (4 décimas) y los que descienden su participación del empleo en sanidad respecto del total (- 4 décimas) son Grecia e Italia que a su vez figuran en la cola de la distribución con 5,8% y 5,5%, respectivamente.

En cuanto a los datos específicos para España, se ve una evolución positiva y sostenida de la fracción del empleo sanitario sobre el total de empleo desde 2007 y dando el gran salto en la pandemia (6,5%) para luego estabilizarse en torno al 6,2% en los años posteriores.

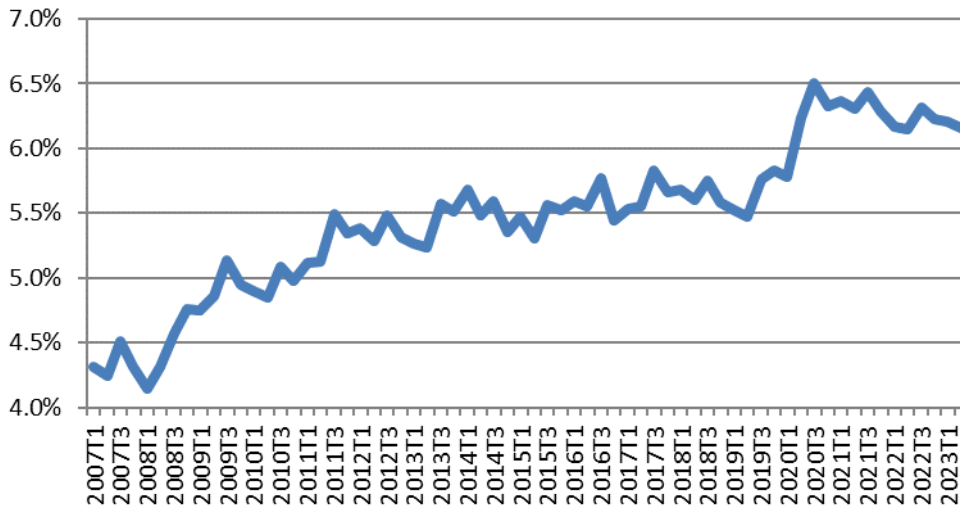
Gráfico 30: Participación ocupados en el sector de la sanidad sobre el empleo total.

Algunos países seleccionados UE. Segundo trimestre 2017-2022.



Fuente: Eurostat.

España. 2007TI-2023TII



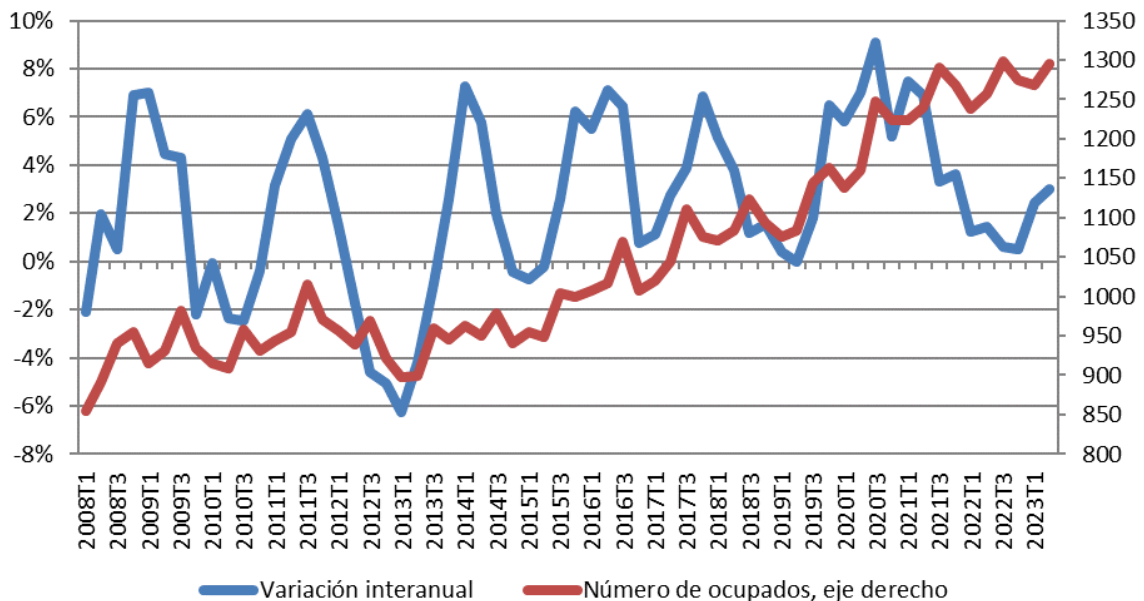
Fuente: Microdatos de la EPA, INE.

Variación interanual número de ocupados en sanidad

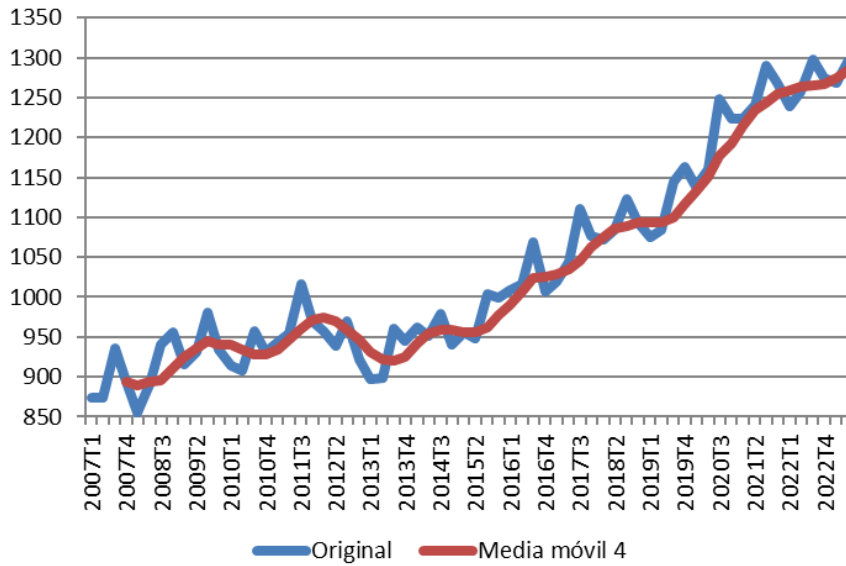
Actualización actual: positiva

En la actualidad los datos del segundo trimestre 2023 señalan que hubo un aumento del 3% del número de ocupados en sanidad, un sector de alto valor añadido y con repercusión directa en otros muchos sectores, respecto del segundo trimestre del año anterior (**Gráfico 31**). El número de ocupados en términos absolutos sigue una senda relativamente parecida, habiéndose recuperado los máximos observados aumentando tanto en plena pandemia (1.248, 1 miles de ocupados en sanidad) como en los dos años siguientes: en el segundo trimestre 2023 el número de ocupados en sanidad asciende a 1.295,5 miles de personas.

