Estudios sobre la Economía Española - 2016/30

SEGUNDO INFORME DEL OBSERVATORIO DE SANIDAD FEDEA *

Sergi Jiménez-Martín
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona GSE and FEDEA

Analía Andrea Viola
FEDEA

* Este trabajo ha sido realizado en el marco de la Cátedra CaixaBank de investigación sobre "Economía de la Salud y Hábitos de Vida". Las opiniones y análisis que en él aparecen son responsabilidad de los autores y no coinciden necesariamente con los de CaixaBank.

fedea

Observatorio de la Sanidad de Fedea

segundo informe

octubre 2016

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

ANALÍA ANDREA VIOLA
(Fedea)

fedea

RESUMEN (NON TECHNICAL SUMMARY)

Tras la fuerte expansión del gasto sanitario registrada entre 2000 y 2009, hemos asistido desde 2010 a una fuerte contracción de los recursos destinados al sistema sanitario español. Según los últimos datos disponibles, entre 2011 y 2014 las comunidades autónomas redujeron su gasto en sanidad en algo más del 6% en términos nominales y en torno al 10% en términos reales. Afortunadamente, en los dos últimos años los presupuestos iniciales en sanidad de las comunidades autónomas mostraron una leve mejoría, con un aumento global del 3% en 2015 y del 5% en 2016 en relación al año anterior.

Esta reciente mejoría se enmarca en un contexto económico relativamente más favorable. Las tasas trimestrales de crecimiento del PIB comenzaron a ser positivas a partir del tercer trimestre 2013 (0,4%), situándose en la actualidad en el 0,8% (Contabilidad Nacional Trimestral de España segundo trimestre 2016). Como resultado, el PIB creció sistemáticamente en términos interanuales a partir del primer trimestre 2014, partiendo del 0,4% y alcanzando el 3,2% en el segundo trimestre 2016.

¿Cómo se han trasladado estas condiciones económicas a los indicadores del sector sanitario?. El rasgo más destacado desde la primera entrega del observatorio ***es la ausencia de cambios importantes en los principales indicadores del sistema de salud***. Es decir, afortunadamente, ***el sistema no ha sufrido un deterioro significativo entre 2013 y 2015***. Es más, en este periodo España a pasado a ser el país del mundo con la mayor esperanza de vida, lo cual no es nada despreciable. Dentro de este contexto general moderadamente satisfactorio, nos gustaría resaltar, no obstante, una evolución muy desfavorable de la percepción del problema de las listas de espera (de acuerdo con el Barómetro Sanitario), y un claro deterioro de los índices de pobreza y desigualdad, indicadores que habitualmente anticipan futuros deterioros en salud. En definitiva, estos resultados nos dejan entrever que dejamos atrás las noticias desalentadoras pero aún distamos de poder dar noticias claramente positivas.

Valoración de los indicadores

Del total de 31 indicadores que presentamos, 14 reflejan una situación positiva, 9 preocupante, 7 negativa y 1 muy negativa (véase la Tabla Resumen anexa). En resumen una situación algo mejor de la mostrada en nuestro anterior informe, pero aún ciertamente preocupante.

Indicadores generales de salud

Entre los indicadores que reflejan el estado de salud de la población, observamos una cierta estabilidad. ***La esperanza de vida (que ha subido casi un año) sigue liderada por España en 83,3 años*** y el número de años perdidos de vida potencial (una medida de mortalidad prematura) continúa mejorando. En el caso de la salud de la población infantil notamos una ligera mejora, aunque con ciertos altibajos, del indicador de mortalidad infantil en los últimos años. En contraste, se detecta una mayor incidencia de

enfermedades crónicas como la depresión y trastornos mentales que generan altas tasas de muerte.

Riesgos para la Salud

Respecto a los indicadores de riesgos para la salud, la obesidad tanto en adultos como en la población infantil sigue siendo un desafío para las políticas sanitarias públicas dado que no se han observado avances favorables en este tiempo. Además, ***el incremento de la tasa de pobreza y desigualdad de la renta registrado durante la crisis podrían exacerbar aún más en el medio y largo plazo las desigualdades en salud de la población***. Asimismo observamos aumentos moderados en el número de muertes por accidentes de tráfico (0,5% en 2014) y el número de heridos leves (un 9% en 2014) y el número de muertos por accidentes de trabajo (5%). Por otra parte, los indicadores de hábito tabáquico son alentadores dado que hay menor prevalencia de fumadores diarios y se percibe una reducción importante en el consumo de cigarrillos per cápita.

Valoración del sistema sanitario

En cuanto a la percepción y valoración del sistema sanitario, el Barómetro Sanitario 2014 refleja indicios de un empeoramiento de los principales ejes del sistema, quizás reflejando el retroceso de la inversión en el sector. En efecto, la apreciación de que el sistema sanitario funciona bastante bien ha caído cerca de 7 puntos porcentuales desde 2011, pasando de un 25,4% a un 19%. Otro aspecto de fundamental importancia es el problema de las listas de espera. En este sentido, ***el porcentaje de población que piensa que el problema de las listas de espera ha empeorado ha aumentado 20 en solo tres años*** (de 2011 a 2014). Sin embargo, se debe notar que con los últimos datos disponibles del Barómetro Sanitario 2015, se aprecian algunas mejoras en las listas de espera y una mejor valoración del sistema sanitario español.

Evolución financiera

En el plano financiero, las cifras de 2014 y sobre todo 2015 son algo mejores que los años precedentes. Asimismo, en lo que respecta al gasto sanitario total como porcentaje del PIB, España se encuentra por detrás de los países de la OCDE y especialmente del conjunto de países con sistemas nacionales de salud como Suecia e Inglaterra. Otro dato importante es el aumento de la participación del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total en 2013, revertiendo la tendencia a la baja de los años previos aunque se percibe una disminución en el año 2014 que esperamos continúe en los próximos años.

El mercado de trabajo sanitario

Por último, las cifras sobre empleo del sector sanitario siguen dando señales de recuperación. Por ejemplo, ***en el tercer trimestre de 2015 el empleo en el sector sanitario creció un 2,6%*** respecto al mismo periodo del año anterior, tendencia que **se consolidó en los trimestres posteriores con un crecimiento del *6,2% en el cuarto trimestre de 2015, del 5,5% en el primer trimestre de 2016 y un espectacular 7,1% en el segundo trimestre de 2016.*** La participación del sector sanitario sobre el total de ocupados si bien no ha dado grandes saltos se ha mantenido estable desde hace varios periodos, quizás con una ligera tendencia al alza en los últimos trimestres. En cuanto a

las bases de cotización (salarios), también se intuyen mejoras ya que se detecta una leve tendencia al alza en el año 2015, aunque también destaca un aumento de la contratación a tiempo parcial. Uno de los aspectos más preocupantes es quizás que ***la recuperación de cotizantes en el sector se está haciendo mayoritariamente a través de empleo temporal y tiempo parcial, que han aumentado su prevalencia en los últimos años***.

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	Positivo	Positiva	X			
G3: Número de años perdidos de vida potencial	Positivo	Positiva	X			
T1: Tasas estandarizadas de defunción por 100.000 habitantes	Positivo	Positiva	X			
G4/G5: Mortalidad infantil	Positivo	Preocupante		X		
G6: Bajo peso al nacer	Preocupante	Preocupante		X		
G7: Estado de salud percibido.	Positivo	Positiva	X			
G8: Enfermedades crónicas/de larga duración	Positivo	Positiva	X			
G9: Enfermedades crónicas/de larga duración para España (diabetes, depresión, migrañas, úlcera de estómago y tensión alta)		Preocupante		X		
Subsección 1.1: Salud Mental						
G10/G11: Proporción de muertes por desordenes mentales sobre el total de muertes	Preocupante	Negativa			X	
G12: Tasas estandarizadas de muerte por suicidio cada 100.000 habitantes	Positivo	Preocupante		X		
Sección 2: Riesgos para la salud						
G13: Consumo de tabaco	Preocupante	Positiva	X			
G14: Número de cigarrillos consumidos al día	Positivo	Positiva	X			
G15: Víctimas de accidentes de tráfico	Positivo	Preocupante		X		
G16: Frecuencia de accidentes de trabajo	Negativo	Positiva		X		

G17/G18: Obesidad	Negativo	Positiva			X	
G19: Obesidad infantil		Negativa			X	
G20: Tasa de pobreza y coeficiente de Gini	Negativo	Negativa				X
Sección 3: Gasto en sanidad						
G21: Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	Preocupante	Negativa			X	
G22: Gasto sanitario total real per cápita	Negativo	Negativa			X	
G23: Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total	Preocupante	Positiva		X		
T2/G24: Presupuestos iniciales CCAA por habitante		Positiva	X			
Sección 4: Barómetro Sanitario						
G25: Opinión sistema sanitario/T3: Calidad percibida países Europa.	Positivo	Positiva	X			
G26: Problema de las listas de espera		Negativa			X	
G27: Sistema de información de listas de espera		Negativa			X	
T4/G28: Probabilidad de visitas hospital, cabecera, especialista		Preocupante		X		
T5: Número condicional de visitas al médico (cab. y esp.)		Positiva	X			
Sección 5: Indicadores de situación laboral en sanidad						
G29: Participación ocupados en sanidad en el total	Preocupante	Positiva	X			
G30: Variación interanual número de ocupados en sanidad		Positiva	X			
G31: Empleo y salarios		Positiva	X			
G32: Indicadores calidad de empleo		Preocupante		X		
TOTAL	31 indicadores		14	9	7	1

SEGUNDO INFORME DEL OBSERVATORIO DE SANIDAD FEDEA

1. INTRODUCCION

Tras unos años de fuerte expansión del gasto sanitario de 2000 a 2009, con el inicio de la crisis en 2009 y la implementación de medidas de ajuste fiscal más pronunciadas en 2012, hemos asistido a una fuerte contracción de los recursos destinados al sistema sanitario español (OECD y EU, 2014; OECD Stat; Sistema de Cuentas de Salud del Ministerio de Sanidad). Según los últimos datos disponibles, entre 2011 y 2014 las comunidades autónomas redujeron su gasto en sanidad en algo más del 6% en términos nominales y un 10% en términos reales. Afortunadamente, en 2015, aprovechando el tirón de varias citas electorales, los presupuestos iniciales de sanidad de las comunidades autónomas mostraron una sustancial mejoría, ya que aumentaron en un 3% en el conjunto nacional respecto a 2014 y un 5% en el año 2016 respecto a 2015.

Dicha mejoría se enmarca en un contexto económico relativamente más favorable en estos últimos tres años. Las tasas trimestrales de crecimiento del PIB a partir del tercer trimestre 2013 (0,4%) comenzaron a ser positivas, situándose en la actualidad en el 0,8% (Contabilidad Nacional Trimestral de España segundo trimestre de 2016). Al mismo tiempo, el PIB creció sistemáticamente en términos interanuales a partir del primer trimestre 2014, partiendo del 0,4% y alcanzando el 3,2% en el segundo trimestre de 2016.

¿Cómo se ha trasladado todo esto a la evolución de los indicadores del sector sanitario? *El resultado más característico desde la primera entrega de nuestro Observatorio ha sido la ausencia de cambios importantes en los principales indicadores del sistema de salud. Es decir, afortunadamente, el sistema sanitario español no ha sufrido un deterioro significativo entre 2013 y 2015.*

Dentro de este contexto general moderadamente satisfactorio, nos gustaría resaltar, no obstante, una evolución ciertamente desfavorable de la percepción del problema de las listas de espera (a través del Barómetro Sanitario), de los índices de pobreza y un sustantivo crecimiento de la desigualdad (medida por el coeficiente de Gini), indicadores que habitualmente anticipan futuros deterioros en salud, con especial incidencia en los colectivos más desfavorecidos. En definitiva, estos resultados nos dejan entrever que dejamos atrás las noticias desalentadoras pero aún distamos de poder dar noticias claramente positivas ya que existen riesgos importantes de cara al futuro.

Los indicadores y su valoración

En el presente informe, de forma similar a nuestro primer informe, valoramos una lista de indicadores que resumen el estado corriente o la evolución de las variables de interés, a menudo trabajando en términos comparados con los países de la OCDE. En cada caso, identificamos con color verde una situación o una evolución positiva, con color naranja una situación preocupante, con rojo una situación

negativa y con negro identificamos a aquellos indicadores que consideramos han tenido 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 *variación* del indicador en los últimos años o su tendencia reciente.

Además, en gran parte de los indicadores presentados incluimos 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.

Del total de 31 indicadores que presentamos, 14 reflejan una situación positiva, 9 preocupante, 7 negativa y 1 muy negativa (véase la Tabla Resumen).

Entre los indicadores que reflejan el estado de salud de la población, observamos una cierta estabilidad. España sigue siendo líder europeo en esperanza de vida al nacer, con 83,3 años, y el número de años perdidos de vida potencial (una medida de mortalidad prematura que pondera más las muertes acaecidas en edades tempranas) continúa mejorando. En el caso de la salud de la población infantil notamos un mejor comportamiento del indicador de mortalidad infantil en 2013 respecto de 2012 descendiendo de 3,1 a 2,7 por cada mil nacidos vivos y en menor medida en 2014 dado que aumenta a 2,9. En contraste, se percibe una mayor incidencia de enfermedades crónicas como la depresión y trastornos mentales que generan altas tasas de muerte.

Respecto a los indicadores de riesgos para la salud, la obesidad tanto en adultos como en la población infantil sigue siendo un desafío para las políticas sanitarias públicas dado que no se han observado avances favorables en este tiempo (la tasa de obesidad en España sigue estando por encima del promedio de la OCDE). Además, las mayores tasas de pobreza y desigualdad registradas podrían exacerbar aún más a medio y largo plazo las desigualdades en salud de la población. Asimismo observamos aumentos moderados en el número de muertes por accidentes de tráfico (0,5% en 2014) y en la ratio entre accidentes de trabajo y horas trabajadas. Por otra parte, los indicadores de hábito tabáquico son alentadores dado que hay menor prevalencia de fumadores diarios y se percibe una reducción importante en el consumo de cigarrillos per cápita.

En cuanto a la percepción y valoración del sistema sanitario, el Barómetro Sanitario 2014 refleja indicios de un empeoramiento de los principales ejes del sistema. En efecto, la apreciación de que el sistema sanitario funciona bastante bien ha caído cerca de 7 puntos porcentuales desde 2011, pasando de un 25,4% a un 19%. Otro aspecto de fundamental importancia es el problema de las listas de

espera. En este sentido, aunque en nivel absoluto las listas de espera parecen haber decrecido en los dos últimos años, observamos un aumento de 20 pp entre 2011 y 2014 en el porcentaje de la población que opina que el problema de las listas de espera ha empeorado. Sin embargo, otro panorama nos ofrecen los nuevos datos del Barómetro Sanitario 2015 donde se aprecian algunas mejoras en las listas de espera y una mejor apreciación del sistema sanitario español.

En el plano financiero, los últimos datos de 2014 y 2015 son algo mejores que los de años precedentes. A nivel internacional, España se encuentra en una posición relativamente baja en lo que respecta al gasto sanitario total como porcentaje del PIB (especialmente respecto al conjunto de países con sistemas nacionales de salud como Suecia e Inglaterra). Otro dato importante es el aumento de la participación del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total en 2013, revertiendo la tendencia a la baja de los años previos aunque en el año 2014 se percibe una disminución que esperamos continúe en los próximos años.

Por último, las cifras sobre empleo reflejan claramente la mejora de la actividad económica y la recuperación del presupuesto sanitario. Según la EPA, en el tercer trimestre de 2015 el empleo en el sector sanitario creció un 2,6% respecto al mismo periodo del año anterior y se consolidó en los trimestres posteriores: 6,2% más en el cuarto de 2015, 5,5% en el primero de 2016 y un espectacular 7,1% en el segundo trimestre de 2016. Ello ha repercutido en la participación del sector sanitario en el total de ocupados, que se ha movido ligeramente al alza en los últimos trimestres. En cuanto a las bases de cotización (salarios), también se intuyen mejoras ya que se detecta una leve tendencia al alza en el año 2015. Quizás, el único pero es que la recuperación de cotizantes en el sector se está haciendo mayoritariamente a través de empleo temporal, que ha aumentado su prevalencia en el empleo según la Muestra Continua de Vidas Laborales.

Como complemento al análisis de la evolución general incluimos una *tribuna*, a cargo de la profesora *Rosa Urbanos* de la Universidad Complutense de Madrid, en la que se revisa la situación actual de la salud mental en España y Europa. En general, en una gran mayoría de países europeos la salud mental está bastante desfinanciada y la situación se caracteriza todavía por la ausencia de una política explícita de salud mental. Según los datos del Atlas de la Salud Mental 2005[1], el peso de la salud mental dentro del presupuesto sanitario total puede oscilar entre el 2-3% en países como Portugal, Rumanía, Croacia y República Checa y un 10-13% en Luxemburgo, Malta, Suecia e Inglaterra. Para el caso de España, según los datos del Atlas de Salud Mental 2011[2], la proporción del presupuesto sanitario que se destina a salud mental alcanza el 5%.

[1] Información disponible en: http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1
[2] Información disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/esp_mh_profile.pdf?ua=1

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	Positivo	Positiva	X			
G3: Número de años perdidos de vida potencial	Positivo	Positiva	X			
T1: Tasas estandarizadas de defunción por 100.000 habitantes	Positivo	Positiva	X			
G4/G5: Mortalidad infantil	Positivo	Preocupante		X		
G6: Bajo peso al nacer	Preocupante	Preocupante		X		
G7: Estado de salud percibido.	Positivo	Positiva	X			
G8: Enfermedades crónicas/de larga duración	Positivo	Positiva	X			
G9: Enfermedades crónicas/de larga duración para España (diabetes, depresión, migrañas, úlcera de estómago y tensión alta)		Preocupante		X		
Subsección 1.1: Salud Mental						
G10/G11: Proporción de muertes por desordenes mentales sobre el total de muertes	Preocupante	Negativa			X	
G12: Tasas estandarizadas de muerte por suicidio cada 100.000 habitantes	Positivo	Preocupante		X		
Sección 2: Riesgos para la salud						
G13: Consumo de tabaco	Preocupante	Positiva	X			
G14: Número de	Positivo	Positiva	X			

cigarrillos consumidos al día						
G15: Víctimas de accidentes de tráfico	Positivo	Preocupante		X		
G16: Frecuencia de accidentes de trabajo	Negativo	Positiva		X		
G17/G18: Obesidad	Negativo	Positiva			X	
G19: Obesidad infantil		Negativa			X	
G20: Tasa de pobreza y coeficiente de Gini	Negativo	Negativa				X
Sección 3: Gasto en sanidad						
G21: Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	Preocupante	Negativa			X	
G22: Gasto sanitario total real per cápita	Negativo	Negativa			X	
G23: Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total	Preocupante	Positiva		X		
T2/G24: Presupuestos iniciales CCAA por habitante		Positiva	X			
Sección 4: Barómetro Sanitario						
G25: Opinión sistema sanitario/T3: Calidad percibida países Europa.	Positivo	Positiva	X			
G26: Problema de las listas de espera		Negativa			X	
G27: Sistema de información de listas de espera		Negativa			X	
T4/G28: Probabilidad de visitas hospital, cabecera, especialista		Preocupante		X		
T5: Número condicional de visitas al médico (cab. y esp.)		Positiva	X			
Sección 5: Indicadores de situación laboral en sanidad						
G29: Participación ocupados en sanidad en el total	Preocupante	Positiva	X			
G30: Variación interanual número de ocupados en sanidad		Positiva	X			
G31: Empleo y salarios		Positiva	X			
G32: Indicadores calidad de empleo		Preocupante		X		
TOTAL	31 indicadores		14	9	7	1

3. LA SALUD MENTAL

En Europa los primeros esfuerzos para estudiar la salud mental comenzaron a verse en 2001 a partir del Proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este proyecto intentaba producir información sobre el gasto en salud mental en los países de Europa y del mundo (McDaid et al., 2005). Más tarde se crea otra Red Europea de Economía en Salud Mental en 2002 (en inglés MHEEN) y en 2004 se expande para incluir a más países miembros. Es financiada por la Comisión Europea y coordinado por Mental Health Europe y la London School of Economics y permite aportar y complementar mayor información sobre el tema en los países europeos.