Gráfico 31: Variación interanual del número de ocupados y número de ocupados en el sector de la sanidad (miles). España. 2007TI-2023TII



Media móvil orden 4: Número de ocupados

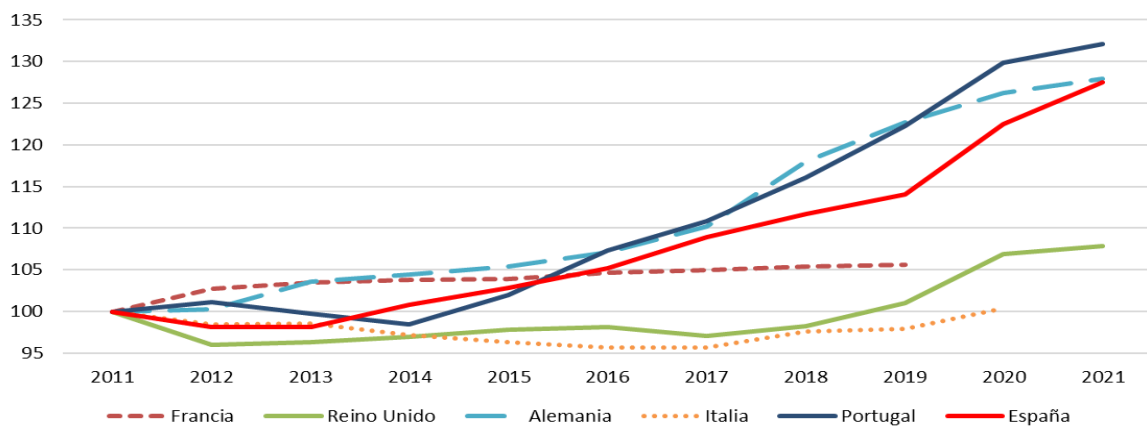


Fuente: Microdatos de la EPA, INE.

Mención especial: enfermeros en hospitales

Según el documento de la OCDE (2023), en promedio en los países de la OCDE, los enfermeros y parteras representan el 37% de todo el empleo hospitalario. En cuanto a su evolución durante 2011 y 2021 (**Gráfico 32**) se puede observar como en Alemania, el número de enfermeros que trabajan en hospitales aumentó de manera bastante constante entre 2011 y 2021, tanto antes como después de la pandemia. En cambio, el crecimiento comenzó unos años después en Portugal y España, pero se aceleró tanto antes como durante los años de la pandemia. Por el contrario, el aumento fue más modesto en Francia antes de la pandemia y no hubo ningún aumento en el empleo de enfermeros hospitalarios durante la pandemia. En Italia y el Reino Unido, no hubo un aumento en el número de enfermeros que trabajan en hospitales entre 2011 y 2019, pero el número aumentó al menos ligeramente en 2020 y 2021 (OECD, 2023).

Gráfico 32: Evolución del número de enfermeros hospitalarios. 2011-21. Índice 2011=100. Países seleccionados de la OCDE,



Fuente: OECD (2023).

Empleos y salarios

Actualización actual: preocupante

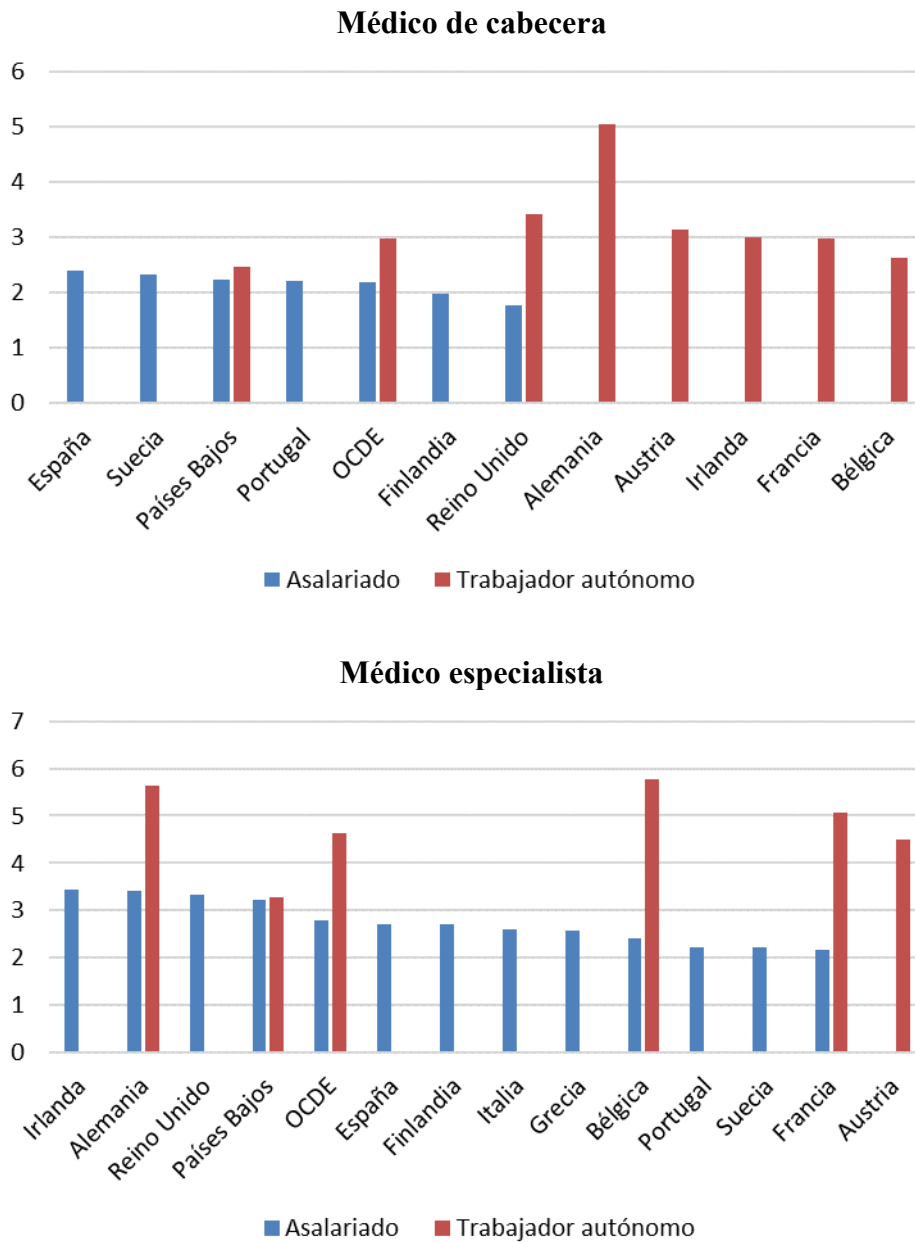
Nivel: positiva, bastante por encima del promedio de la OCDE en las remuneraciones de médicos de cabecera y ligeramente por debajo de otros países de su entorno respecto de las remuneraciones de médicos especialistas.

Variación: preocupante, los salarios relativos han experimentado descensos importantes en el sector con una leve mejoría hacia finales de 2021.

En primer lugar, analizamos la ratio de salarios de los médicos respecto del salario medio en una selección de países de la OCDE provisto por el documento de la OCDE “Health at a Glance” (2023). Se distingue la ratio entre asalariado y trabajador autónomo tanto para médico de cabecera como médico especialista. En 2021, los médicos de cabecera ganaron generalmente entre 2 y 5 veces más que el salario promedio en los países de la OCDE, mientras que los salarios de los especialistas fueron al menos el doble, pero en algunos casos hasta 6 veces, el salario promedio (**Gráfico 33**).

Dentro del grupo de médicos de cabecera asalariados, España se encuentra entre aquellos con mayor ratio respecto del salario medio junto a Suecia y Países Bajos, cerca de 2,4 muy similar al promedio de la OCDE (2,2). En cambio, para los médicos de cabecera por cuenta propia la ratio es mucho mayor, siendo Alemania la que mayor ratio registra, de 5, superando ampliamente al promedio de la OCDE. Por último, respecto de los médicos especialistas asalariados, Irlanda, Alemania, Reino Unido y Países Bajos tienen una ratio que oscila entre 3,2 y 3,4, superior al promedio del OCDE (2,8) y a España (2,7). Para los médicos especialistas por cuenta propia en Bélgica y Alemania ganaron 5 veces más que el salario promedio (5,8 y 5,6 respectivamente).

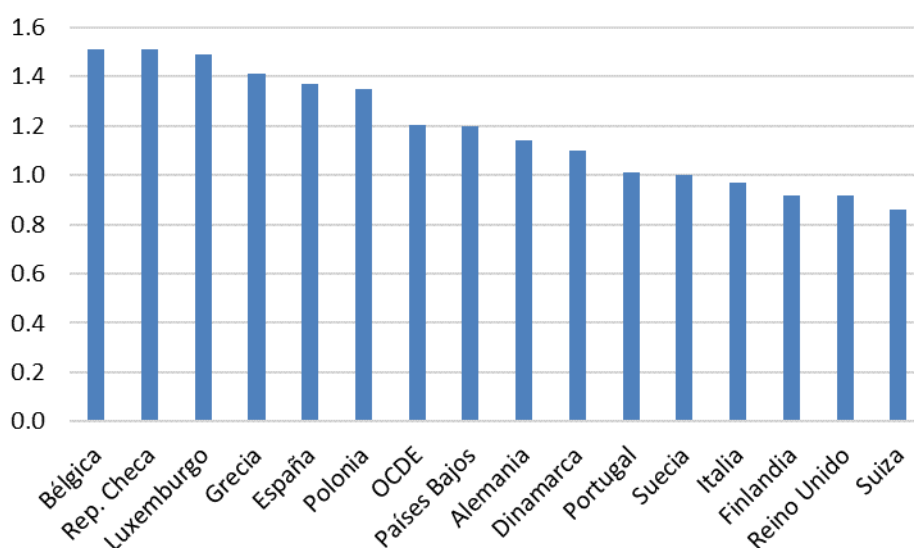
Gráfico 33: Salario de los médicos, relación con el salario medio, 2021 (o año más reciente). Países de la OCDE seleccionados.



Fuente: OECD (2023). Promedio OCDE para médico de cabecera: no hay datos para República Checa, Dinamarca, Grecia, Italia, Nueva Zelanda, Noruega y Eslovaquia.

Por otra parte, también es interesante analizar la ratio de los salarios de los enfermeros en hospitales respecto del salario promedio. En promedio en los países de la OCDE, la remuneración de las enfermeras hospitalarias en 2021 estaban un 20% por encima del salario medio de todos los empleados. Sin embargo, en Suiza, Finlandia y el Reino Unido, las enfermeras ganaban menos que el trabajador promedio, mientras que, en República Checa, Bélgica, y Luxemburgo, sus ingresos eran al menos un 50% superiores a los del conjunto de la economía (**Gráfico 34**). El caso español se encuentra por encima del promedio de la OCDE con una ratio de 1,4 al igual que Grecia y Polonia.

Gráfico 34: Salario de enfermeros en hospitales, relación con el salario medio, 2021 (o año más reciente). Países de la OCDE seleccionados.



Fuente: OECD (2023).