En 2005 la OMS lleva adelante la Conferencia de Ministros Europeos de Sanidad en Helsinki en donde se asume el compromiso político de las autoridades europeas a favor de la salud mental. A partir de esta iniciativa, en 2006 se aprobó la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en España (Espino, 2007)[3] y posteriormente en 2009 se realizaba la actualización de la Estrategia para el periodo 2009-2013. Si bien se ha establecido una estrategia a nivel nacional, cada comunidad autónoma formula sus planes de salud mental, generando una diversidad de sistemas en la atención y provisión.

Una de las mayores preocupaciones en Europa es la prevención y el tratamiento de la enfermedad mental así como la manera de abordar el problema con políticas sociales integradoras y transversales. Algunas veces la barrera del estigma social es tan fuerte que produce un obstáculo en ciertas culturas. En este sentido, todavía en algunos países existen prácticas de aislamientos del paciente psiquiátrico que generan exclusión y discriminación social (McDaid, et al., 2007).

En general, en una gran mayoría de países europeos la salud mental está bastante mal financiada y no existe todavía una política explícita de salud mental. Según los datos del Atlas de la Salud Mental 2005[4], la proporción del presupuesto en salud mental respecto del presupuesto sanitario puede oscilar entre el 2-3% en países como Portugal, Rumanía, Croacia y República Checa a un 10-13% en Luxemburgo, Malta, Suecia e Inglaterra. Para el caso de España, según los datos del Atlas de Salud Mental 2011[5], la proporción del presupuesto sanitario que se destina a salud mental alcanza el 5%.

[3] Desde 1985 se comienzan a elaborar medidas en torno a la salud mental cuando se establece la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Entre otras cosas proponía un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado hacia la comunidad e integrado en la sanidad. Posteriormente se comienza una fase de protagonismo de las comunidades que van adoptando diversas medidas para promover y fortalecer la atención en salud mental.

[4] Información disponible en: http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1

[5] Información disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/esp_mh_profile.pdf?ua=1

TRIBUNA

Las cicatrices de la crisis económica: crisis y salud mental.

Rosa Urbanos. Universidad Complutense de Madrid

El impacto de las crisis económicas sobre la salud física es, a priori, indeterminado. Por un lado, una disminución del ritmo económico puede reducir la contaminación ambiental y los accidentes de tráfico, mejorando así los indicadores de salud, y puede inducir asimismo comportamientos saludables (más ejercicio físico, por ejemplo). Pero también puede traducirse en un menor acceso a bienes y servicios básicos como consecuencia de la disminución de ingresos, y derivar en distintos problemas de salud (por ejemplo, obesidad por cambio en las pautas de alimentación). La literatura al respecto ofrece resultados no concluyentes, que dependen de cada episodio de crisis, y de las coordenadas espacio-temporales en las que tiene lugar. En cambio, hay muchas más evidencias del impacto negativo que las crisis económicas tienen sobre la salud mental.

Un buen número de estudios científicos ha documentado la relación existente entre las crisis económicas (incluyendo esta última) y la aparición de trastornos mentales. Uno de los trabajos españoles más citados a este respecto calculaba que, entre 2006 y 2010, la proporción de pacientes que visitaban al médico general por problemas de depresión había aumentado un 19,4%; un 8,4% por ansiedad, y un 4,6% por trastornos relacionados con el abuso de alcohol (1). Y que aproximadamente un tercio del riesgo de padecer problemas de salud mental que se registraba en España en la población que acudía a las consultas de atención primaria podía atribuirse a la situación de desempleo y a las dificultades para hacer frente a las hipotecas. Se sabe, además, que es el desempleo de larga duración el que se asocia más intensamente al estrés, la angustia o la depresión. En 2012, Este tipo de trastornos, no obstante, no se asocian únicamente a estar desempleado, sino también a la inseguridad laboral en un contexto de dificultades financieras, aunque su impacto difiere en función del tiempo transcurrido en situación de inseguridad.

Es fácil entender que la imposibilidad para hacer frente a los pagos y/o la incertidumbre acerca de si podrán cubrirse las necesidades básicas (personales y familiares) genere angustia o estrés, especialmente en entornos en los que los

sistemas de protección social frente al desempleo son más débiles. Además el paro, considerado un estigma social, puede afectar al núcleo de autoestima y seguridad de las personas, sobre todo cuando éstas no atisban una salida próxima a su situación. Por otra parte, las circunstancias que viven algunos individuos en momentos de crisis económica pueden exacerbar, e incluso desencadenar, las tendencias suicidas. Algunos datos sugieren que la Gran Recesión se ha traducido en un repunte del número de suicidios en distintos países, particularmente entre los hombres, sobre todo en aquellos lugares donde la crisis ha sido más profunda. En España, la tasa de suicidios estandarizada por edad en 2008, 2009 y 2012 fue, respectivamente, un 5,7%, un 3% y un 2,7% superior a la registrada en 2007, el último año pre-crisis (2). En algún caso, además, se ha establecido una asociación significativa entre desempleo e intentos de suicidio. Así, las tasas de paro parecen explicar casi la mitad de los intentos de suicidio de la población masculina andaluza entre 2008 y 2012 (3).

Los efectos de la crisis no son necesariamente iguales para todos. Algunos trabajos indican que el deterioro de la salud mental durante los últimos años ha sido mayor en los hombres que en las mujeres, mayor en los trabajadores manuales que en el resto de categorías ocupacionales, y más frecuente en los mayores de 35 años, aunque también se ha documentado un deterioro significativo en la salud mental de los más jóvenes (4). Además, la exposición al desempleo cuando se es joven parece aumentar la probabilidad de sufrir problemas de salud mental en la mediana edad, lo que hace pensar que los efectos de la crisis se harán notar también a largo plazo.

Las repercusiones económicas de este fenómeno no pueden ignorarse. El aumento de los trastornos como la ansiedad o la depresión, además de implicar una evidente pérdida de bienestar en los afectados y su entorno más próximo, genera otra serie de costes derivados del aumento potencial de las consultas médicas, las pérdidas de productividad debidas a las bajas laborales, la incapacidad o la muerte prematura, y el mayor consumo de psicofármacos. Por ejemplo, los datos de las Encuestas de Salud 2006 y 2012 indican que entre ambos años el porcentaje de personas que habían consumido tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir en las dos semanas previas a la entrevista aumentó un 13,5% en los hombres y un 19,8% en mujeres (aunque no todo ese aumento deba atribuirse a la crisis).

La crisis económica pasará, pero dejará sus cicatrices. Habrá que esperar un tiempo hasta conocer las consecuencias totales de la crisis en la salud mental de las poblaciones, que en todo caso se verá afectada por cómo se configuren las nuevas reglas del juego social y económico (¿cómo quedará la red protectora del Estado del Bienestar?; ¿cómo se verá modificado el funcionamiento del mercado laboral?; ¿hasta qué punto se verá perjudicado el capital social?; etc.). Mientras tanto, convendría plantearse la necesidad de establecer estrategias de prevención y/o seguimiento de los principales problemas de salud mental asociados a la crisis, particularmente en grupos vulnerables como el que representan los desempleados.

(1) Gili M. et al. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. European Journal of Public Health, vol. 23(1):103-8.

(2) Ruiz-Perez I. et al. Economic crisis and suicides in Spain. Socio-demographic and regional variability. European Journal of Health Economics (2016), DOI 10.1007/s10198-016-0774-5

(3) Córdoba-Doña JA. et al. Economic crisis and suicidal behavior: the role of unemployment, age and sex in Andalusia, Southern Spain. International Journal for Equity in Health (2014) 13:55

(4) Bacigalupe A. et al. The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European region, 1997–2013. International Journal for Equity in Health (2016) 15:17

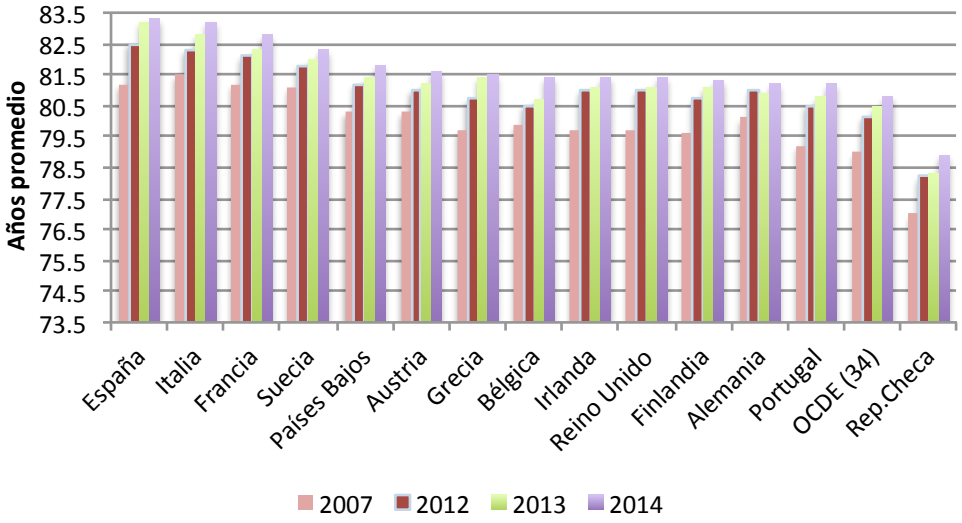
4. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Esperanza de vida al nacer
Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, España lidera la clasificación europea. Variación: positiva, aumenta de 2012 a 2013 y levemente de 2013 a 2014.

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

Gráfico 1: Esperanza de vida al nacer. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2014



Fuente: OECD Stat. Notas: Promedio OCDE en 2012-2014: el promedio incluye 33 países dado que no se dispone de datos de Canadá. Cortes de serie: en 2014 para Francia y Alemania.

A simple vista, observamos que la esperanza de vida en España ha subido 2 años hasta 83,3 años, en el periodo que va de 2007 a 2014 (**Gráfico 1**). Asimismo, desde 2012 a 2013 la esperanza de vida en España ha aumentado 0,7 años (82,5 a 83,2) y posteriormente de 2013 a 2014 muy ligeramente (83,2 a 83,3). Se ve claramente que este indicador se mantiene en una situación positiva: todos los países han aumentado su esperanza de vida de 2013 a 2014 y España sigue liderando en el conjunto de países analizados y superando con gran margen al promedio de la OCDE.

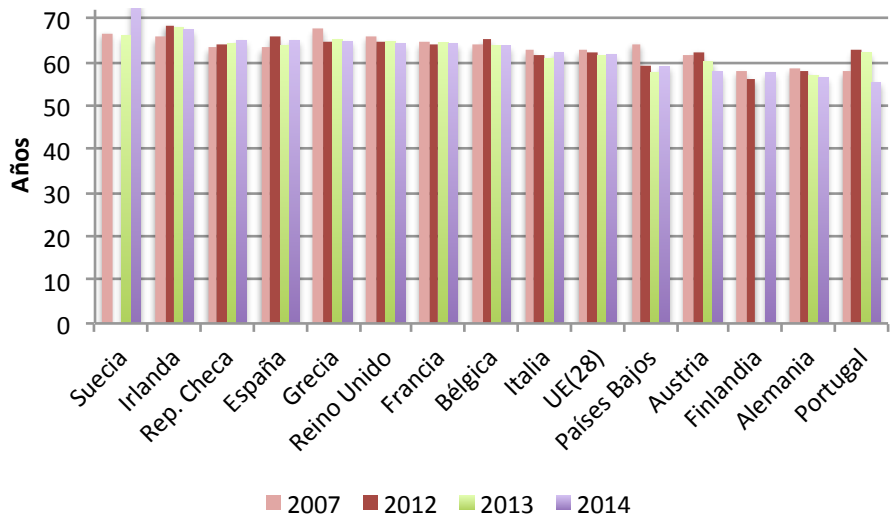
Esperanza de vida en buena salud
Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, España se posiciona por encima del promedio de la Unión Europea. Variación: positiva, de 2012 a 2013 en España se observa una disminución, pero posteriormente en 2014 se observa un repunte. Advertimos que la serie presenta discontinuidades y oscilaciones sospechosas en un conjunto de países en el que se incluye España.

El segundo indicador que consideramos es la *Esperanza de vida en buena salud*, publicado por Eurostat, y que mide la salud relativa de las poblaciones en la Unión Europea[6]. En el caso de España en el año 2013 se ha observado una reducción considerable para las mujeres de casi dos años respecto de 2012 (pasó de 65,8 a 63,9). Para los varones, el indicador se mantuvo más estable en dicho periodo (pasó de 64,8 a 64,7). Sin embargo, en 2014 observamos que en el caso de las mujeres la esperanza de vida en buena salud aumenta a 65 años (más cercano a lo registrado en 2012) y en los varones también asciende levemente alcanzando el mismo valor (**Gráfico 2**).

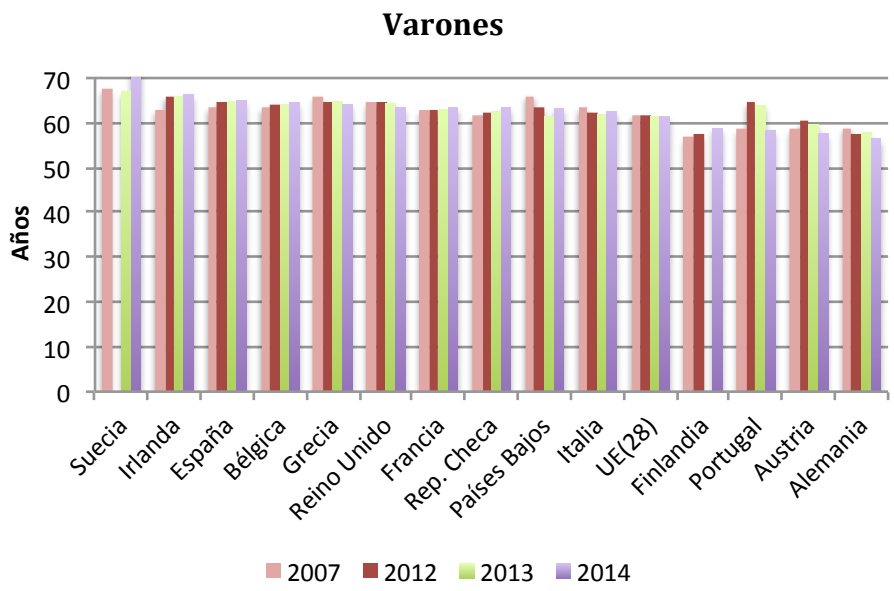
Al mismo tiempo, en una gran cantidad de países también se observan bajadas significativas y en ocasiones sospechosas de este indicador. El caso más extremo es el de Suecia con un incremento de casi 8 años entre 2013 y 2014 en el caso de las mujeres y de 7 años para los varones. Otros ejemplos son Austria con una caída de 2,4 años en el periodo 2014-2013 en las mujeres y Portugal, donde la caída ha sido de 6 años para los varones y de 7 para las mujeres[7].

Gráfico 2: Esperanza de vida en buena salud al nacer por sexo. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2014
Mujeres



[6] Nótese que ha habido algunas interrupciones en las series entre 2007 y 2014 en la mayoría de países y de esta manera los valores pueden no ser estrictamente comparables a lo largo del tiempo.

[7] Como se observa en el **Gráfico 2**, en Suecia por ejemplo se perciben saltos mayores a los que se esperarían de un año a otro. Por lo tanto, las variaciones que se producen entre los años estipulados deben considerarse con cautela.



Fuente: Eurostat. Notas: Cortes en la serie: 2007 (Rep. Checa,, Italia y Finlandia), 2008 (Suecia, Grecia, España, Austria, Países Bajos y Alemania), 2010 (Suecia), 2012 (Portugal) y 2014 (Suecia). Para 2012 no hay datos en Suecia.

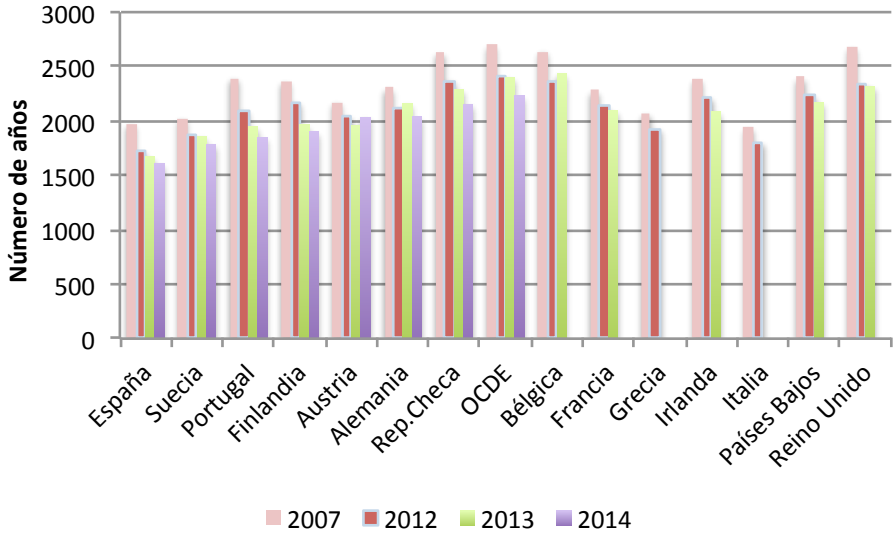
Número de años perdidos de vida potencial
Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, España sigue liderando los primeros puestos. Variación: positiva, se observan disminuciones entre 2012 y 2014.

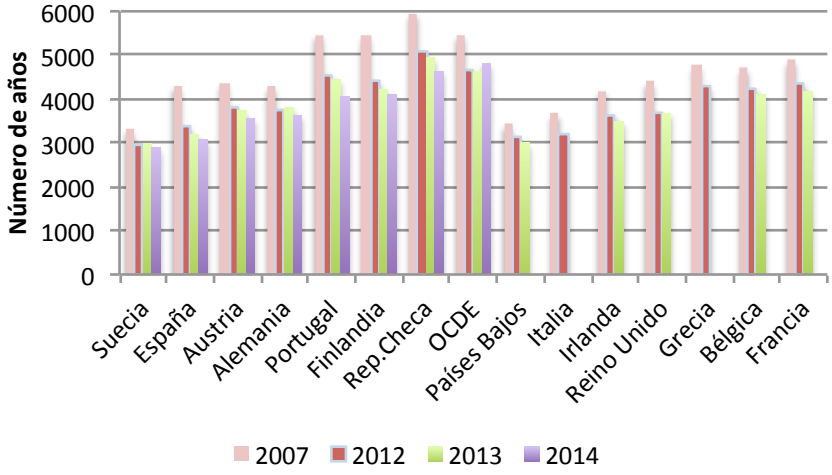
Otro indicador de especial relevancia es el *número de años perdidos de vida potencial*[8] tanto para varones como para mujeres. En el año 2014 se observa una leve disminución de los años perdidos de vida potencial lo que continúa siendo positivo (**Gráfico 3**). En el caso de las mujeres, los países que más han disminuido los años perdidos de vida potencial son República Checa (137 años menos por cada 100.000 habitantes en 2014 respecto de 2013), Alemania (121 años menos para el mismo periodo) y Portugal (94 años menos para el mismo periodo). Por su parte, en España solo ha disminuido 60 años en 2014 respecto de 2013. Para los varones, se observan mejoras significativas en varios países como Portugal y República Checa con cerca de 400 años perdidos de vida potencial menos que en 2013, así como España, Austria y Alemania que rondan entre los 120 y 200 años perdidos de vida potencial menos en 2014 respecto de 2013.