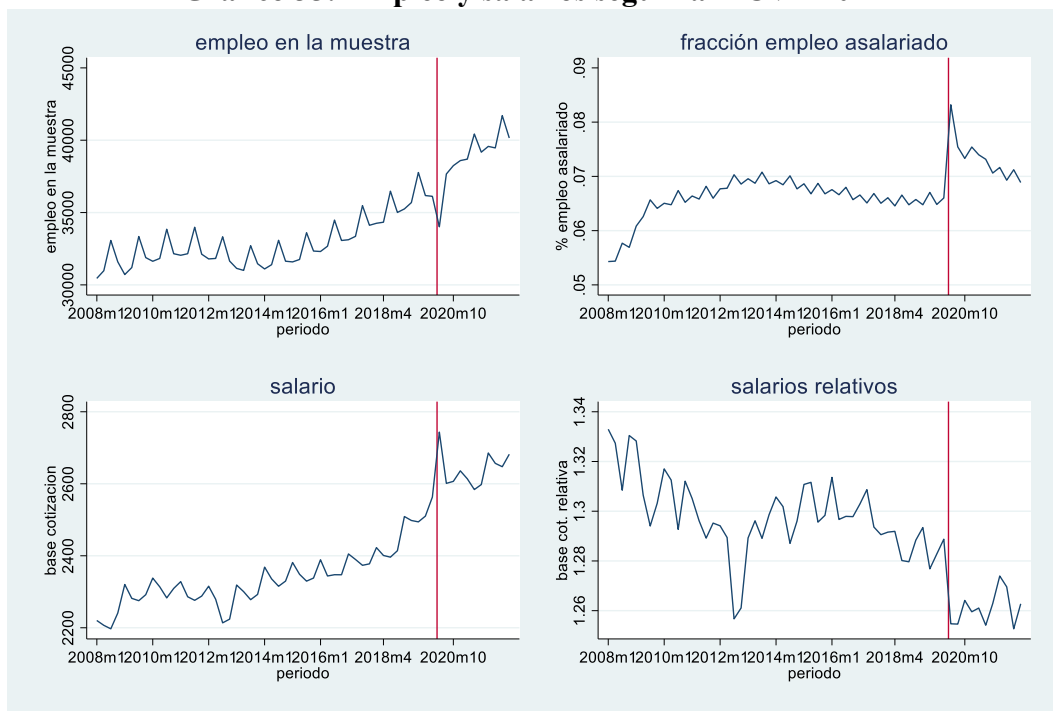
El **Gráfico 35** presenta un resumen de la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales corregidas por censura⁵) en el sector sanitario español en el periodo 2008-2021 en base a los datos de la Muestra Continua de Vidas Laborales 2022. Se puede visualizar notablemente el impacto del COVID-19 (donde se sitúa la línea roja vertical) en el aumento del volumen de empleo y que siguió en una senda creciente durante 2021, observando una ligera caída hacia finales de 2021.

Por otra parte, la fracción de empleo asalariado que se mantenía relativamente estable en torno al 7%, en plena pandemia esta fracción pega un gran salto de un poco más del 8%. Pero posteriormente durante el año 2021 comienza a alcanzar su senda previa hacia el 7%.

Los paneles inferiores muestran la evolución de los salarios nominales (base de cotización mensual) y el diferencial entre los salarios en el sector sanitario y los salarios en general (salarios relativos). En cuanto a los salarios nominales, a comienzos de la pandemia los salarios parecían recuperar dinamismo, aunque luego hacia finales de 2020 vuelve a caer y hacia finales de 2021 tiende a repuntar. Por otra parte, los salarios relativos al inicio de la pandemia llegan a su nivel más bajo de todo el periodo, teniendo un comportamiento más inestable con alzas y bajas durante todo el año 2021, recuperándose levemente hacia finales del 2021.

⁵ Las bases máximas han sido corregidas por censura siguiendo la metodología de Boldrin et al (2004).

Gráfico 35: Empleo y salarios según la MCVL 2022



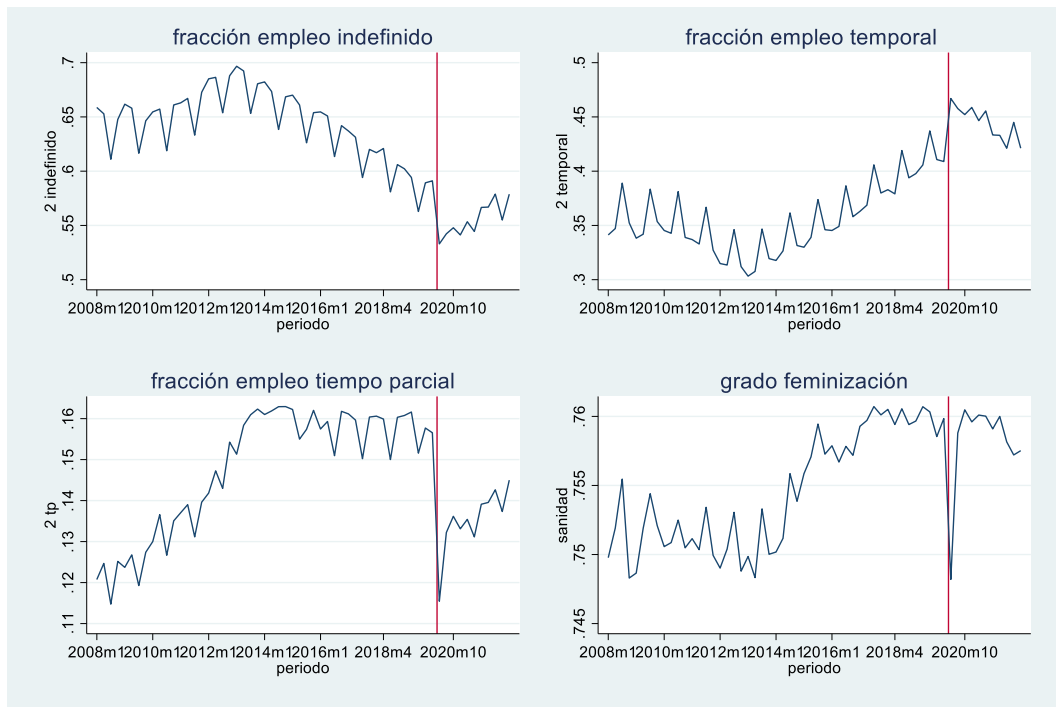
Indicadores calidad de empleo y grado de feminización

Actualización actual: positiva

A continuación, presentamos la evolución reciente de indicadores de calidad de empleo en el sector sanitario (**Gráfico 36**). Como puede apreciarse, con los inicios de la pandemia la fracción de empleo indefinido cae abruptamente y por consiguiente aumenta la fracción de empleo temporal por encima del 45%. Sin embargo, la situación comienza a revertirse hacia 2021 cayendo la temporalidad hacia el 40%, 5 pp menos que en pandemia.

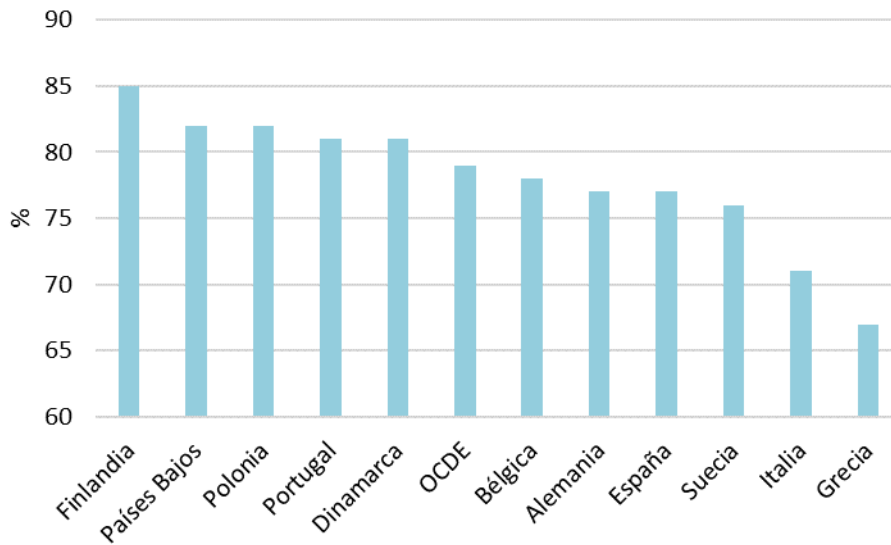
Asimismo, la contratación a tiempo parcial también cae de manera pronunciada con el inicio de la pandemia, pero luego paulinamente se estabiliza y comienza a crecer nuevamente hasta alcanzar un poco más del 14%. Por último, el grado de feminización del sector que también seguía una trayectoria ascendente que se interrumpe con la pandemia, aunque si bien se estabiliza a valores pre-pandemia, hacia finales de 2021 se percibe una nueva caída del grado de feminización.

Gráfico 36: Indicadores de calidad de empleo y grado de feminización según la MCVL 2022



Podemos completar esta sección con el grado de feminización en el sector en una selección de países de la OCDE (**Gráfico 37**). Los datos de la OCDE incluyen no solo al sector sanitario sino también el sector de servicios sociales. Como puede verse en el Gráfico, el porcentaje de mujeres en el sector es muy superior en Finlandia con un 85% y en Países Bajos, Polonia, Portugal y Dinamarca la proporción de mujeres es entre el 81% y 82%, superando al promedio de la OCDE (79%). Para España para el sector sanitario y de servicios sociales en conjunto la proporción asciende al 77% siendo inferior al promedio de la OCDE.

Gráfico 37: Proporción de mujeres en el empleo social y sanitario, 2021 (o año más reciente). Países de la OCDE seleccionados.



Fuente: OECD (2023). Promedio OCDE: Solo 23 países: Estonia, Finlandia, Letonia, República Eslovaca, Corea, Polonia, Países Bajos, Portugal, Dinamarca, Hungría, República Checa, Noruega, Eslovenia, Bélgica, Islandia, España, Alemania, Suiza, Suecia, Japón, Italia, Grecia y México.

7. Resumen de la situación del COVID-19

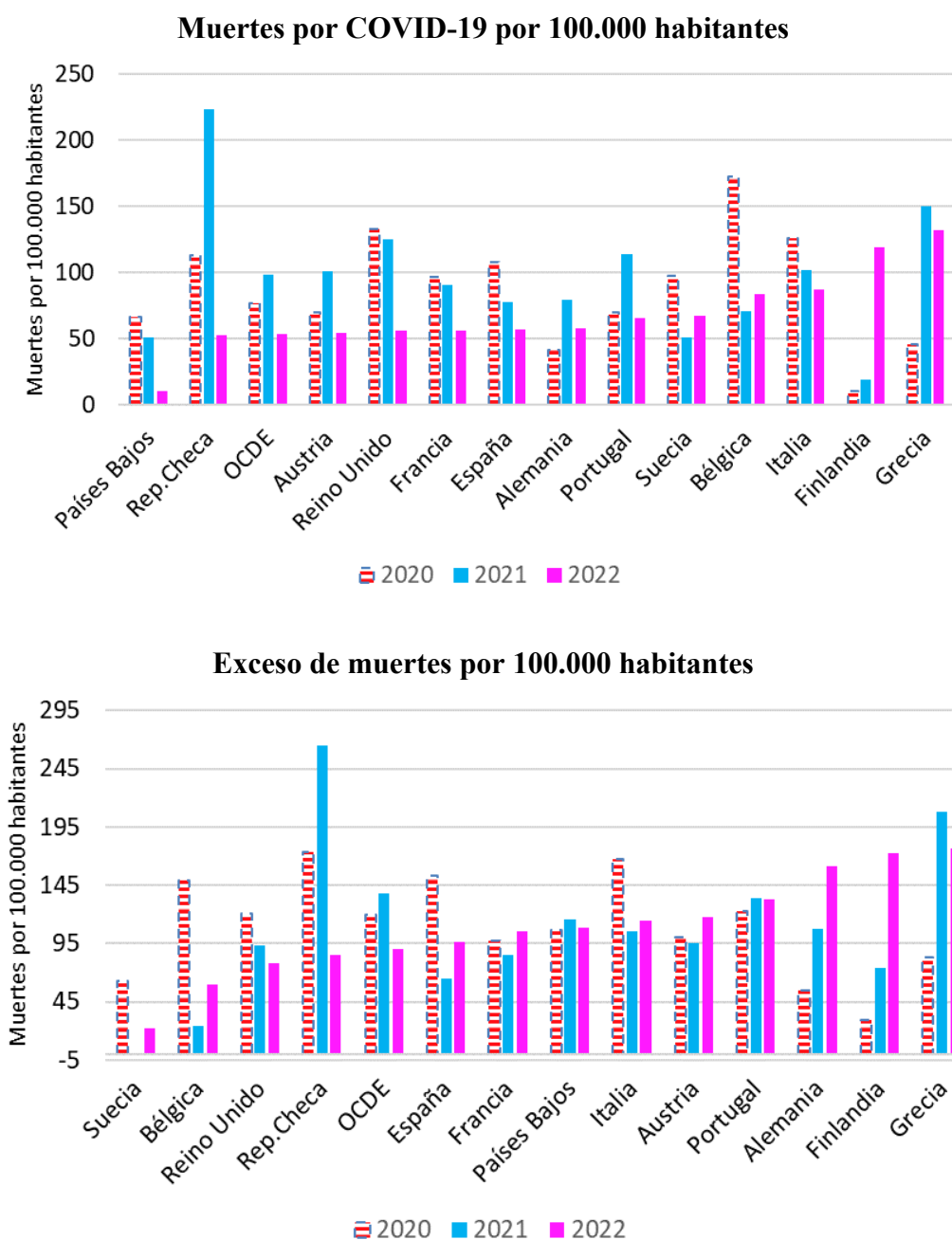
Fallecimientos por COVID-19 y exceso de muertes

Estos indicadores nos proporcionan el estado de la situación del COVID-19 en la actualidad. El exceso de mortalidad es una medida de los fallecimientos de más que se han ido registrando con la crisis sanitaria en comparación con los esperados en condiciones no pandémicas. En el **Gráfico 38** se puede ver el número de muertes por COVID-19 y el exceso de muertes relacionados con la población cada 100.000 habitantes.