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

Gráfico 3: Número de años de vida perdidos de vida potencial por cada 100.000 habitantes. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2014
Población femenina 0 a 69 años



Población masculina 0 a 69 años



Fuente: OECD Stat. Notas: 2013: no hay datos para Italia y Grecia. 2014: no hay datos para Bélgica, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos y Reino Unido.
Promedio OCDE: 2007: sin Turquía. 2012: sin Canadá, Islandia y Eslovenia. 2013: sin Canadá, Dinamarca, Grecia, Islandia, Italia, Nueva Zelanda, Eslovenia. 2014: sin Canadá, Dinamarca, Francia, Grecia,Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, Eslovenia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

En resumen, tal y como señalan algunas fuentes, al menos en términos de longevidad, España es uno de los mejores países del mundo para vivir.

Tasas estandarizadas de defunción por 100.000 habitantes[9]
Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, España se posiciona entre los primeros puestos con menores tasas estandarizadas de muerte.
Variación: positiva, las tasas estandarizadas de muertes descienden de 2012 a 2013 aunque ascienden muy levemente en 2014 respecto de 2013.

En cuanto a la comparación internacional sobre defunciones por causa de muerte, España junto con Italia y Francia (en 2014 no se encuentran datos para estos dos países), forma parte del conjunto de países que muestran menores tasas estandarizadas de muertes por 100.000 habitantes (véase Tabla 1). Como puede verse en el año 2007 Francia lideraba en este grupo mientras que en el año 2014 lo hace España seguida de Suecia.

En cuanto a la variación del número de muertes entre 2014 y 2013, se observa que en general en la mayoría de países, excepto España (pero muy ligeramente) y el promedio de la OCDE, ha descendido el número de muertes. Al mismo tiempo, detectamos datos más alentadores en relación a la tasa de muerte por suicidios por 100.000 habitantes en 2014 respecto de 2013. Como puede verse, dicha tasa ha descendido en casi todos los países, de manera significativa en Finlandia y República Checa, entre el -6 y -10%. Por otra parte, Portugal es el país que ha tenido un ascenso importante del 15% que supera ampliamente al promedio de la OCDE. En España dicha tasa se ha mantenido estable entre ambos periodos.

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

Año 2007

Países	Todas las causas	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema digestivo	Accidente transporte	Suicidios
Francia	729.7	215.3	198.0	43.5	38.8	32.7	7.6	15.8
Italia	745.6	215.1	286.5	48.0	26.6	30.3	9.6	5.7
España	769.8	202.8	245.2	86.5	32.9	39.5	9.0	6.7
Suecia	794.4	198.3	318.2	48.2	27.3	26.6	5.4	11.9
Austria	820.1	207.1	359.9	49.6	23.8	36.3	8.4	14.6
Países Bajos	830.7	240.6	257.7	85.9	23.9	33.8	5.1	8.0
Alemania	836.9	209.9	362.6	58.0	18.5	42.7	6.1	10.2
Finlandia	850.9	182.4	353.1	38.4	63.0	44.9	9.1	18.2
Reino Unido	852.1	234.8	284.3	114.3	27.5	44.4	5.5	6.3
Portugal	896.2	197.6	295.8	95.5	22.2	39.2	10.9	8.9
OCDE	902.1	220.0	355.1	70.7	26.3	40.4	10.4	12.9
Grecia	927.7	209.6	433.6	88.9	11.3	21.0	15.4	2.8
Rep. Checa	1085.7	261.1	573.5	60.2	12.6	45.9	11.7	12.7
Polonia	1138.8	260.0	547.1	59.9	14.0	47.5	15.5	13.4

[9] Los datos se encuentran estandarizados por edad según la población de referencia del año 2010 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

Año 2014

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	657.1	187.4	188.6	69.9	37.6	32.5	4.1	7.5
Suecia	713.1	184.6	253.1	43.8	32.6	23.0	3.2	11.4
Austria	735.8	197.2	302.3	34.6	24.9	26.6	5.0	13.9
Alemania	754.5	197.2	285.9	49.9	22.6	34.2	4.3	10.7
Finlandia	759.2	172.8	279.1	26.3	111.8	36.5	5.6	14.2
Portugal	778.3	196.9	234.9	88.0	26.3	34.4	7.1	10.0
OCDE	843.1	214.5	349.1	51.7	30.8	35.4	6.3	12.8
Rep. Checa	944.5	230.3	444.8	55.5	24.2	38.7	7.4	13.3
Polonia	958.5	235.8	439.1	52.5	13.3	38.4	9.7	14.7

Variación porcentual tasas estandarizadas por 100.000 habitantes. 2014-2013.

Países	Todas las causas	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema digestivo	Accidente transporte	Suicidios
Alemania	-7.3%	-3.7%	-9.7%	-14.0%	-3.8%	-8.1%	-2.3%	-0.9%
Polonia	-4.8%	0.7%	-6.9%	-13.1%	-11.3%	-8.1%	-4.0%	-3.9%
Rep. Checa	-4.2%	0.2%	-7.4%	-9.6%	1.7%	-4.2%	2.8%	-6.3%
Austria	-3.7%	0.1%	-5.2%	-8.0%	-10.4%	-9.8%	-3.8%	2.2%
Suecia	-2.8%	-0.9%	-4.3%	-9.9%	0.6%	2.2%	3.2%	-7.3%
Portugal	-1.4%	1.0%	3.3%	-3.0%	1.5%	0.0%	2.9%	14.9%
Finlandia	-0.8%	-1.7%	-3.1%	-5.1%	8.3%	-2.7%	-3.4%	-10.1%
España	0.2%	-1.8%	-1.2%	2.0%	7.7%	-0.9%	-4.7%	0.0%
OCDE	3.1%	6.1%	16.7%	-21.3%	-1.3%	-0.3%	-8.4%	4.0%

Fuente: OECD Stat. Notas: no hay datos para 2014 en Francia, Italia, Grecia, Países Bajos y Reino Unido. Promedio OCDE: 2007: sin datos en Turquía. 2013: sin datos en Canadá, Dinamarca, Grecia, Islandia, Italia, Nueva Zelanda y Eslovenia. 2014: sin datos en Bélgica, Canadá, Chile, Dinamarca, Francia, Grecia, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, Eslovenia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

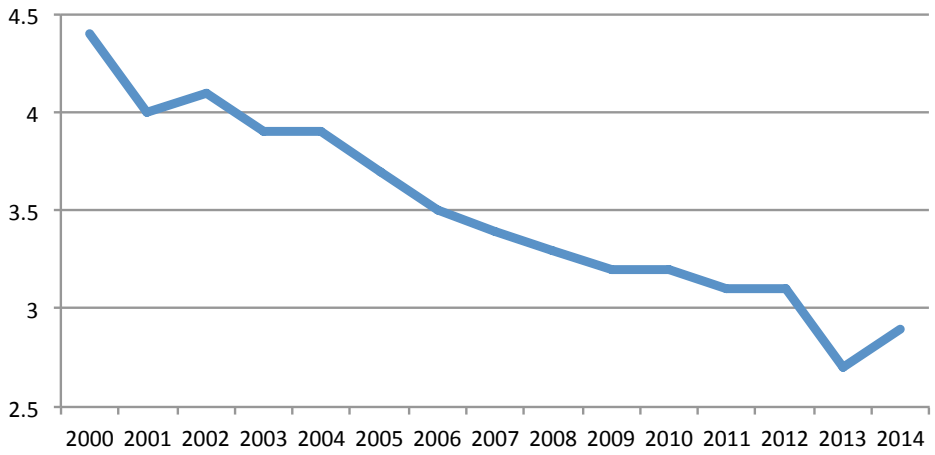
Mortalidad infantil

Actualización actual: preocupante

Nivel: positivo, España se encuentra bien posicionada y por debajo de la media de la OCDE.
Variación: preocupante.
Después de un periodo de decrecimiento sostenido entre 2000 y 2008, siguió un leve estancamiento entre 2009 y 2012. En los dos últimos años, la sustancial caída de la mortalidad infantil en 2013 ha sido seguida por un pequeño repunte en 2014.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud más sensibles a la mejora en la calidad de los servicios sanitarios. La evidencia señala que este indicador se ha comportado bien en la última década. Además, en 2013 se ha recuperado una senda positiva (la mortalidad infantil ha descendido de 3,1 a 2,7 por 1000 nacidos vivos), lo que era una noticia estupenda después de la desaceleración observada en el periodo 2009-2012. Pero al observar los valores para 2014 notamos un pequeño aumento que resulta preocupante.

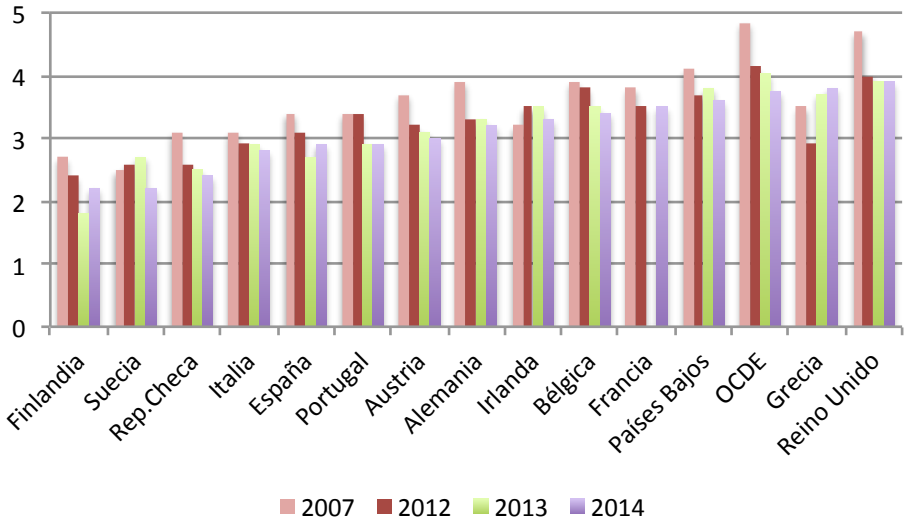
Gráfico 4: Mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos. España. 2000-2014



Fuente: OECD Stat.

A nivel internacional, en el año 2014 España está solamente detrás de Finlandia, Suecia, Rep. Checa e Italia y se encuentra muy bien posicionada respecto del promedio de la OCDE. De esta manera, el cambio de este indicador en España en 2013 respecto de 2007 ha sido bastante considerable dado que disminuye en 0,5 puntos (
Gráfico 5), lo que contrasta ampliamente con el caso de Grecia, donde la mortalidad infantil repunta hasta sobrepasar los niveles de 2007.

Gráfico 5: Mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2014



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2013: sin datos en Canadá, Francia y Nueva Zelanda. 2014: sin datos en Canadá, Chile, Nueva Zelanda y Estados Unidos.

Bajo peso al nacer

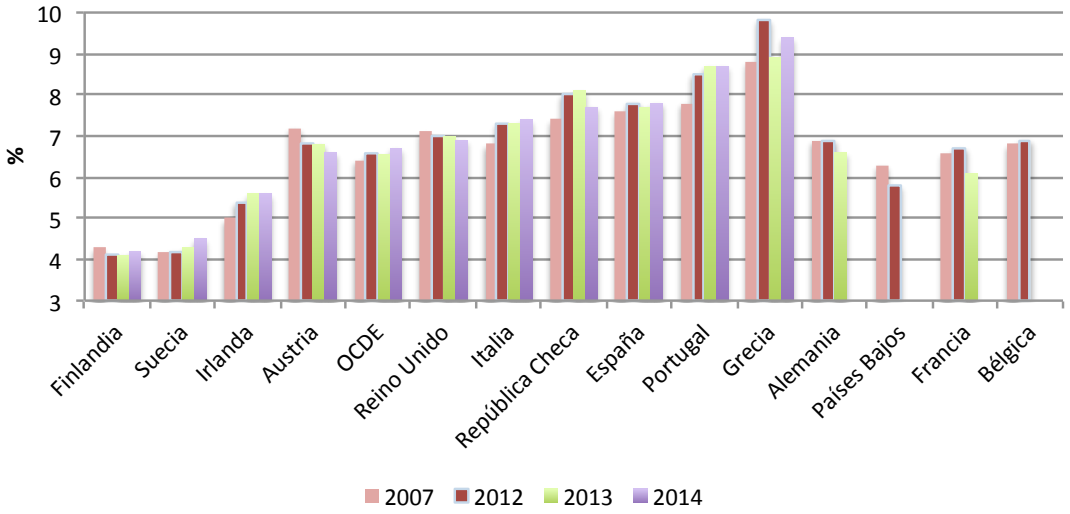
Actualización actual: preocupante

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

Variación: preocupante, en 2014 se percibe un incremento leve.

En la mayoría de países analizados la fracción de nacidos con peso anormalmente bajo se ha mantenido estable. En otros países se ha incrementado levemente, incluida España con una décima más en 2014 que en 2013 y en mayor medida en Grecia aumentando 5 décimas en dicho periodo. En otros casos como Austria y República Checa ha habido un descenso en este indicador, de entre 2 y 4 décimas, respectivamente (**Gráfico 6**). En definitiva, España sigue estando a la cola de los países seleccionados, solo superada por Portugal y Grecia.

Gráfico 6: Porcentaje de niños nacidos con un peso anormalmente bajo. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2014



Fuente: OECD Stat. Notas: No hay datos para 2013 en Países Bajos y Bélgica. No hay datos para 2014 en Alemania, Países Bajos, Francia y Bélgica. Promedio OCDE: 2007: sin datos en Turquía. 2013: sin datos en Bélgica, Canadá y Países Bajos. 2014: sin datos en Australia, Bélgica, Canadá, Chile, Francia, Alemania, Letonia, Países Bajos y Eslovenia.

Estado de salud percibido

Actualización actual: positiva

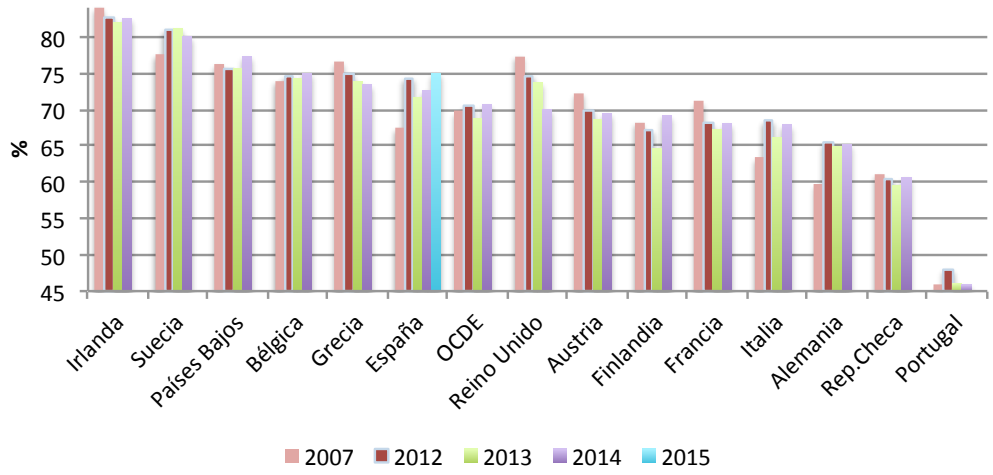
Nivel: positivo, se posiciona bien en términos relativos, por encima del promedio de la OCDE.
Variación: positiva, a pesar de una bajada en 2013 respecto de 2012, en 2014 se observa un ascenso y con los nuevos datos del Barómetro Sanitario se revela otra subida de la percepción del estado de salud en 2015.

La proporción de población mayor de 15 años que afirma gozar de buena o muy buena salud en los países de la OCDE seleccionados oscila entre el 60% y el 80%, siendo Portugal el único país que registra un valor inferior al 50% (**Gráfico 7**). En España, el porcentaje de población mayor de 15 años con buena o muy buena salud se acerca al 73%.

En el periodo 2013-2012 ha habido algunos descensos en este indicador, de cerca de 3 puntos porcentuales. Sin embargo, los datos de 2014 apuntan a un ligero aumento en el porcentaje de la población que reporta una buena o muy buena salud (aunque levemente inferior al registrado en 2012).

Los últimos datos para España del Barómetro Sanitario (2015) siguen mostrando buenos resultados en relación al estado de salud de la población. Los ciudadanos consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno, aumentado dos puntos porcentuales respecto de 2014. Dicho porcentaje se ha mantenido relativamente estable desde el año 2010.

Gráfico 7: Porcentaje de la población mayor de 15 años con buena o muy buena salud. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2015



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2007: sin datos en Chile y Corea. 2012: sin datos en Australia, Chile y Japón. 2013: sin datos en Australia y Chile. 2014: sin datos en Chile y Japón. Los datos 2015 para España son del Barómetro Sanitario.

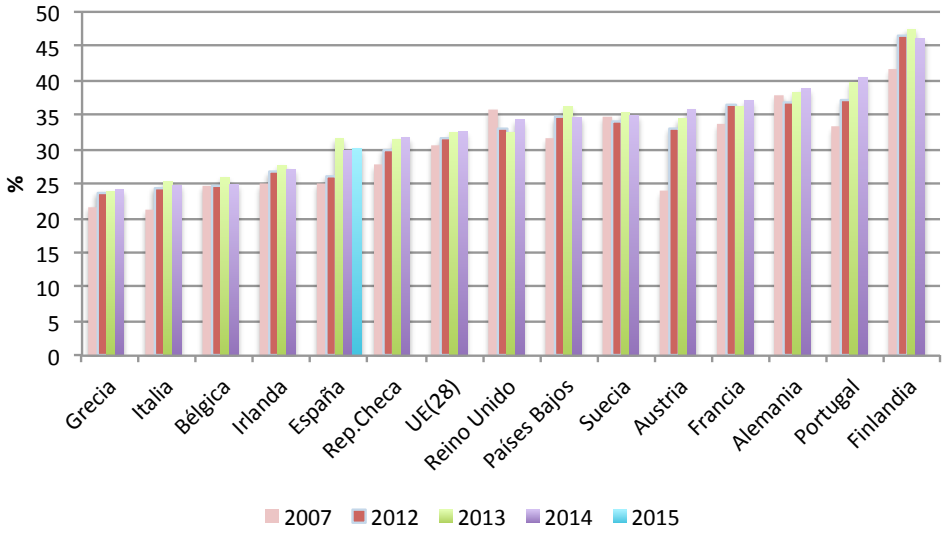
Enfermedades crónicas/de larga duración

Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, por debajo del promedio de la Unión Europea. Variación: positiva, en 2015 se mantiene estable entorno a los valores de 2014 según los datos del Barómetro Sanitario.

En el **Gráfico 8** reflejamos la proporción de la población que afirma tener problemas de salud o sufrir alguna enfermedad de larga duración. En la mayoría de países se observa un aumento de la incidencia de este tipo de enfermedades de larga duración respecto a 2007. En España el dato positivo es que ha descendido en 2014 respecto de 2013 y se mantiene en el año 2015, aunque todavía se encuentra muy lejos de los valores del año 2007.

Gráfico 8: Porcentaje de la población con algún problema de salud o enfermedad de larga duración. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2015



Fuente: Eurostat. Los datos 2015 para España son del Barómetro Sanitario.

Enfermedades crónicas/larga duración para España (diabetes, depresión, migrañas, úlcera de estómago y tensión alta)
Actualización actual: preocupante

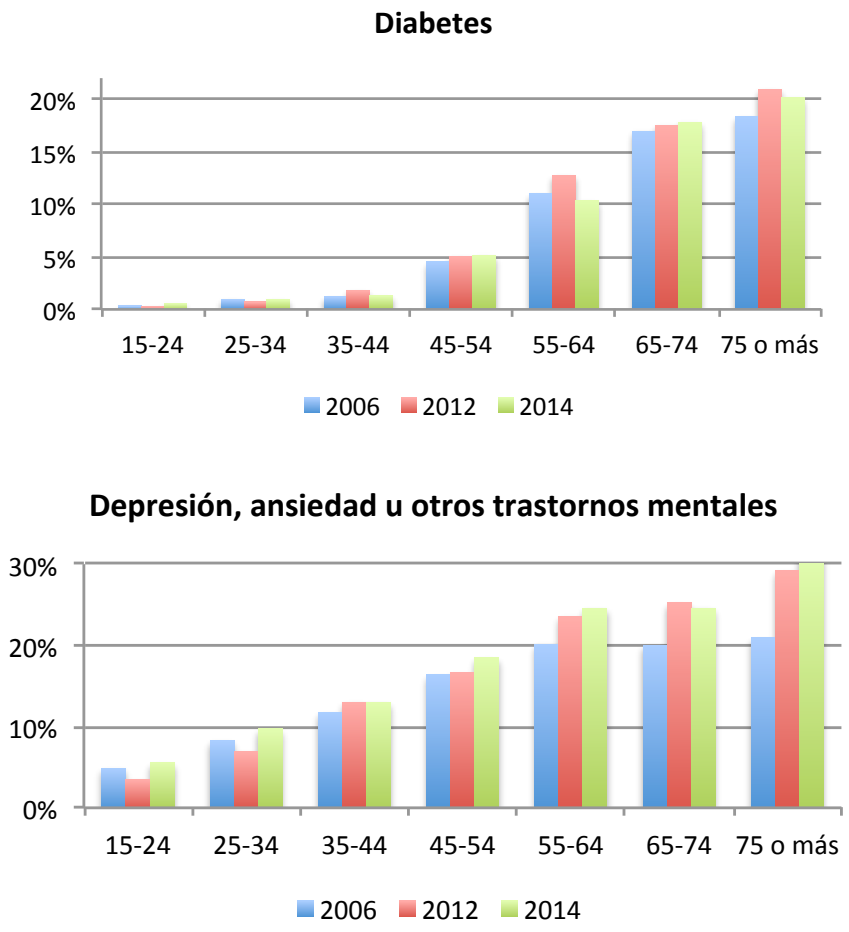
Observamos a continuación la variación en la proporción de personas con enfermedades crónicas en cada grupo de edad respecto del total de población en ese grupo (
Gráfico 9). Más importante si cabe es el hecho de que en el devenir de la crisis, algunas enfermedades crónicas o de larga duración (como por ejemplo diabetes o trastornos mentales) aumentaron su incidencia entre 2006 y 2012. Con los nuevos datos de la Encuesta Europea de Salud 2014 (EES) se observan algunos resultados interesantes.

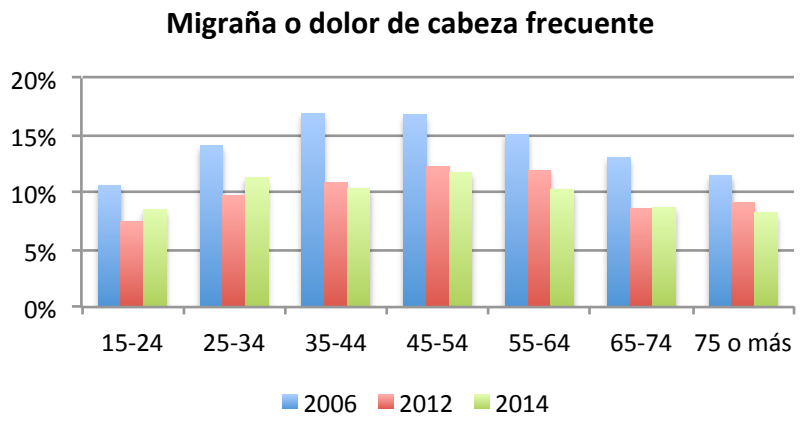
En el caso de la diabetes, en el grupo de población de 55-64 años y el de 75 o más, la proporción descendió en 2014 respecto a 2012, en 2,4 puntos porcentuales y casi 1 punto porcentual, respectivamente. Además, en el grupo de 35 a 44 años la proporción también descendió ligeramente en 0,5%. Afortunadamente, en los otros grupos de población la proporción solo ha aumentado muy levemente entre periodos.

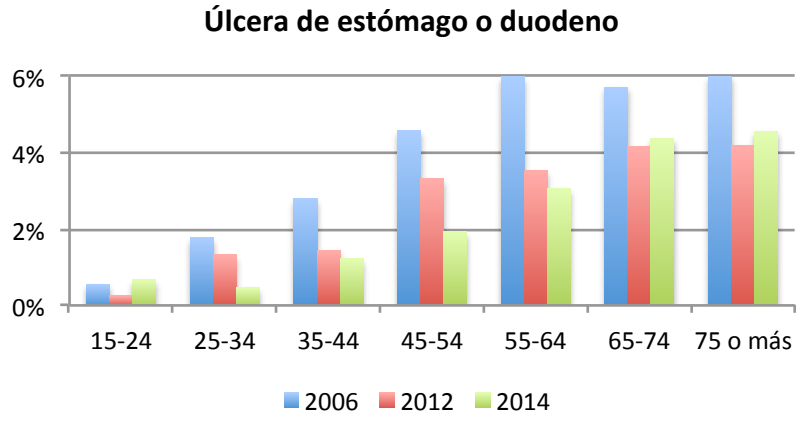
Mucho más impactante resulta el aumento de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales (tema que abordaremos en detalle en la sección siguiente). En todos los grupos de edad el porcentaje de personas con estos trastornos es mayor que el registrado en 2006. El grupo de población entre 25 y 34 años es para el que más ha aumentado el porcentaje de la población que padece dicho problema pasando del 6,9% en 2012 a 9,7% en 2014.

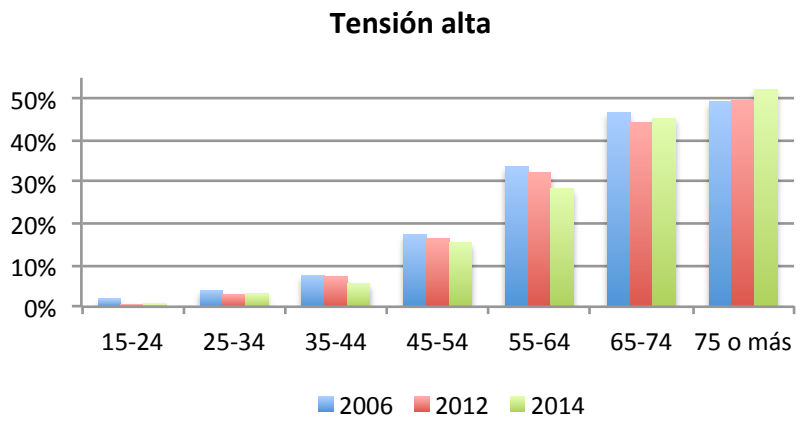
También observamos la incidencia de otros problemas como migraña o dolor de cabeza, úlcera de estómago o tensión alta. En el caso de migraña o dolor de cabeza, se ha visto un descenso importante en casi todos los colectivos a excepción del grupo de edad entre 15 y 24 y 25 y 34 años, aumentando 1 y casi 2 puntos porcentuales entre 2014 y 2012. Respecto al problema de úlcera de estómago o duodeno también ha descendido su participación ligeramente, excepto el grupo más joven y los más adultos (de 65 años o más). Por último, la incidencia de tensión alta desciende fuertemente en el colectivo de 55 a 64 años, pero asciende en el grupo de 65 años o más pero sobretodo en el grupo de 75 años en adelante. Además, se perciben muy ligeros aumentos de cerca dos décimas en los grupos más jóvenes, entre 15 y 34 años.

Gráfico 9: Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses por grupo de edad. ENS 2006, 2011/2012 y EES 2014









Fuente: ENS 2006, 2011/2012 y EES 2014. Nota: en el caso de la ENS 2006 el primer grupo de referencia es de 16 a 24 años.

4.1. LA SALUD MENTAL EN EUROPA

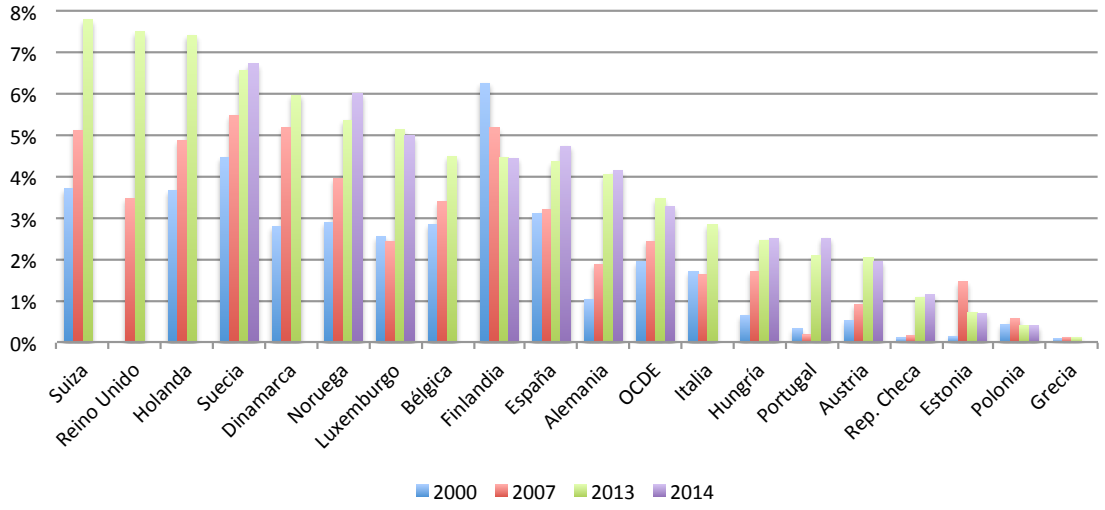
A los efectos de conocer el estado de situación de esta problemática, mostramos a continuación algunas estadísticas relacionadas con la salud mental proporcionadas por *OECD Statistics*. Las estadísticas revelan un panorama alarmante dadas las altas tasas de muerte que se producen a causa de las enfermedades y trastornos mentales.

PROPORCIÓN DE MUERTES POR DESORDENES MENTALES
Actualización actual: negativa

Nivel: preocupante, por encima de la media de la OCDE. Variación: negativa, la proporción ha crecido de manera significativa entre 2007 y 2014.

En promedio, en los países de la OCDE el 3% del total de muertes se han atribuido a desordenes mentales en el año 2014 (**Gráfico 10**). Como puede verse, en Inglaterra, Holanda y países nórdicos las tasas de muerte por desórdenes mentales superaron en más del doble a la media, oscilando entre el 6% y 7,5%. Para los países con información en el año 2014, se perciben ligeros aumentos con respecto a 2013 a excepción de Luxemburgo y Austria. Por otra parte, España si bien con un porcentaje menor, también superó a la media de la OCDE con un 4,7% (aumentando 4 décimas con respecto a 2013). A simple vista, se observa que en general ha habido un crecimiento importante de desórdenes mentales que resultan en muertes desde el 2007 y aún mayor desde el 2000 (Finlandia es la única excepción, dado que dicha proporción ha venido descendiendo a lo largo del tiempo).

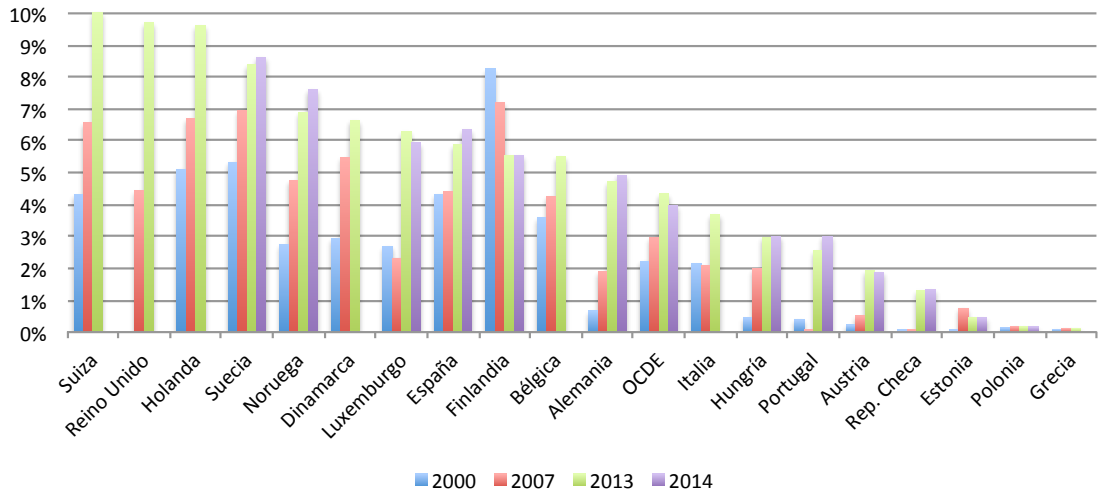
Gráfico 10: Proporción de muertes por desordenes mentales sobre el total de muertes. 2000, 2007 y 2013-2014. Países seleccionados OCDE.



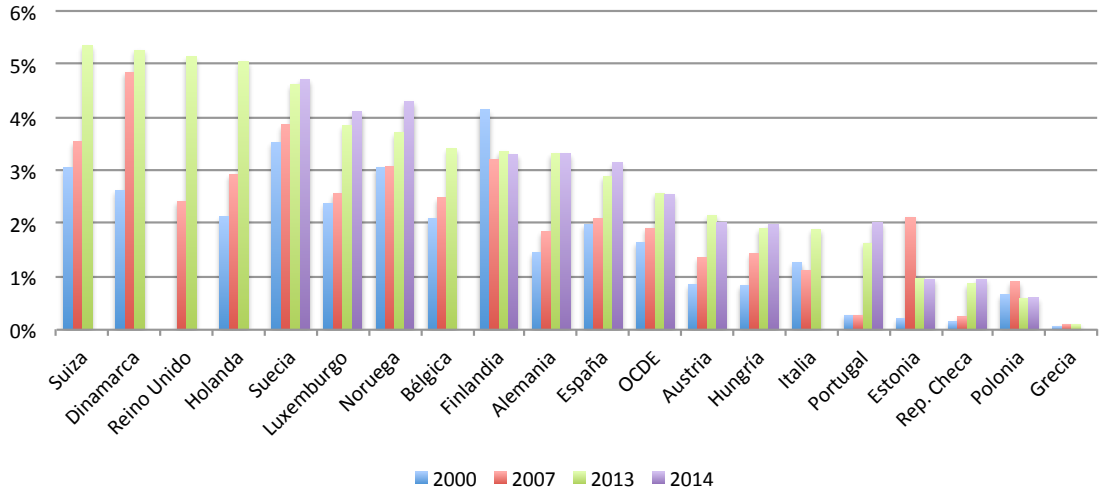
Fuente: OECD Stat. Notas: en 2013: Dinamarca, Italia y Grecia (2012). No hay datos para 2014 en Reino Unido, Holanda, Suiza, Dinamarca, Bélgica, Italia y Grecia. Promedio OCDE: 2000: Sin Turquía y Reino Unido. 2007: Sin Turquía. 2013: Sin Canadá, Dinamarca, Grecia, Islandia, Italia, Nueva Zelanda y Eslovenia. 2014: Sin Bélgica, Canadá, Chile, Dinamarca, Francia, Grecia, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, Eslovenia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

También observamos que en general, el problema atañe en mayor medida a las mujeres (**Gráfico 11**). En una gran mayoría de casos, la prevalencia de muertes por trastornos mentales fue de dos veces más en las mujeres que en los varones. En el caso de España, el porcentaje de muertes en mujeres (6,4%) ha superado en tres puntos porcentuales al de los varones (3,1%).

Gráfico 11: Proporción de muertes por desordenes mentales sobre el total de muertes según sexo 2000, 2007 y 2013-2014. Países seleccionados OCDE. Mujeres



Varones



Fuente: OECD Stat. Notas: en 2013: Dinamarca, Italia y Grecia (2012). No hay datos para 2014 en Reino Unido, Holanda, Suiza, Dinamarca, Bélgica, Italia y Grecia. Promedio OCDE: 2000: Sin Turquía y Reino Unido. 2007: Sin Turquía. 2013: Sin Canadá, Dinamarca, Grecia, Islandia, Italia, Nueva Zelanda y Eslovenia. 2014: Sin Bélgica, Canadá, Chile, Dinamarca, Francia, Grecia, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, Eslovenia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

TASAS ESTANDARIZADAS DE MUERTE POR SUICIDIO

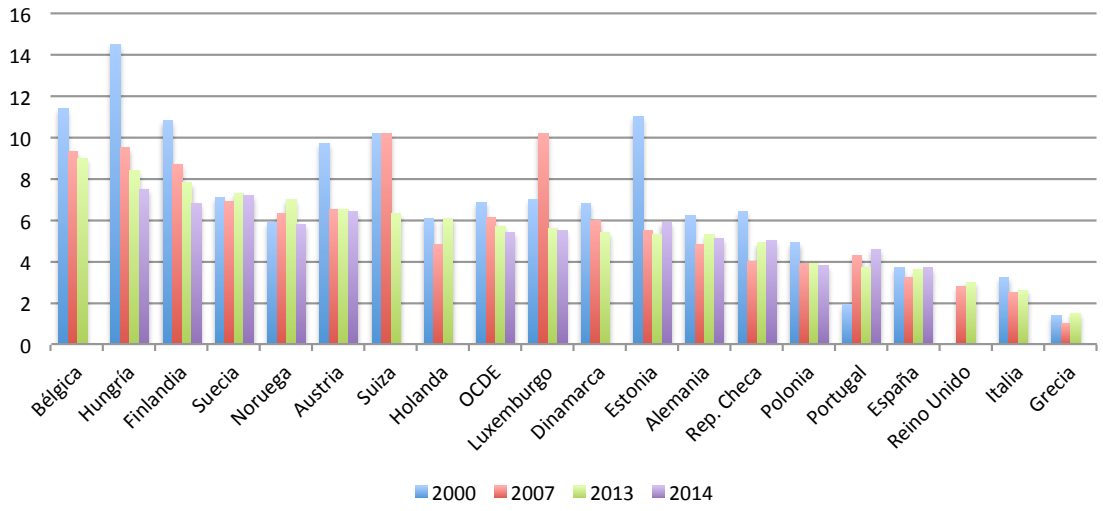
Actualización actual: preocupante.