Como puede verse en el Gráfico, las muertes por COVID-19 registradas fueron descendiendo año a año después del pico máximo registrado en 2020 y 2021 como en Países Bajos, Reino Unido, Francia, España, Alemania e Italia. En promedio en los países de la OCDE, la mortalidad atribuible al COVID-19 pasó de 1.048.860 personas en 2020 a 739.724 en 2022, una bajada del 30% en el número de muertes (54 muertes por 100.000 habitantes). Para España, la bajada fue aún más considerable del 47%, registrándose en el año 2022 27.147 muertes (57 muertes por 100.000 habitantes).

En cuanto al exceso de muertes, todavía en una vasta mayoría de países, el exceso de muertes supera marcadamente a las muertes reportadas por COVID-19 en 2022. Por ejemplo, Países Bajos registró un exceso de muertes de 109 por 100.000 habitantes frente a las muertes registradas por COVID-19 de 11 por muertes por 100.000 habitantes. En España, el exceso de muertes es de 97 frente a las 57 muertes por 100.000 habitantes y aumenta en 32 muertes por 100.000 habitantes respecto de 2021. En cambio, tanto Bélgica como Suecia el exceso de muertes por inferior a las muertes registradas.

Gráfico 38: Muertes por COVID-19 y Exceso de muertes por 100.000 habitantes. Países seleccionados OCDE. 2020-2022.



Fuente: OECD stat. Nota: los datos para 2022 se calculan con la población de 2021.

Incidencia x 100.000 habitantes en la población mayor a 60 años

En la Tabla 4 podemos ver la expansión del COVID-19 a través de la incidencia acumulada por comunidad autónoma en los últimos 14 días para la población más vulnerable (mayores de 60/65 años). Como puede verse, la tasa de casos confirmados de COVID-19 por cada 100.000 habitantes se fue reduciendo considerablemente a nivel nacional, siendo el punto máximo en 2021 de 535 casos por cada 100.000 habitantes y en la actualidad de 72 por 100.000 habitantes. Los datos a junio a 2023 señalan que ciertas

comunidades como Canarias, Extremadura, Galicia y Madrid están más por encima del promedio nacional y otras como Andalucía, Baleares, Ceuta y Cantabria que están bastante por debajo del promedio nacional.

Tabla 4: Incidencia x 100.000 en ≥ 60 años/65 años (14 días). 2020-2023

CCAA	2020	2021	2022	2023
Andalucía	120.1	359.9	46.3	27.5
Aragón	177.2	477.0	104.4	46.3
Asturias	91.8	484.9	116.0	63.8
Baleares	428.2	428.7	108.3	34.9
Canarias	114.3	661.3	308.9	125.0
Cantabria	122.0	581.1	209.6	40.3
Castilla y León	140.1	772.9	174.9	84.3
Castilla-La Mancha	276.9	417.4	144.3	91.3
Cataluña	317.9	704.7	118.8	46.6
Com. Valenciana	290.0	412.8	126.5	50.5
Extremadura	324.4	542.3	152.7	144.7
Galicia	148.8	321.1	182.7	102.0
Madrid	254.7	922.8	173.6	102.1
Murcia	117.5	380.4	139.0	90.6
Navarra	134.0	1.166.9	167.5	62.2
País Vasco	195.1	771.2	239.7	45.1
La Rioja	224.0	1.044.4	184.9	54.0
Ceuta	0.0	353.8	39.5	39.1
Melilla	135.5	507.4	329.4	131.2
PROMEDIO NACIONAL	190.1	535.3	161.4	72.7

Fuente: Ministerio de Sanidad. Notas: 2020: datos de agosto a diciembre. 2021 y 2022: datos a finales de diciembre. 2023: datos a 16 de junio 2023. En 2022 y 2023 la población es mayor o igual a 60 años, el resto mayor a 65 años.

Capacidad asistencial

En la Tabla 5 se pueden visualizar dos indicadores que miden el nivel de utilización asistencial: 1. El porcentaje de camas ocupadas por pacientes COVID-19 sobre el total de camas disponibles y 2. El porcentaje de camas ocupadas de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) por COVID-19.

El nivel de utilización de los servicios asistenciales por COVID-19 se puso más comprometido en el momento inicial de la pandemia. La información provista por el Ministerio de Sanidad sobre capacidad asistencial se publica a partir de agosto 2020, por ende, no se puede conocer exactamente el impacto de la primera oleada. Como puede verse, los niveles de ocupación se encuentran lejos de alcanzar un nivel de saturación, siendo en 2020 y 2021 el promedio de ocupación de UCI a nivel nacional de casi el 20% y bajando considerablemente en 2022 (3,2%) y 2023 (1,2%) siendo una situación de riesgo bajo.

Por otra parte, a nivel regional y en los momentos álgidos de la pandemia en 2020 y 2021, en ciertas comunidades y ciudades autónomas el porcentaje de camas ocupadas por COVID-19 en las UCIs se situaba entre el 25% y 35% como por ejemplo en Baleares (36% en 2020 y en 2021 más cerca del promedio nacional), Cataluña (30% en 2020 y

37% en 2021), Melilla (28,6% en 2020 y 29,4% en 2021) y Comunidad Valenciana (26,8% en 2020 y 25,6% en 2021).

Tabla 5: % ocupación camas de agudos por COVID y % ocupación camas de UCI por COVID. 2020-2023

CCAA	2020		2021		2022		2023	
	camas covid	camas uci covid	camas covid	camas uci covid	camas covid	camas uci covid	camas covid	camas uci covid
Andalucía	5.2	14.1	6.0	10.4	1.7	1.2	1.2	0.7
Aragón	6.9	21.6	10.4	21.8	2.2	0.5	1.2	0.0
Asturias	7.1	19.7	6.8	15.2	2.3	1.4	1.4	1.1
Baleares	10.6	36.0	7.5	19.3	2.6	1.0	1.2	0.9
Canarias	4.9	9.2	7.2	16.3	5.8	3.6	2.0	1.3
Cantabria	4.9	16.4	6.7	20.3	3.8	5.9	1.7	1.0
Castilla y León	6.9	26.2	7.0	24.5	3.4	1.8	1.4	0.5
Castilla-La Mancha	9.6	22.7	5.2	14.1	3.2	1.5	1.5	1.9
Cataluña	11.1	30.3	9.5	37.0	3.5	6.1	1.5	1.2
Com. Valenciana	14.0	26.8	8.0	25.6	3.1	3.4	1.3	0.3
Extremadura	6.5	13.3	2.9	4.9	1.0	1.2	0.9	0.0
Galicia	4.0	7.3	3.3	6.3	3.1	0.7	1.5	0.3
Madrid	10.4	25.3	9.5	18.9	3.3	4.4	5.8	3.1
Murcia	4.6	15.7	7.4	17.0	2.4	1.3	1.1	0.4
Navarra	4.5	16.0	6.7	22.0	3.0	2.1	1.4	2.1
País Vasco	8.8	16.8	10.8	26.6	4.2	3.6	1.1	0.9
La Rioja	5.9	26.8	8.2	20.8	2.7	3.8	0.9	1.9
Ceuta	2.2	5.9	4.5	17.6	0.6	0.0	1.7	5.9
Melilla	6.1	28.6	7.9	29.4	3.9	18.2	2.0	0.0
PROMEDIO NACIONAL	7.1	19.9	7.1	19.4	2.9	3.2	1.6	1.2

Fuente: Ministerio de Sanidad. Notas: 2020: datos de agosto a diciembre. 2021 y 2022: datos a finales de diciembre. 2023: datos a 16 de junio 2023.

La cobertura de vacunación

En la actualidad, los niveles de vacunación contra la enfermedad del coronavirus son elevados en todos los grupos de población. Según los datos a junio 2023 provistos por el Ministerio de Sanidad, el 92,6% de la población mayor de 12 años residente en España (susceptible de ser vacunada) se encuentra cubierta por la vacuna del COVID-19. La Tabla 6 muestra un resumen del porcentaje de población vacunada en cada comunidad autónoma según los últimos datos a 30 de junio 2023 por grupos etarios. Se puede ver en la Tabla que la población mayor de 60 años o más se encuentra cubierta casi en su totalidad y especialmente la población de 80 años o más que llega al 100% en todas las comunidades prácticamente, a excepción de las ciudades autónomas (84-85%) y Baleares y Canarias, 91% y 95% respectivamente.

Tabla 6: % pauta completa sobre población por grupos etarios y comunidad autónoma. Datos a junio 2023.

CCAA	Total población España	80 o más años	70-79	60-69	50-59	40-49	30-39	20-29	12-19
Andalucía	93%	100%	97%	94%	94%	92%	88%	86%	97%
Aragón	93%	100%	99%	95%	94%	93%	87%	83%	92%
Asturias	96%	100%	100%	97%	95%	93%	89%	86%	102%
Baleares	82%	95%	89%	86%	84%	80%	75%	76%	85%
Canarias	84%	91%	88%	87%	86%	83%	77%	76%	94%
Cantabria	94%	100%	99%	95%	93%	92%	88%	85%	100%
C-León	96%	100%	100%	97%	94%	92%	87%	88%	117%
C-La									
Mancha	90%	100%	99%	94%	91%	87%	83%	80%	93%
Cataluña	91%	100%	95%	93%	93%	92%	87%	82%	90%
C. Valenc.	93%	100%	97%	95%	94%	92%	88%	86%	98%
Extremadura	96%	100%	100%	98%	96%	94%	89%	85%	101%
Galicia	96%	100%	99%	97%	95%	94%	90%	88%	104%
La Rioja	97%	100%	100%	100%	97%	95%	91%	84%	97%
Madrid	92%	99%	95%	94%	95%	92%	89%	85%	93%
Murcia	93%	100%	100%	97%	95%	94%	88%	83%	92%
Navarra	93%	100%	97%	94%	94%	92%	89%	85%	96%
País Vasco	95%	103%	98%	96%	97%	96%	92%	86%	95%
Ceuta	90%	85%	89%	89%	92%	92%	85%	85%	102%
Melilla	90%	84%	87%	90%	95%	98%	85%	82%	95%
Total	92.6%	100%	97%	94%	94%	92%	88%	85%	96%

Fuente: Ministerio de Sanidad. Notas: 2020: datos de agosto a diciembre. 2021 y 2022: datos a finales de diciembre. 2023: datos a 16 de junio 2023.

8. Conclusiones

En términos generales, la situación sanitaria en la España post-pandemia, respecto a la situación previa, no ha sufrido un deterioro considerable a la luz de los indicadores presentados. Los indicadores más generales del estado de salud de la población siguen teniendo buen desempeño. Buenos ejemplos son la esperanza de vida, que se recupera después del retroceso de 2020 causado por la pandemia, o la tasa bruta de mortalidad en España, que vuelve a situarse entre las menores a nivel mundial. También cabe destacar el indicador de mortalidad infantil que viene mostrando una clara senda decreciente en los últimos años. En contraste, otros indicadores muestran signos de alarma como la esperanza de vida en buena salud que no llega a alcanzar, de momento, los niveles pre-pandemia así como el porcentaje de nacidos con peso anormalmente bajo que si bien venía descendiendo desde 2018 aumenta ligeramente en 2021.

Dentro del grupo de indicadores de riesgos para la salud, los relacionados con el consumo de tabaco siguen una senda positiva. Los últimos datos confirman que en 2020 (último año disponible para España) el 20% de la población española de 15 o más años es fumadora diaria, 2 décimas menos que en 2017. Lo mismo sucede con el número de cigarrillos consumidos al día que disminuyó 3 décimas para el mismo periodo. Además, la tasa de obesidad cae considerablemente en 2020 respecto de 2017 y esperamos que continúe en dicha senda en el próximo futuro. Sin embargo, hay otros indicadores que

han vuelto a generar preocupación como los accidentes de tráfico y la frecuencia de los accidentes de trabajo que habían experimentado un retroceso con la pandemia y que se han reactivado con posterioridad a la misma.