Nivel: positivo, por debajo de la media de la OCDE. Variación: preocupante, hay ligeros ascensos entre 2007 y 2014. Se mantiene relativamente estable entre 2013 y 2014.

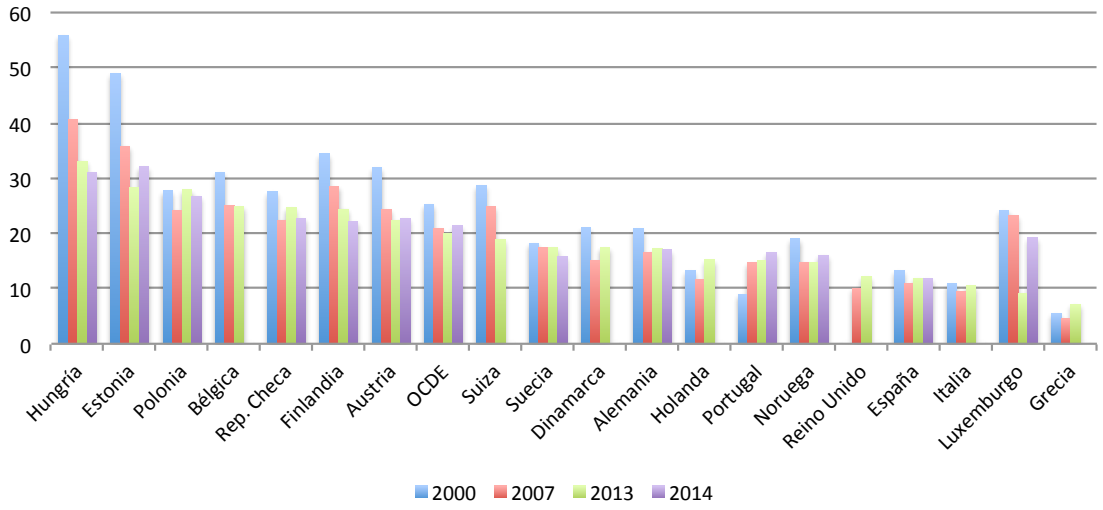
Asimismo, se pueden identificar las tasas estandarizadas de muerte (por 100.000 habitantes) por suicidios según sexo (**Gráfico 12**). Aquí se observa que la tasa de suicidio es mayor entre los varones y especialmente en los países de Europa del Este como Hungría, Estonia y Polonia donde la tasa estandarizada de muerte por

suicidio oscila en torno a 30 por cada 100.000 habitantes (aunque se observan descensos entre 2013 y 2014 especialmente para Hungría y Polonia). En contraste, dicha tasa para las mujeres es bastante menor y oscila entre 1 y 10. Para España la tasa es de 11,8 en varones y 3,7 en mujeres. En una gran mayoría de países se observa una caída considerable de las tasas de suicidio desde el año 2000. Sin embargo, cabe destacar el empeoramiento en España con el devenir de la crisis observándose un valor similar al del año 2000 especialmente en las mujeres (3,7 por 100.000 habitantes).

Gráfico 12: Tasas estandarizadas de muerte por suicidio cada 100.000 habitantes según sexo 2000, 2007 y 2013. Países seleccionados OCDE. Mujeres



Varones



Fuente: OECD Stat. Notas: en 2013: Dinamarca, Italia y Grecia (2012). No hay datos para 2014 en Reino Unido, Holanda, Suiza, Dinamarca, Bélgica, Italia y Grecia. Promedio OCDE: 2000: Sin Turquía y Reino Unido. 2007: Sin Turquía. 2013: Sin Canadá, Dinamarca, Grecia, Islandia, Italia, Nueva Zelanda y Eslovenia. 2014: Sin Bélgica, Canadá, Chile, Dinamarca, Francia, Grecia, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, Eslovenia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

5. INDICADORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Los indicadores de riesgos de salud presentan una evolución dispar. Por un lado, los relacionados con el consumo de tabaco continúan una tendencia positiva dado que se observa una proporción menor de fumadores diarios y se ha registrado un descenso notable del consumo de cigarrillos per cápita. Por otra parte, la obesidad no ha evolucionado tan favorablemente y otros como la tasa de pobreza y el coeficiente de Gini de desigualdad han tenido un desempeño aún más negativo. Por último, otros indicadores como víctimas de accidentes de tráfico y accidentes de trabajo, quizás a causa de la incipiente recuperación, registran un comportamiento preocupante o incluso negativo.

Consumo de tabaco
Actualización actual: positiva

Nivel: preocupante, ligeramente por encima del promedio de la OCDE. Variación: positiva, tendencia a la baja desde el 2006.

En el **Gráfico 13** se observa el consumo diario de tabaco en un grupo de países de la OCDE. España se encuentra un poco por encima del promedio de la OCDE, dado que en España el 23% son fumadores diarios mientras que en la OCDE se encuentra cerca del 20%. En cuanto a la variación, con los valores de 2014 se sigue percibiendo el descenso del porcentaje de personas fumadoras a diario como consecuencia de las leyes antitabaco en España .

Gráfico 13: Porcentaje de la población de 15 años o más que son fumadores diarios. Países seleccionados OCDE. 2006, 2011-2012 y 2014.

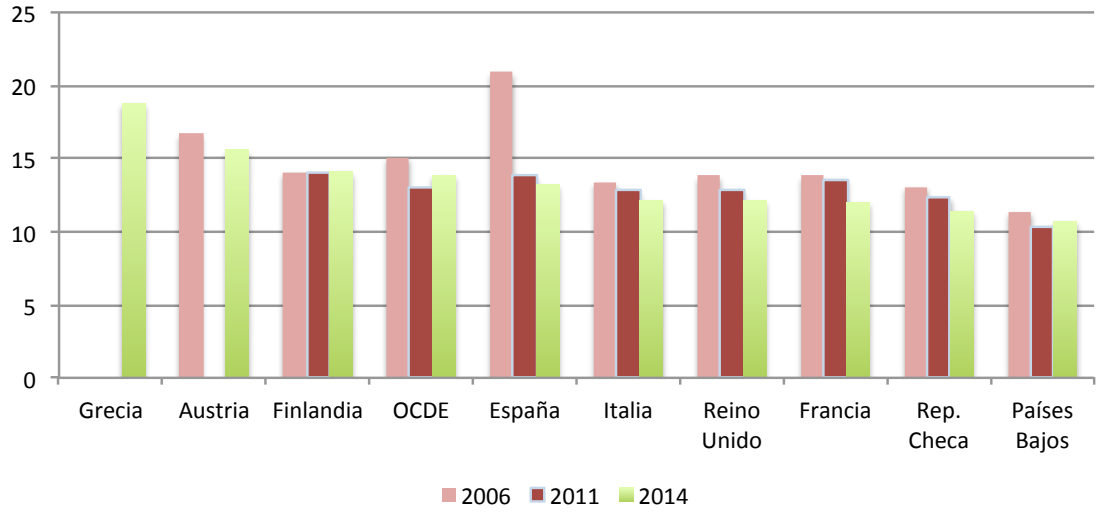
Fuente: OECD Stat. Notas: año 2014: Reino Unido (2013). Cortes en serie: Grecia (2006) y Países Bajos (2014). Promedio OCDE: 2006: Sin Australia, Bélgica, Canadá, Chile, Alemania, Hungría, Irlanda, Corea, México, Polonia, República Eslovaca, Eslovenia y Suiza. 2011: Sin Australia, Austria, Bñelgica, Chile, Dinamarca, Estonia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Israel, Letonia, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, Suiza y Turquía. 2014: Sin Australia, Bélgica, Chile, Alemania, Irlanda, México, Suiza, Turquía y Reino Unido.

Número de cigarrillos consumidos al día
Actualización actual: positiva

Nivel: positivo, ligeramente por debajo del promedio de la OCDE. Variación: positiva, tendencia a la baja desde el 2006.

En cuanto a la variación en la distribución del consumo de cigarrillos por día de los fumadores diarios, observamos que sigue descendiendo de manera significativa el consumo per cápita pasando de 20 cigarrillos en 2006, a 13,8 en 2011 y 13,2 en 2014. Al mismo tiempo España se encuentra un poco mejor que el promedio de la OCDE y de países como Grecia, Austria y Finlandia.

Gráfico 14: Número de cigarrillos consumidos al día por fumador. Países seleccionados OCDE. 2006, 2011-2012 y 2014.



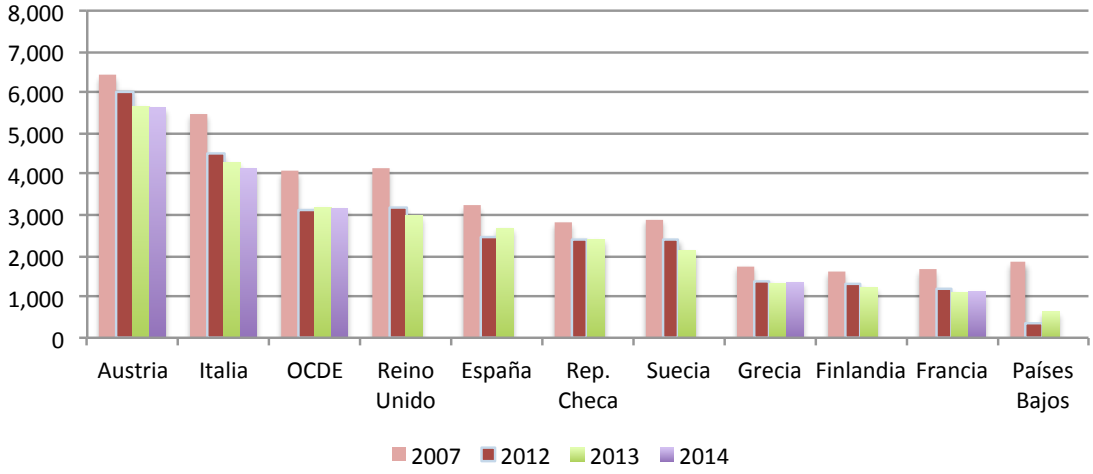
Fuente: OECD Stat. Notas: año 2014: Reino Unido (2013). Cortes en serie: Países Bajos (2014). Promedio OCDE: 2006: Sin Australia, Bélgica, Canadá, Chile, Dinamarca, Alemania, Grecia, Hungría, Corea, México, Polonia, Eslovenia, Suiza y Turquía. 2011: Sin Australia, Austria, Bélgica, Chile, Dinamarca, Estonia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Israel, Polonia, República Eslovaca, Eslovenia, Suiza y Turquía. 2014: Sin Australia, Bélgica, Chile, Dinamarca, Irlanda, México, Polonia, Suiza, Turquía y Reino Unido.

Víctimas de accidentes de tráfico
Actualización actual: preocupante

Nivel: positivo, ligeramente por debajo del promedio de la OCDE. Variación: preocupante, se observa una tendencia al alza en 2013 respecto de 2012. En 2014 el número de muertes en España asciende levemente.

En el **Gráfico 15** mostramos las víctimas de accidentes de tráfico por cada millón de personas. Se observa que España se encuentra un poco por debajo del promedio de la OCDE, con 2.677 heridos leves y graves por cada millón de personas en comparación con los 3.194 de la OCDE. Sin embargo, las variaciones no son alentadoras dado que ha aumentado el número de víctimas en 200 entre 2012 y 2013 .

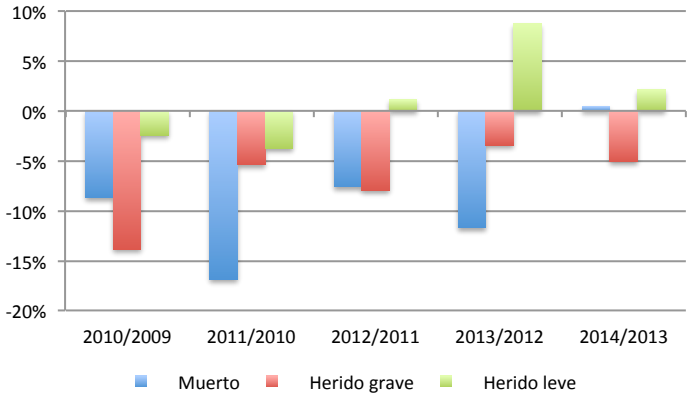
Gráfico 15: Víctimas de accidentes de tráfico (heridos leves y graves) por cada millón de personas. Países seleccionados OCDE. 2007, 2012-2014.



Fuente: OECD Stat. En 2007: España y Finlandia (2006). Promedio OCDE: 2007: Sin Finlandia y España. 2012: Sin Portugal. 2013: Sin Australia, Irlanda, Portugal y República Eslovaca. 2014: Sin Australia, Canadá, República Checa, Finlandia, Alemania, Irlanda, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos.

Con datos del año 2014 para España, observamos, coincidiendo con un significativo endurecimiento de la legislación sobre conducción, una significativa bajada de las muertes por este tipo de accidentes, especialmente hasta el año 2013. En 2014 se ha percibido un aumento del 0,5% respecto de 2013 en el número de muertes y un crecimiento importante en el número de heridos leves, particularmente en 2013-2012, en un 9%.

Víctimas de accidentes de tráfico. Variación interanual del número de víctimas. España. 2009-2014.



Fuente: INE.

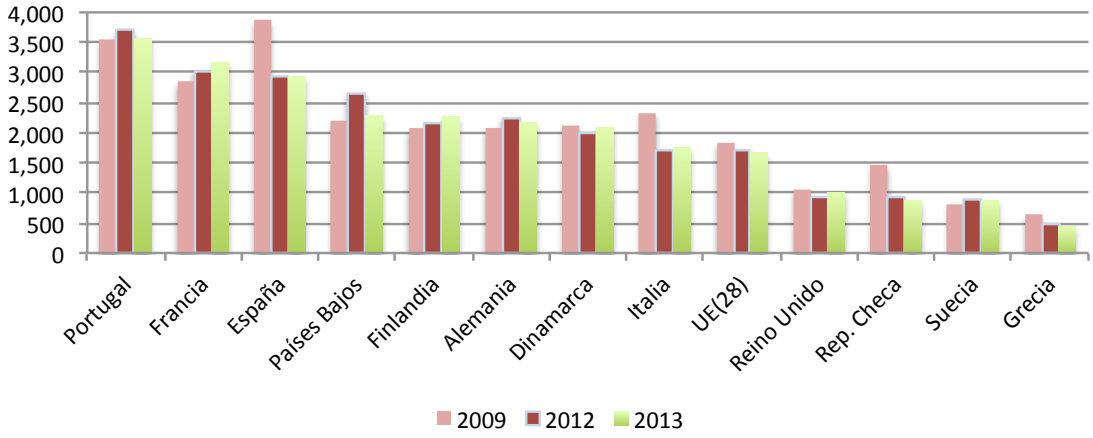
Frecuencia de accidentes de trabajo

Actualización actual: preocupante

Nivel: negativo, se encuentra bastante alejado del promedio de la Unión Europea. Variación: positiva, desciende en 2013 respecto de 2012 y está bastante por debajo de los valores de 2009.

El **Gráfico 16** muestra la tasa estandarizada (ajustada por el tamaño de la economía de la UE) de incidencia de accidentes de trabajo por cada 100.000 trabajadores. En España dicha tasa asciende a aproximadamente 3.000 casos, mientras que en la UE dicho valor es cercano a los 1.600. En cuanto a la variación, se observan ligeros descensos en 2013 respecto de 2012 y mayores respecto del año 2009.

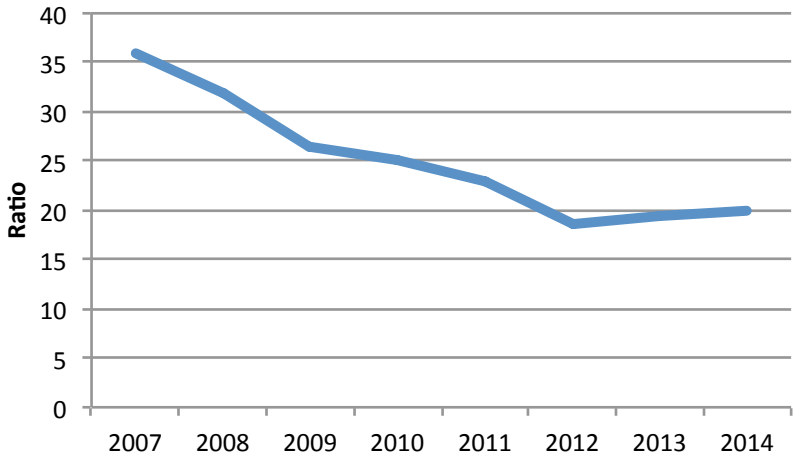
Gráfico 16: Tasa estandarizada de incidencia de accidentes de trabajo por cada 100.000 trabajadores. Países seleccionados OCDE. 2009, 2012 y 2013.



Fuente: Eurostat.

A los fines de complementar la información anterior para España, a continuación mostramos la variación en el índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja por cada millón de horas trabajadas elaborado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Se registra desde 2007 un descenso marcado que va de 36 accidentes por cada millón de horas trabajadas a 19 en 2012. Sin embargo, en 2013 y 2014, probablemente reflejo de la incipiente recuperación, la ratio entre accidentes de trabajo y horas trabajadas asciende ligeramente.

Indice de frecuencia de accidentes de trabajo con baja. España. 2007-2014.



Fuente: Anuario MEYSS.

Obesidad

Actualización actual: negativa

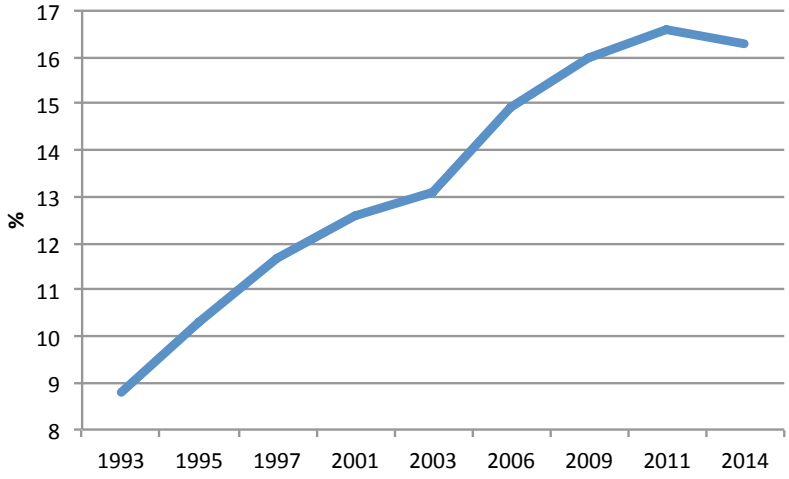
Nivel: negativo, España se encuentra por encima del promedio de la OCDE. Variación: positiva, si bien ha descendido muy levemente en el último año respecto de 2011, todavía se mantiene en niveles elevados.

Otros factores de riesgo como el *sobrepeso y la obesidad* han ido aumentado en los últimos años en España de manera considerable y probablemente sin una relación demasiado estrecha con la crisis. Es importarte contrastar la prevalencia de obesidad en España con el caso de Italia, dado que tanto España como Italia son países que (teóricamente) se adhieren a la dieta mediterránea, pero muestran resultados muy dispares en este indicador.

Como consecuencia, en los últimos 20 años el porcentaje de personas obesas se ha prácticamente doblado, con lo que nos estamos acercando a la cabeza de Europa, en un caso donde claramente nos gustaría estar en la cola (véase

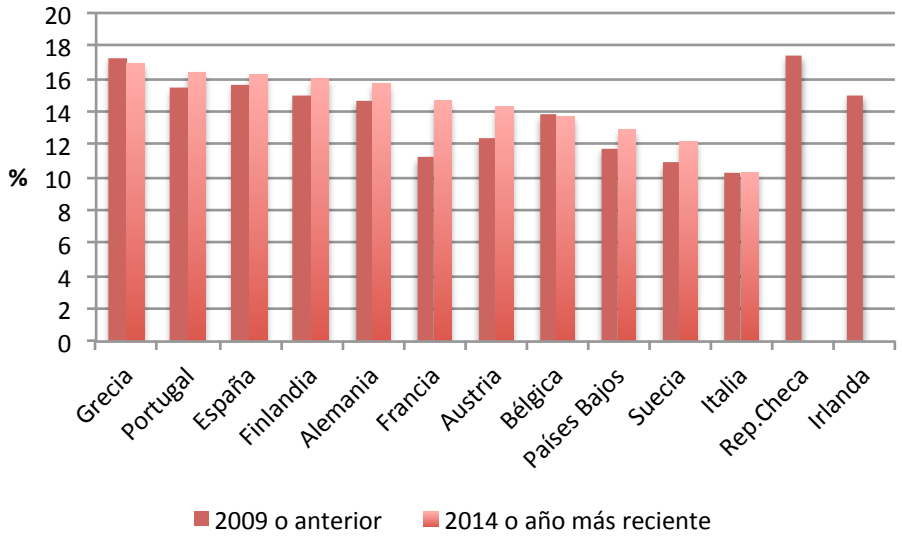
Gráfico 17 y **Gráfico 18**). Sin embargo, debemos resaltar una pequeña (esperanzadora) disminución del porcentaje de personas obesas en 2014, tendencia que esperamos continúe en los próximos años.

Gráfico 17: Porcentaje de personas obesas sobre el total de la población. España. 1993-2014 (años con información).



Fuente: OECD Stat y Encuesta Europea de Salud 2014.

Gráfico 18: Porcentaje de personas obesas sobre el total de la población. Países seleccionados OCDE. 2009 (o anterior) y 2014 o año más reciente.



Fuente: OECD Stat y Encuesta Europea de Salud 2014.

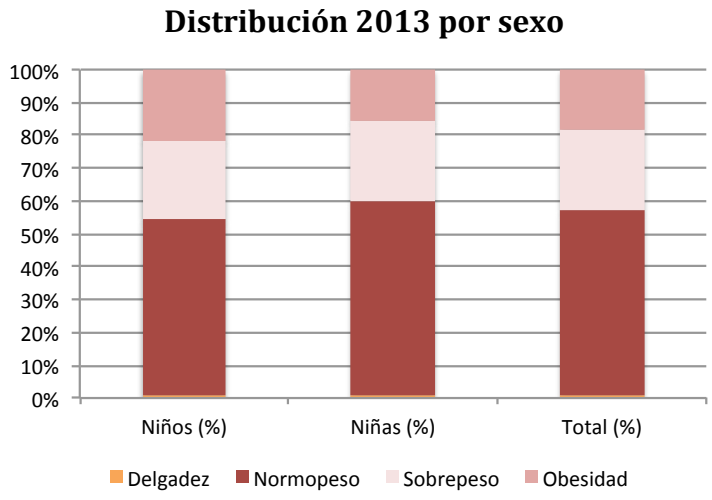
Notas:
2014 o año más reciente: Alemania y Bélgica (2013).
2009 o anterior: Portugal y Austria (datos 2006), Irlanda (datos 2007), República Checa, Francia y Bélgica (datos 2008).

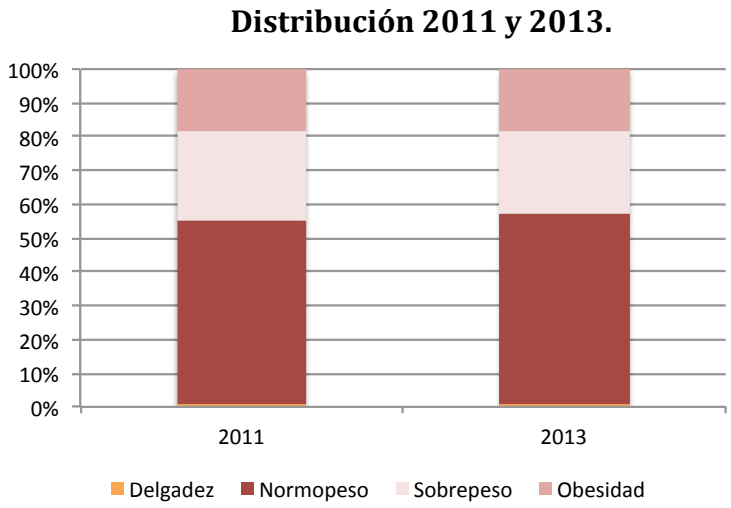
Obesidad infantil
Actualización actual: negativa

En cuanto a la obesidad infantil[10], en el
Gráfico 19 se puede ver la distribución de la obesidad infantil en el año 2013 así como la variación en esta distribución entre 2011 y 2013. El estudio Aladino reporta suficientes argumentos como para ser pesimista. Los nuevos datos para el año 2013 siguen mostrando valores muy altos. Aunque debemos notar que la proporción de la población infantil con sobrepeso ha disminuido en casi 2 puntos porcentuales entre 2011 y 2013. Los datos según sexo muestran que tanto en varones como mujeres el sobrepeso es similar, alrededor del 24-25% mientras que en obesidad infantil, los varones son los que más sufren, dado que alcanza al 21,4% de los niños y en mujeres el 15,5%.

[10] Datos a nivel internacional no son fáciles de encontrar. Hay un sitio web que se llama "World Obesity" donde se reportan datos por países y según distintos grupos de edad pero en años distintos donde hay información, aunque pueden no ser estrictamente comparables:
http://www.worldobesity.org/resources/overweight-obesity-age-category/?map=age-children#country=

Gráfico 19: Distribución de la población infantil en función de su peso. España.





Fuente: Aladino. Nota: en 2011 la población infantil analizada era entre 6-9 años mientras en 2013 fue de 7 a 8 años.

Tasa de pobreza y coeficiente de Gini
Actualización actual: muy negativa

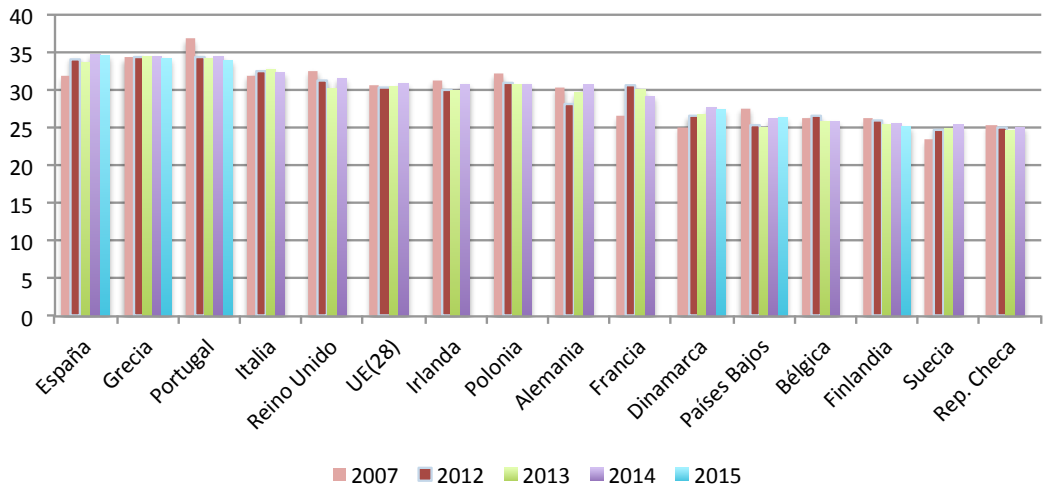
Nivel: negativo, España se encuentra entre el grupo de países con peor coeficiente de gini y tasa de pobreza. Variación: negativa, han venido ascendiendo los niveles de desigualdad y pobreza desde el 2007.

Por último, otros factores determinantes de la salud a medio y largo plazo, como las tasas de pobreza y el nivel de desigualdad (medido por el índice de Gini de distribución de la renta) han empeorado sustancialmente durante los años de crisis y no mejoran en los años de recuperación (**Gráfico 20**). La tasa de pobreza y el coeficiente de Gini aumentaron un poco más de dos puntos porcentuales entre 2007 y 2015 (se percibe un muy leve descenso de una décima en 2015 respecto de

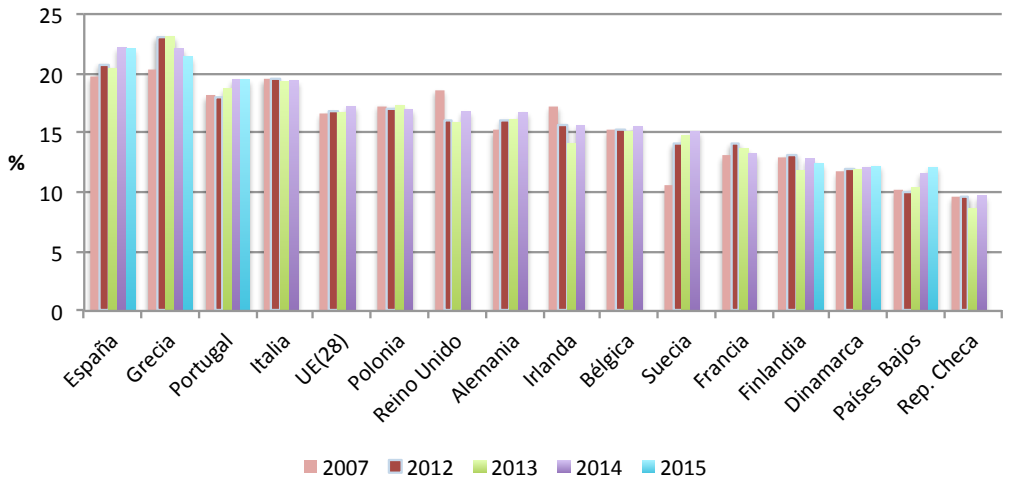
2014). En cuanto a la comparación con el resto de países, España se posiciona muy mal, alejado del promedio de la UE tanto en términos de desigualdad como de pobreza.

Gráfico 20: Coeficiente de Gini y tasa de pobreza. Países seleccionados Europa. 2007 y 2012-2015

Coeficiente de Gini (ingreso disponible equivalente)



Tasa de pobreza



Fuente: Eurostat.

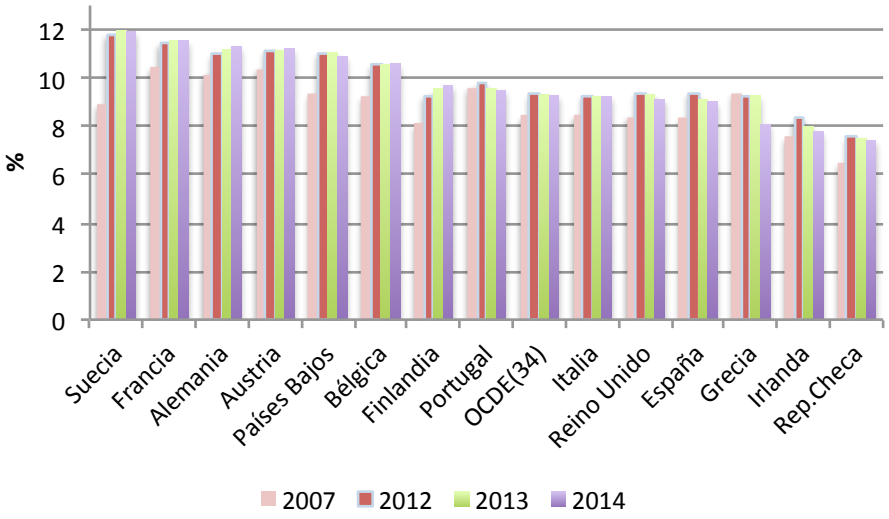
6. INDICADORES DE GASTO EN SANIDAD

Gasto sanitario total como porcentaje del PIB
Actualización actual: negativa

Nivel: preocupante, España por debajo del promedio de la OCDE y de países como Suecia y Reino Unido. Variación: negativa, a partir de 2012 la participación del gasto en sanidad total sobre el PIB viene descendiendo levemente.

El gasto sanitario como porcentaje de PIB ha descendido en 2013 respecto a 2012 en una gran mayoría de países. En este línea, en España, como consecuencia de los recortes introducidos en 2012 y profundizados en 2013, ha descendido ligeramente la participación del gasto en salud sobre el PIB pasando de 9,4% en 2012 a 9,1% en 2013 y finalmente a 9% en 2014. De esta manera, España ha quedado aún más regazada en relación a otros países como Suecia que también disponen de sistemas nacionales de salud, aunque no tanto en relación al Reino Unido. Por otro lado, en países con sistemas contributivos a la Seguridad Social como Alemania, Austria y Francia, el esfuerzo relativo en sanidad sigue siendo aún mayor (
Gráfico 21).

Gráfico 21: Gasto sanitario total como % del PIB. Países seleccionados OCDE. 2007, 2012-2014



Fuente: World Healh Organization.

Gasto sanitario total real per cápita
Actualización actual: negativa

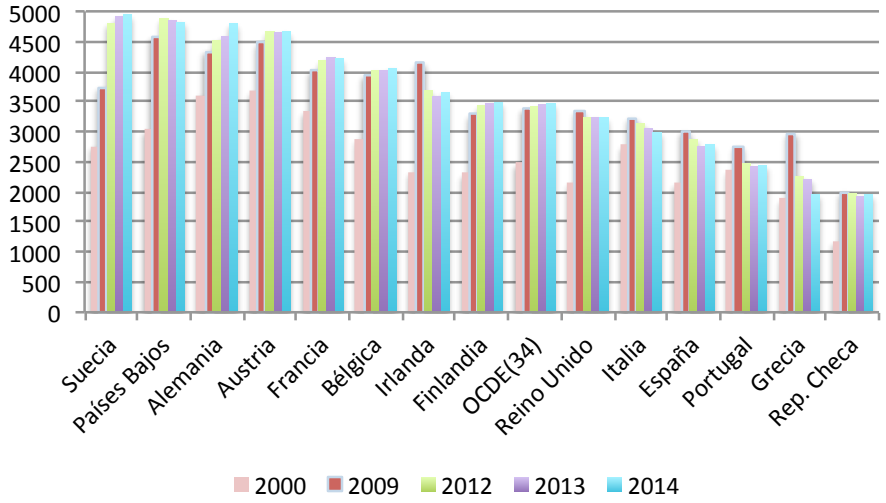
Nivel: negativo, por debajo del promedio de la OCDE. Variación: negativa. El contraste entre 2014 y 2009 es mayor que en relación al 2012.

Entre los años 2000 y 2009 el gasto sanitario total real per cápita creció de manera significativa. En España la variación fue del 40%, similar al promedio de la OCDE y de países como Bélgica y Finlandia. En países como Portugal, Italia, Austria, Alemania y Francia la variación resultó menor, entre el 20% y 30%. En la actualidad la variación del gasto sanitario total real per cápita en 2014 respecto del año 2000 es positiva en todos los países señalados. Para el caso de España la variación es del 30%, inferior al promedio de la OCDE que registra un 40% en el periodo 2014-2000.

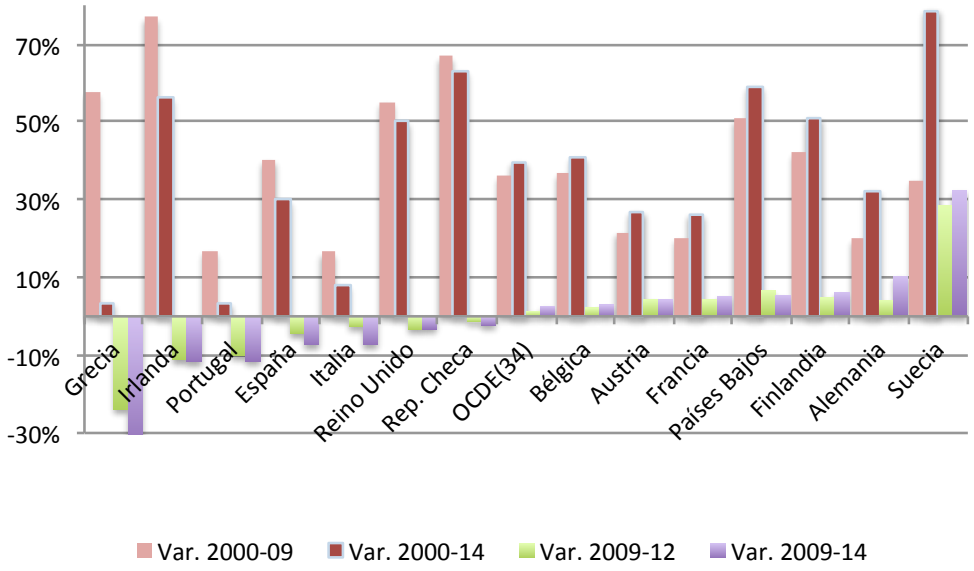
Con la crisis, el gasto comienza a desacelerarse a partir del año 2008. Se observa una gran caída en el año 2012 respecto de 2009 y con los datos de 2014, el impacto de la crisis en los recortes sanitarios se continúa reflejando notablemente. Las variaciones del gasto total real per cápita en 2014 respecto del año 2009 son aún mayores (respecto de la variación 2009-2012) en una cantidad de países, especialmente en Irlanda y los de Europa de sur (Grecia, Portugal y España) (**Gráfico 22**).

En España el gasto sanitario total real per cápita ha caído un 7% en 2014 respecto de 2009, ligeramente por debajo de Portugal (-12%), Irlanda (-12%) y por supuesto Grecia (34%). En contraste hay otros países como Suecia con aumentos del 32%, Finlandia, Francia y Países Bajos donde hay aumentos del 5-6% en el periodo 2014-2009.

Gráfico 22: Gasto sanitario total real per cápita. 2000, 2009 y 2012-2014. Precios constantes 2010 PPA.