En el plano financiero, el indicador de gasto sanitario para el año 2022 (dato provisional) sitúa a España en una posición mejor que el promedio de la OCDE, aunque en términos de evolución se percibe una caída de 3 décimas respecto de 2021. En términos per cápita si bien se encuentra por debajo del promedio de la OCDE sí que ha experimentado una gran mejoría con un aumento del 9% en 2022 respecto de 2021. También, los presupuestos en sanidad a nivel regional mostraron una evolución favorable después de la pandemia. Mención específica merece el gasto farmacéutico, ya que, si bien el gasto farmacéutico general parece controlado, el gasto farmacéutico hospitalario sigue una senda de crecimiento sostenido, debido principalmente al componente de tratamientos oncológicos, que crecen sostenidamente cada año, muchas veces sin una evidencia de coste-efectividad clara.

Los datos del Barómetro Sanitario 2022 señalan un cierto debilitamiento en la percepción y valoración del sistema de salud por parte de los ciudadanos en el escenario post-pandemia. Asimismo, la situación de las listas de espera según las estadísticas oficiales muestra un empeoramiento debido al aumento del número de pacientes en espera estructural del 12% en 2022 respecto de 2021. Dicho empeoramiento se alinea con la percepción de que el problema de las listas de espera ha empeorado según el Barómetro Sanitario. Por otra parte, las consultas al médico de cabecera o especialista y su probabilidad vuelven a aumentar en 2022 respecto a los años precedentes, más afectados por la pandemia.

Por último, en materia de empleo, según los datos de la EPA, el número de ocupados en el sector sanitario se mantiene estable en 2023, alrededor del 6,2% del total de ocupados, y en un nivel similar al promedio de la UE. Además, el aumento del número de ocupados en el sector sanitario en el segundo trimestre 2023 es del 3% respecto del mismo trimestre del año anterior. Por otra parte, los datos de la MCVL, probablemente producto de la reforma laboral, señalan una recuperación hacia finales de 2021 de la fracción de empleo indefinido en el sector y por consiguiente una caída de la fracción de empleo temporal. Asimismo, los salarios del sector, tanto en niveles como relativos, muestran un cierto repunte hacia finales del año 2021 que se mantiene en 2022. Sin embargo, el nivel de salarios, especialmente para médicos especialistas, sigue siendo insuficiente para compensar el “burnout” de los trabajadores del sector.

En conjunto, la evolución de los indicadores del sector puede calificarse como favorable, aunque persisten las incógnitas que planeaban en los años previos a la pandemia sobre el sector y que en general no recogen los indicadores de sector. Cabe mencionar los problemas de indefinición de la gobernanza, salarios y burnout de los trabajadores y calidad asistencial, entre otros problemas de importancia diversa.

Referencias y fuentes de información estadística utilizadas

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2019), “Estudio ALADINO: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019”, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, disponible en:
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Aladino_2019.pdf
- Barber, P. y González López-Valcárcel. B. (2019), “Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030”, Equipo Economía de la Salud, Universidad de las Palmas de Gran Canaria, disponible en:
<https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/106259>
- Dirección General de Tráfico, Víctimas de accidentes de trabajo, disponible en:
<https://www.dgt.es/menusecundario/dgt-en-cifras/>
- EUROSTAT database:
https://ec.europa.eu/eurostat/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_nPqeVbPXRmWQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2
 - *Esperanza de vida en buena salud* en: Population and Social Conditions\Health\Health Status\Healthy life years (from 2004 onwards).
 - *Porcentaje de la población con algún problema de salud o enfermedad de larga duración* en: Population and Social Conditions\Health\Health Status\People having a long-standing illness or health problem, by sex, age and labour status.
 - *Tasa estandarizada de incidencia de accidentes de trabajo no fatales por cada 100.000 trabajadores* en: Population and Social Conditions\Health\Health and safety at work\Accidents at work by sex, age and NACE Rev. 2 activity (A, C-N).
 - *Coefficiente de gini* en: Living conditions and welfare\Income and living conditions\Income distribution and monetary poverty\Distribution of income\ Gini coefficient of equivalised disposable income
 - *Tasa de pobreza* en: Living conditions and welfare\Income and living conditions\People at risk of poverty and social exclusion\Main indicator\People at risk of poverty or social exclusion by age and sex
 - *Participación ocupados en el sector de la sanidad sobre el empleo total* en: Population and Social Conditions\Labour market\Employment and unemployment\LFS series-detailed quarterly survey results\Employment-LFSseires\Employment by sex, age and citizenship (1 000) y Employment by sex, age and detailed economic activity (from 2008 onwards, NACE Rev. 2 two digit level) - 1 000
- INE:
 - *Indicadores de mortalidad infantil*, disponible en:
<http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1484&L=0>
 - *Encuesta Nacional de Salud*, disponible en:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195295&idp=1254735573175

- Encuesta Europea de Salud en España, disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175
- IPSOS (2022), “IPSOS Monitor Global de Salud 2022”, disponible en <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-09/Ipsos%20Monitor%20Global%20de%20Salud%202022%5B37%5D%20%20-%20%20Solo%20lectura.pdf>
- Meneu, R., Ortún, V. y Urbanos, R. (2023), “La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiación, organización y gestión”, Centre de Recerca en Economia y Salut de la Universitat Pompeu Fabra, Health Policy Papers Collection 2023 – 3, Barcelona, abril, disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/56779/WP2023HPP_3MOU.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Trabajo y Economía Social, Estadísticas de accidentes de trabajo, disponible en: <https://www.mites.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>
- Ministerio de Sanidad:
 - *Barómetros sanitarios 2006-2022* (microdatos), disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadisticas/microdatos.do>
 - *Gasto farmacéutico a través de receta oficial del SNS*, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>
 - *Presupuestos iniciales en sanidad*, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>
 - *Sistema de información de listas de espera*, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>
 - *Informes de indicadores de la situación publicados durante la crisis sanitaria*, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/evolucion/indicadores.htm>
 - *Estrategia de vacunación COVID-19 en España*, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/vacunaCovid19.htm>
- Ministerio de Sanidad (2022), Nota de prensa, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5718>
- OECD Health Statistics 2023, disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- OECD (2023), “Health at a Glance 2023: OECD Indicators”, OECD Publishing, Paris, disponible en: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Seguridad Social, Muestra Continua de Vidas Laborales de 2007 a 2022 (microdatos).
- Sociedad Española de Oncología médica (2013)

- World Obesity (2023), “World Obesity Atlas 2023, nota de prensa”, disponible en: https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World_Obesity_Atlas_2023_Press_Release.pdf