Variación



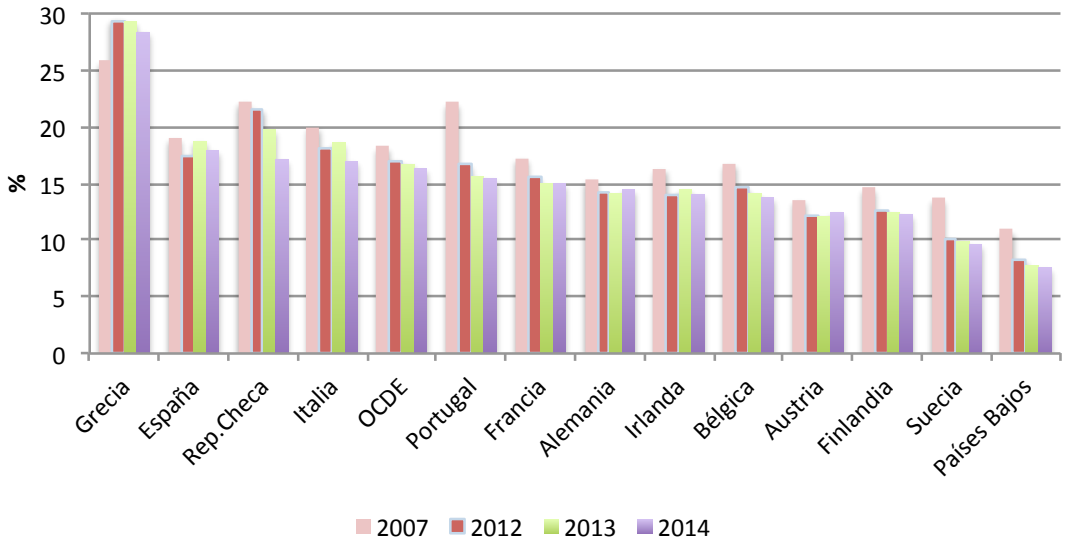
Fuente: World Healh Organization.

Gasto farmaceútico como % del gasto sanitario total
Actualización actual: preocupante

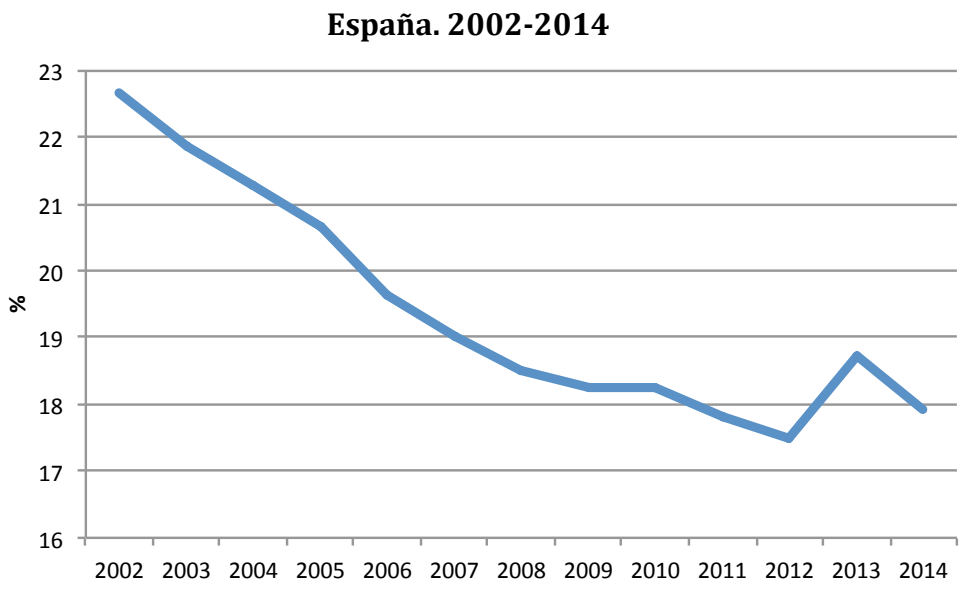
Nivel: preocupante, España por encima del promedio de la OCDE y del grupo de países nórdicos. Variación: positiva, en 2014 se observa un ligero descenso respecto de 2013.

En el
Gráfico 23 observamos la variación en el gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total desde el año 2002. España se ha caracterizado tradicionalmente por un alto consumo farmacéutico[11]. Asimismo, en perspectiva comparada, el gasto farmacéutico en proporción al gasto sanitario total es muy elevado en España en relación a otros países de nuestro entorno. Sin embargo, la tendencia del gasto relativo, como consecuencia de las continuas medidas de restricción del consumo farmacéutico por receta en farmacia (Antoñanzas et al., 2014; BOE, 2012) ha sido a la baja en los últimos años. De todos modos se ha notado un aumento de considerable importancia en 2013 en relación al año 2012, una recuperación de casi dos puntos porcentuales, pasando de un 17,5% a un 18,7%, pero los últimos datos del año 2014 señalan una baja de este indicador al 17,9%.

Gráfico 23: Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario total (corriente). Países seleccionados OCDE.



[11] La información presentada aquí se refiere a medicamentos expedidos con receta en oficina de farmacia.



Fuente: OECD Stat. Aclaración: los datos de la OECD son respecto del gasto sanitario corriente total. Notas: cortes en serie: 2013 (Irlanda) y 2014 (Suecia, Rep. Checa e Italia).Promedio OCDE: 2007: Sin Chile, Turquía y Reino Unido. 2012: Sin Chile, Nueva Zelanda, Turquía y Reino Unido. 2013: Sin Chile, Israel, Nueva Zelanda y Turquía. 2014: Sin Australia, Chile, Israel, Japón, Nueva Zelanda y Turquía.

Presupuestos iniciales en sanidad CCAA por habitante
Actualización actual: positiva

Analizando la variación en los datos de presupuestos iniciales de las CCAA per cápita, se observa que desde 2007 a 2009 la mayoría de las comunidades experimentaron variaciones positivas en sus presupuestos (la excepción fue La Rioja con una caída del -6% y -1% en el periodo 2008/2007 y 2009/2008 respectivamente) (**Tabla 2**). En 2011 se observó un cambio de tendencia siendo Canarias la que mayor caída sufrió en ese año. No es hasta 2015 cuando la mayoría de las comunidades, arrastradas por los procesos electorales, suben sus presupuestos sanitarios (un 3% en promedio). Los nuevos datos para el año 2016 (estimados con los datos de población al 1 de enero 2016 del Padrón Municipal) siguen dando resultados bastantes positivos dado que en promedio hay un aumento del 5% respecto de 2015, siendo Aragón la que mayor aumento tuvo del 14%. En cambio, en Cataluña se percibe una disminución del 2% para dicho periodo.

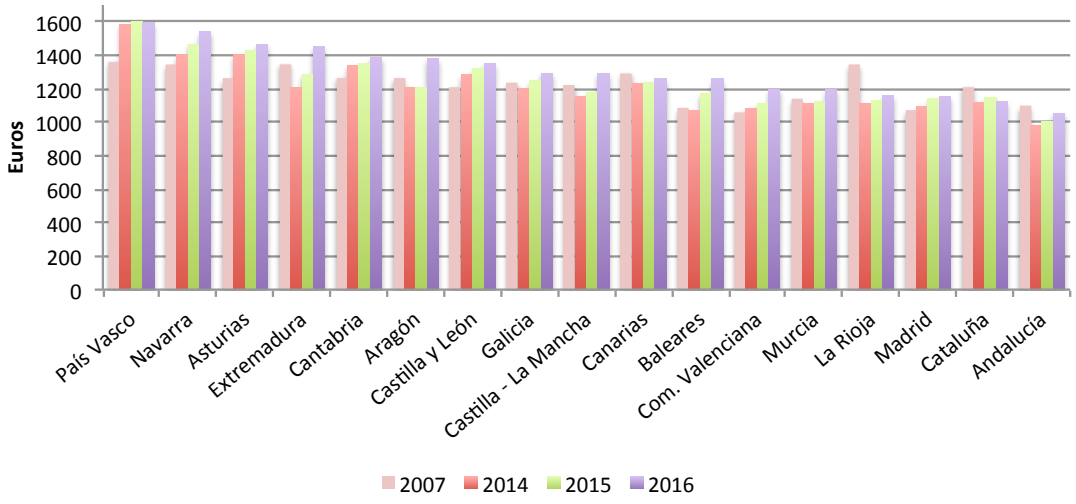
Tabla 2: Variación interanual presupuestos iniciales por habitante. 2007-2016

CCAA	Presupuestos iniciales por habitante. Variaciones interanuales								
	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Andalucía	8%	2%	-1%	-5%	0%	-10%	-3%	3%	5%
Aragón	4%	6%	1%	-3%	0%	-12%	0%	0%	14%
Asturias	2%	13%	5%	-5%	0%	-4%	1%	2%	3%
Baleares	6%	2%	-8%	-1%	3%	-5%	1%	9%	7%
Canarias	9%	3%	-3%	-12%	2%	-2%	1%	0%	2%
Cantabria	3%	4%	0%	-9%	3%	3%	2%	1%	3%
Castilla y León	8%	2%	3%	-2%	-1%	-5%	-1%	3%	2%
Castilla La Mancha	6%	6%	1%	-4%	-8%	-6%	-1%	2%	10%
Cataluña	3%	1%	4%	-7%	-5%	-5%	1%	2%	-2%
Com. Valenciana	4%	3%	1%	-4%	-1%	-9%	9%	3%	7%
Extremadura	9%	7%	-2%	-7%	-4%	-13%	1%	7%	13%
Galicia	7%	3%	-1%	-5%	0%	-3%	-3%	4%	4%
Madrid	4%	1%	-1%	0%	0%	-1%	-1%	4%	1%
Murcia	10%	3%	6%	2%	-11%	-13%	4%	1%	6%
Navarra	6%	2%	8%	-2%	-6%	-6%	5%	5%	5%
País Vasco	11%	8%	2%	-4%	-1%	1%	-1%	1%	0%
La Rioja	-6%	-1%	2%	-6%	-5%	-4%	2%	1%	3%
Promedio nacional	**6%**	**4%**	**1%**	**-4%**	**-2%**	**-6%**	**1%**	**3%**	**5%**
Mayor aumento	País Vasco	Asturias	Navarra	Murcia	Cantabria	Cantabria	Valencia	Baleares	Aragón
	11%	13%	8%	2%	3%	3%	9%	9%	14%
Mayor caída	La Rioja	La Rioja	Baleares	Canarias	Murcia	Murcia	Andalucía	-	Cataluña
	-6%	-1%	-8%	-12%	-11%	-13%	-3%	-	-2%

Nota: datos 2016 estimados con las estadísticas del Padrón Continuo (INE), cifras provisionales al 1 de enero 2016.

Además existe una gran heterogeneidad en los presupuestos por habitante en las comunidades autónomas, siendo Andalucía (1.053 euros en 2016) la que menor presupuesto por habitante dispone y el País Vasco (1.598 euros en 2016) la que mayor, habiéndose ensanchado las diferencias en los años de recesión (véase **Gráfico 24**).

Gráfico 24: Presupuestos iniciales en sanidad CCAA por habitante (en euros). 2007, 2014-2016



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e INE (Cifras de Población).

7. BARÓMETRO SANITARIO

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

opinión y la percepción de sus ciudadanos. Asimismo, presentamos en esta nueva entrega del Observatorio información objetiva sobre las listas de espera provista por el Ministerio de Sanidad.

Opinión sistema sanitario
Actualización actual: positiva

Nivel: positivo. Datos del año 2009 registran una buena posición relativa de España sobre la percepción del sistema sanitario.
Variación: positiva, en el año 2015 hay un ascenso en la percepción que el sistema funciona bastante bien.

La encuesta del Eurobárometro del año 2009 realiza la pregunta "¿considera la atención sanitaria de su país mejor, igual o peor que la de otros estados miembros de la UE?". Como puede verse España se sitúa en una posición intermedia dado que el 70% de los ciudadanos considera nuestro sistema sanitario igual o mejor que los del resto de Europa (el promedio de la UE-27 es del 66%). Otros países como Bélgica, Finlandia y Austria, los niveles de satisfacción son mayores, donde más del 90% de los ciudadanos considera su sistema sanitario mejor o igual que el resto de países europeos.

Tabla 3: Calidad percibida (%) de la atención sanitaria del país de origen en relación a otros miembros de la UE-27

	Mejor	Igual	Peor	Ns/Nc
Bélgica	65	29	4	2
Austria	64	32	3	1
Finlandia	56	35	4	5
Francia	55	29	4	12
Alemania	53	32	7	8
Países Bajos	48	40	8	4
Luxemburgo	44	37	13	6
Suecia	43	40	6	11
Dinamarca	42	42	14	2
España	39	31	12	18
Reino Unido	38	31	16	15
UE-27	33	30	26	11
Malta	26	37	15	22
Eslovenia	16	42	30	12
Rep. Checa	16	50	28	6
Italia	15	39	37	9
Chipre	13	35	35	17
Eslovaquia	11	33	51	5
Irlanda	11	32	42	17
Estonia	9	41	34	16
Lituania	8	28	47	17
Letonia	6	18	65	11
Polonia	6	20	63	12
Grecia	3	17	77	3
Portugal	3	26	54	17
Rumanía	3	13	73	11
Bulgaria	2	12	72	14
Hungría	2	20	67	11

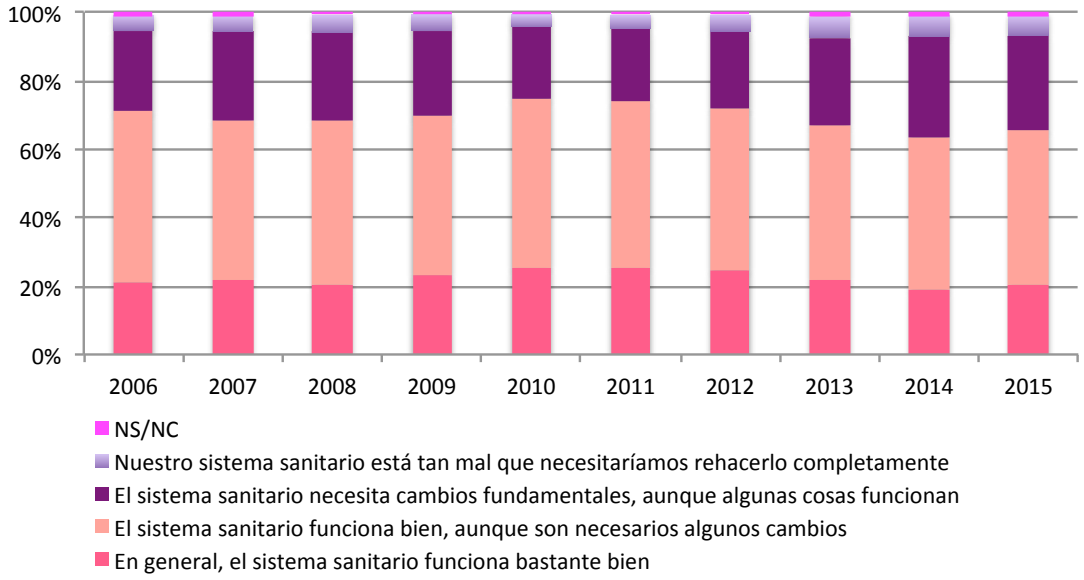
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

Por otra parte, una de las preguntas claves que se ha mantenido en el barómetro sanitario para España estos últimos años es la opinión que tiene el ciudadano acerca del sistema sanitario español. De esta manera, en el **Gráfico 25** observamos la variación que se observa año a año en la opinión sobre el sistema. En general el sistema sanitario se encuentra bien valorado por los ciudadanos aunque en 2013 y 2014 se observaba una participación mayor de las personas que opinan que el sistema necesita cambios fundamentales.

Se observan algunos cambios con los últimos datos disponibles del año 2015. Desde el año 2011 se observaban aumentos paulatinos de la percepción que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales, llegando en el 2014 a cerca del 30% de la población. Sin embargo, en el año 2015 dicha percepción desciende ligeramente al 27,7%. Por otra parte, la proporción de personas que sostiene que el sistema sanitario funciona bastante bien también ha aumentado en 2015 respecto de 2014 en 1 pp.

De esta manera, 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 65,6%, cifra superior al año 2014 (63,4%), aunque por debajo de los valores máximos de todo el periodo.
En cuanto al porcentaje de la población que opina que hay que hacer cambios fundamentales y los que opinan que habría que rehacer por completo el sistema es del 33,3%, descendiendo 2 puntos porcentuales entre 2014 y 2015.

Gráfico 25: Qué afirmación expresa mejor la opinión sobre el sistema sanitario en España. Barómetros Sanitarios 2006-2015

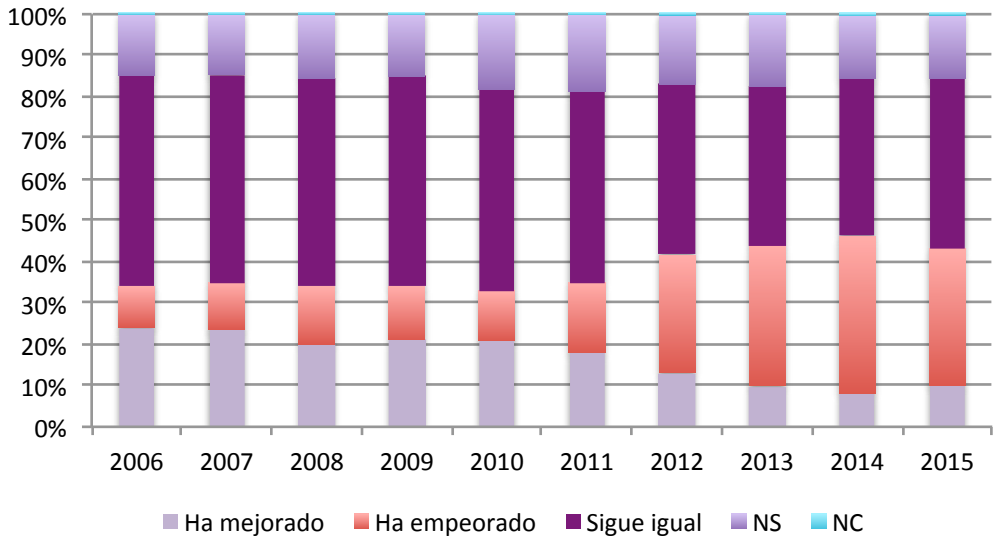


El problema de las listas de espera
Actualización actual: negativa

El tema de las listas de espera sigue siendo un problema recurrente en los últimos años. Cada vez son más las personas que opinan que el problema de las listas de

espera ha empeorado. En el **Gráfico 26** mostramos la variación en dicha proporción a lo largo del periodo 2006-2015. En el año 2014, cerca de un 40% de las personas opinaba que la situación había empeorado, mientras que en 2013 dicho porcentaje ascendía al 34%. Sin embargo, hay un cambio considerable en el año 2015 dado que aquellos que opinan que la situación ha empeorado desciende cerca de 5 puntos porcentuales respecto de 2014. Al mismo tiempo, el porcentaje de personas que afirma que el problema de las listas de espera ha mejorado asciende del 8,1% al 10%.

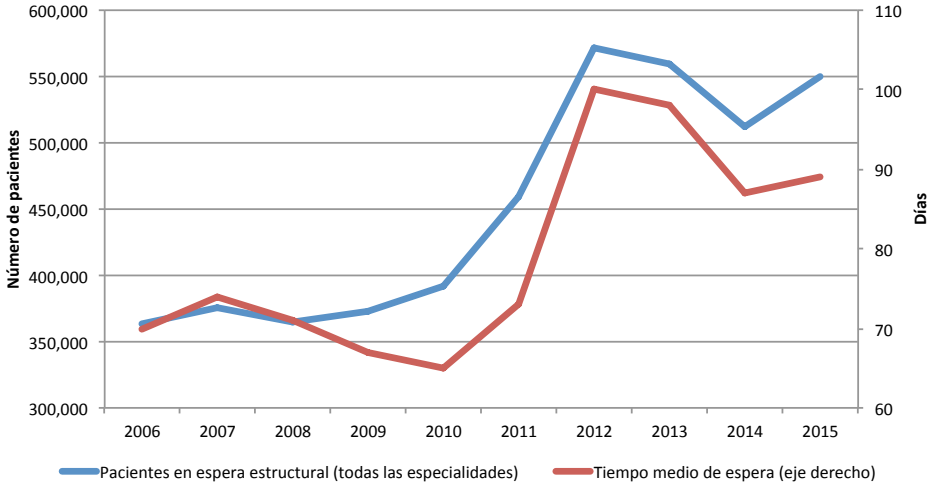
Gráfico 26: En general, cree Ud. que durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera…? Barómetros Sanitarios 2006-2015



Sistema de Información de Listas de Espera.
Actualización actual: negativa

El Ministerio de Sanidad publica en su página web la información sobre las listas de espera en todas las especialidades a diciembre de cada año. A continuación, presentamos la variación en el número de pacientes en espera y el tiempo medio en el conjunto de las especialidades. Puede verse un gran salto en 2012, siguiendo un paralelo con la percepción de los ciudadanos reflejada en el Barómetro Sanitario, alcanzando los 572.000 pacientes en lista de espera, un 24% más que el año anterior. Respecto de 2009, el salto es aún mayor, del 53%. En 2013 se observa una pequeña caída interanual del 2% y en 2014 otra reducción del 8%. Sin embargo, los últimos datos (2015) confirman un ascenso del 7% respecto de 2014. Por otra parte, el tiempo medio de espera (eje derecho) se situaba en 70 días en 2006 y en 9 años el tiempo de espera se incrementó en un 30%, alcanzando los 90 días en 2015.

Gráfico 27: Pacientes en espera estructural (todas las especialidades) y tiempo medio de espera. 2006-2015



Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera. Ministerio de Sanidad. Notas: Pacientes en espera 2006-2013: Los datos de un Servicio de Salud han sido estimados a partir de los procesos seleccionados/ Faltan datos de una Comunidad Autónoma. Pacientes en espera 2014-2015: Datos correspondientes a 17 comunidades autónomas y el INGESA. Para una comunidad autónoma (Cataluña) los datos han sido estimados a partir de los procesos seleccionados en el RD 605/2003 . Tiempo de espera (2006-2008): Faltan datos de dos Servicios de Salud.

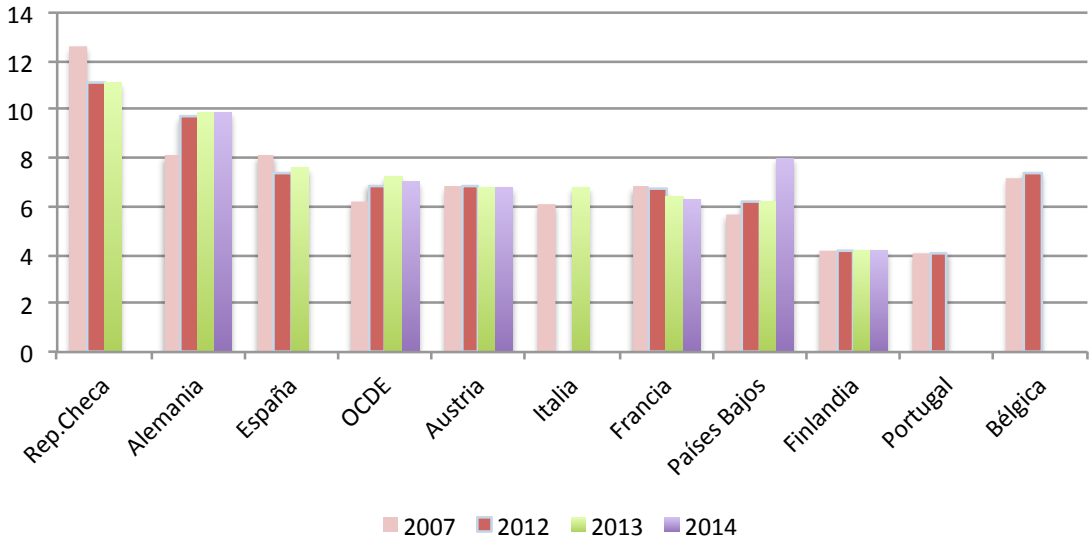
Probabilidad de visitas hospital, cabecera, especialista

Actualización actual: preocupante

Nivel: negativo, por encima del promedio de la OCDE. Variación: preocupante, se observan unos pequeños aumentos en las visitas al hospital y médico de cabecera en 2015 respecto de 2014.

Si realizamos una comparación internacional del promedio de visitas/consultas con un médico, observamos que en España sigue siendo alto, ya que se encuentra en el grupo de países con mayor número de visitas junto con Bélgica, Alemania y Rep. Checa (**Gráfico 28**). En cuanto a la variación entre 2012 y 2013 (para el 2014 hay pocos datos), el comportamiento de los países (donde existe información) es variado. En Finlandia, Francia y Italia se observa una ligera mejora, en Alemania se registra un leve ascenso y en Países Bajos, Austria y República Checa se ha mantenido estable entre ambos periodos. Para los países con datos en 2014 se observa también una ligera disminución respecto de 2013.

Gráfico 28: Promedio de visitas/consultas con un médico per cápita. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2014



Fuente: OECD Stat. Notas: 2012: Bélgica y España (2011). 2007: Italia (2005). Promedio OCDE: 2007: Sin Grecia, Israel, Italia, Corea, España. 2012: Sin Bélgica, Grecia, Irlanda, Israel, Italia, España, Reino Unido, Estados Unidos. 2013: Sin Bélgica, Grecia, Irlanda, Israel, Nueva Zelanda, Portugal, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos. 2014: Sin Bélgica, Canadá, Chile, Rep. Checa, Grecia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Nueva Zelanda, Portugal, España, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos.

Para el caso de España tenemos valores para el año 2015 con el Barómetro Sanitario que permite analizar las estadísticas de visitas al hospital o al médico. En la encuesta se pregunta si durante los últimos 12 meses ha acudido a la consulta de un médico de cabecera, si ha acudido a la consulta de un médico especialista y si ha estado ingresado en un hospital. Al mismo tiempo se pregunta acerca del número de veces que ha estado en cada uno de los ámbitos de atención, tanto en una institución pública como privada. Por tanto, en la **Tabla 4** observamos la variación en el porcentaje de personas que ha acudido a algún tipo de establecimiento desde el año 2006.

En el caso de atención primaria, en 2014 el porcentaje de personas que han acudido al médico de cabecera por lo menos una vez durante los últimos 12 meses (al momento de la entrevista) se mantiene cerca del 70%. Por otra parte, el porcentaje de personas que ha acudido a una consulta con el médico especialista se sigue posicionando en torno al 45% aunque ha descendido en este último año respecto del 2014 en cerca 2 puntos porcentuales (especialmente en los varones). Por último, se nota un leve aumento del porcentaje de personas que han visitado un hospital, pasando del 8,6% en 2014 al 9% en 2015.

A excepción de las visitas al especialista, en general no se observa una disminución de la probabilidad de tener contacto médico en los últimos años. Según el sexo, hay una mayor incidencia de mujeres en cada uno de los ámbitos visitados, aunque las mayores diferencias se observan en el caso de atención primaria y especializada (

Tabla 4).

Tabla 4: Porcentaje de personas que han visitado alguna vez el hospital, acudido al médico de cabecera y especialista por sexo (público y privado). Barómetros Sanitarios 2006-2015

Visitas hospital	Varón	Mujer	Total
2006	8.4	10.2	9.3
2007	9.1	12.0	10.6
2008	8.8	11.2	10.0
2009	8.9	11.4	10.1
2010	8.8	11.0	9.9
2011	8.3	11.5	9.9
2012	8.4	10.6	9.5
2013	8.2	10.3	9.3
2014	7.5	9.6	8.6
2015	7.7	10.3	9.0

Visitas primaria	Varón	Mujer	Total
2006	63.6	73.4	68.5
2007	s/d	s/d	s/d
2008	67.7	76.9	72.4
2009	66.5	75.4	71.1
2010	64.7	74.2	69.5
2011	64.5	75.8	70.3
2012	63.8	73.7	68.8
2013	62.3	75.4	69.0
2014	64.0	74.2	69.2
2015	64.1	74.9	69.6

Visitas especialista	Varón	Mujer	Total
2006	37.2	48.0	42.6
2007	38.0	50.7	44.5
2008	40.5	52.0	46.4
2009	36.9	51.9	44.5
2010	39.0	51.5	45.3
2011	39.0	51.2	45.2
2012	39.1	50.2	44.8
2013	39.2	51.1	45.2
2014	40.1	51.5	45.9
2015	38.5	50.3	44.5

Nota: en 2007 no se pregunta en el cuestionario el número de veces que ha acudido al médico de cabecera.

Número condicional de visitas al médico (cab. y esp.)
Actualización actual: positivo

En la
Tabla 5 presentamos información sobre la variación en el número de visitas al médico de cabecera y al especialista condicional a haber hecho al menos una visita desde el año 2006. Es fácil detectar que a partir de 2010 desciende el número de visitas para ambos sexos. Los nuevos valores del año 2015 enfatizan esta tendencia. En el caso de las mujeres, este número de visitas se mantiene constante (5,8) y en el caso de los varones disminuye dos décimas (de 5 a 4,8). En general, han disminuido más las visitas al médico de cabecera en este último año en relación al médico especialista (que se ha mantenido estable sobretodo en las mujeres).

Tabla 5: Número de visitas al médico de cabecera y especialista por sexo (público y privado). Barómetros Sanitarios 2006-2015

	Varón			Mujer			Total		
	cab	esp	tot	cab	esp	tot	cab	esp	tot
2006	4.1	2.6	5.2	5.2	2.9	6.4	4.7	2.8	5.8
2007	---	2.7	---		2.8	---	---	2.7	----
2008	4.2	2.7	5.3	5.0	2.9	6.4	4.6	2.8	5.9
2009	4.1	2.6	5.1	5.0	2.9	6.4	4.6	2.8	5.8
2010	4.0	2.4	5.0	4.8	2.7	6.1	4.4	2.6	5.6
2011	3.8	2.5	4.8	4.6	2.8	6.0	4.2	2.7	5.4
2012	3.9	2.6	5.0	4.4	2.8	5.7	4.2	2.7	5.4
2013	3.9	2.5	4.9	4.4	2.6	5.6	4.2	2.6	5.3
2014	3.9	2.7	5.0	4.4	2.9	5.8	4.2	2.8	5.5
2015	3.7	2.6	4.8	4.5	2.9	5.8	4.1	2.8	5.4

Nota: en 2007 no se pregunta en el cuestionario el número de veces que ha acudido al médico de cabecera.

8. INDICADORES DE SITUACIÓN LABORAL EN SANIDAD

Participación ocupados en sanidad sobre el empleo total
Actualización actual: positiva

Nivel: preocupante, por debajo del promedio de la UE.
Variación: positiva, desde el 2007 la tendencia es a la alza en dicha participación.

El **Gráfico 29** refleja la variación en la participación de ocupados del sector de la sanidad sobre el total de ocupados (excluido el sector sociosanitario analizado aparte en el Informe de la Dependencia 2016 publicado en Fedea[12]) tanto a nivel internacional como nacional. En términos comparativos, España se encuentra bastante por debajo del promedio de la UE y más cercano a países de Europa del Sur.

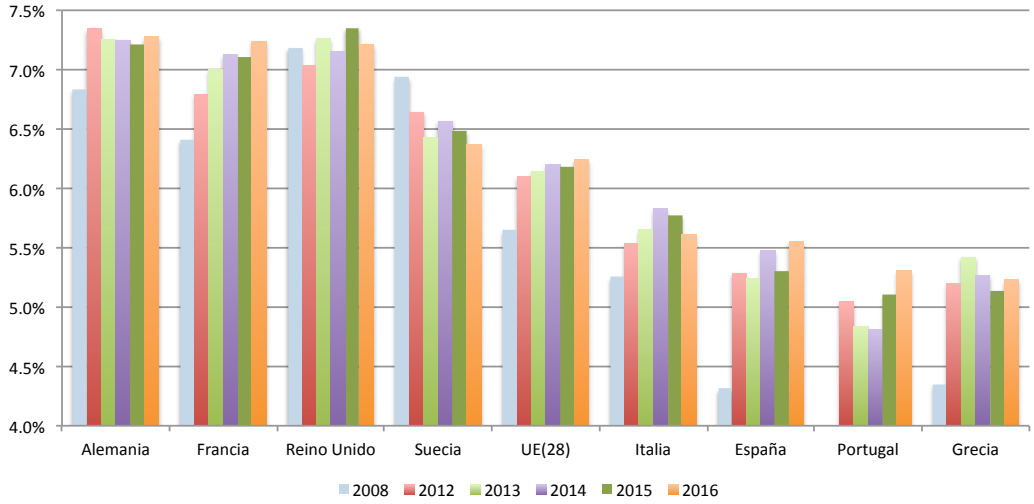
En cuanto a España, el hecho más destacable es el notable aumento en dicha participación a lo largo de estos 9 años. En el cuarto trimestre 2015 la proporción de ocupados sobre el total se mantiene en 5,5%, igual que hace un año aunque en

[12] Disponible en: http://www.fedea.net/category/observatorio-de-dependencia/

el primer trimestre 2016 muestra un ligero ascenso a 5,6% y se mantiene en el segundo trimestre 2016. De esta manera sigue estando por encima de lo observado en 2007. Es decir, el empleo en el sector sanitario ha sufrido, pero ha sufrido relativamente menos que el de otros sectores económicos. De hecho, el empleo en el sector solo empezó a caer a partir de 2011, coincidiendo con la segunda recesión para recuperarse a partir de 2014.

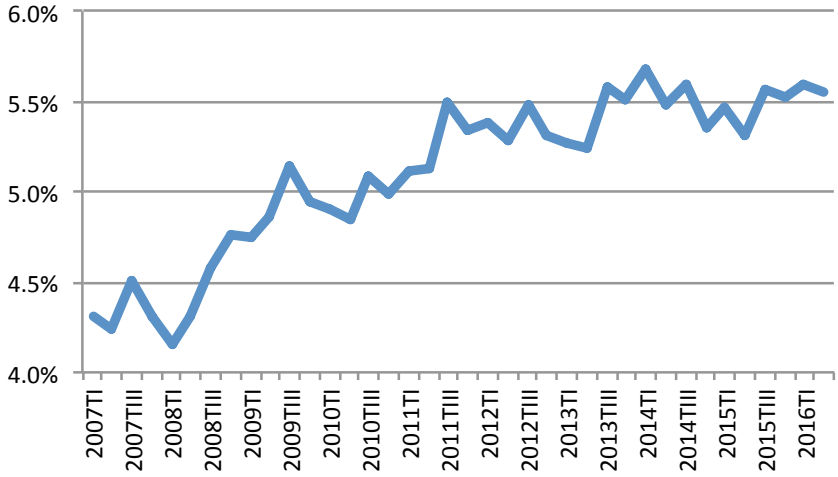
Gráfico 29: Participación ocupados en el sector de la sanidad sobre el empleo total.

Algunos países seleccionados UE(28). Segundo trimestre 2008 y 2012-2016.



Fuente: Eurostat. Sólo en Portugal y España datos 2016 del segundo trimestre, el resto son datos del primer trimestre.

España. 2007TI-2016TII

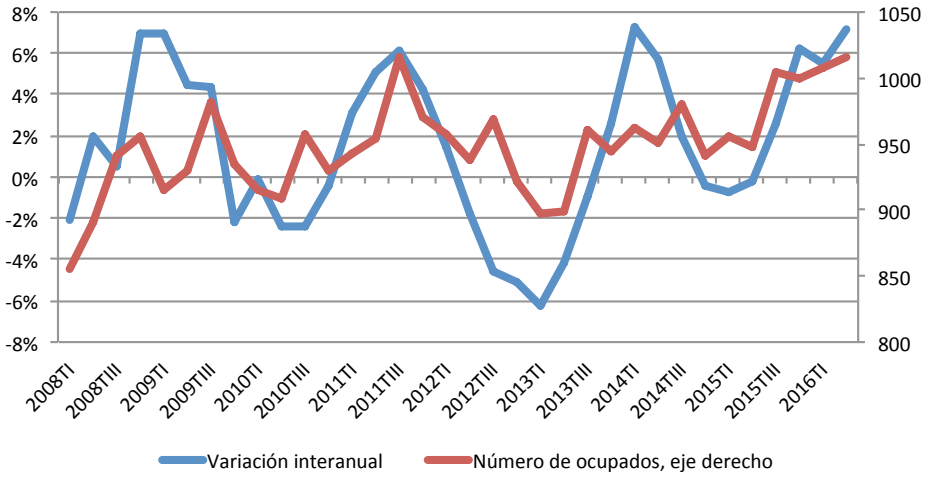


Variación interanual número de ocupados en sanidad
Actualización actual: positiva

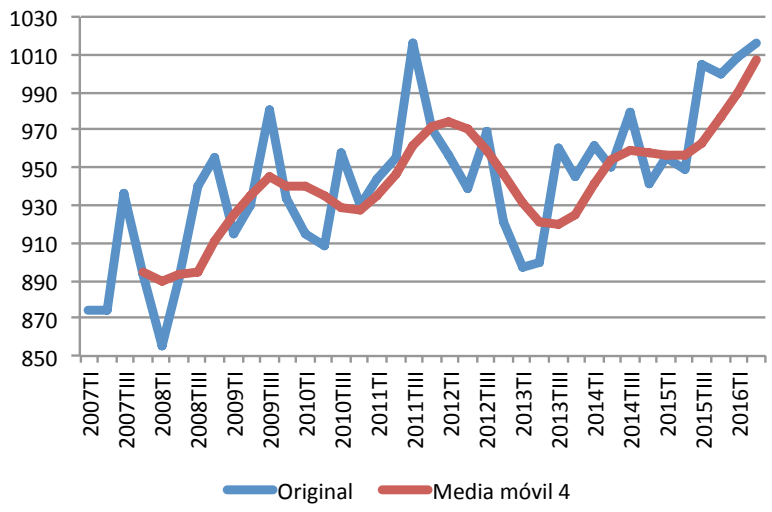
En cuanto a la variación del número de ocupados en términos interanuales desde el 2008 en España se puede ver un comportamiento bastante inestable (
Gráfico 30). La primera caída pronunciada del número de ocupados se produjo en el último trimestre 2009 (-2,2%). Sin embargo, la mayor caída, como consecuencia de los recortes presupuestarios, se registró en el primer trimestre 2013 del orden del -6,2%. Luego, la variación interanual retomó una senda creciente hasta volver a caer en el último trimestre 2014. A partir del tercer trimestre 2015 se observa una mejora del 2,6% y finalmente en el cuarto trimestre del 2015 el cambio es aún mayor, del 6,2% respecto del mismo mes del año anterior. En el primer trimestre 2016 la variación sigue siendo positiva pero menor a la registrada en el trimestre anterior, del 5,5% aunque en el segundo trimestre 2016 se registra una variación interanual más alta del 7%.

El número de ocupados en términos absolutos sigue una senda relativamente parecida, habiéndose recuperado los máximos observados antes de los recortes en sanidad (1.016 miles de ocupados en 2016 versus 1.016 miles de ocupados en 2011).

Gráfico 30: Variación interanual del número de ocupados y número de ocupados en el sector de la sanidad (miles). España. 2007TI-2016TII



Media móvil orden 4: Número de ocupados



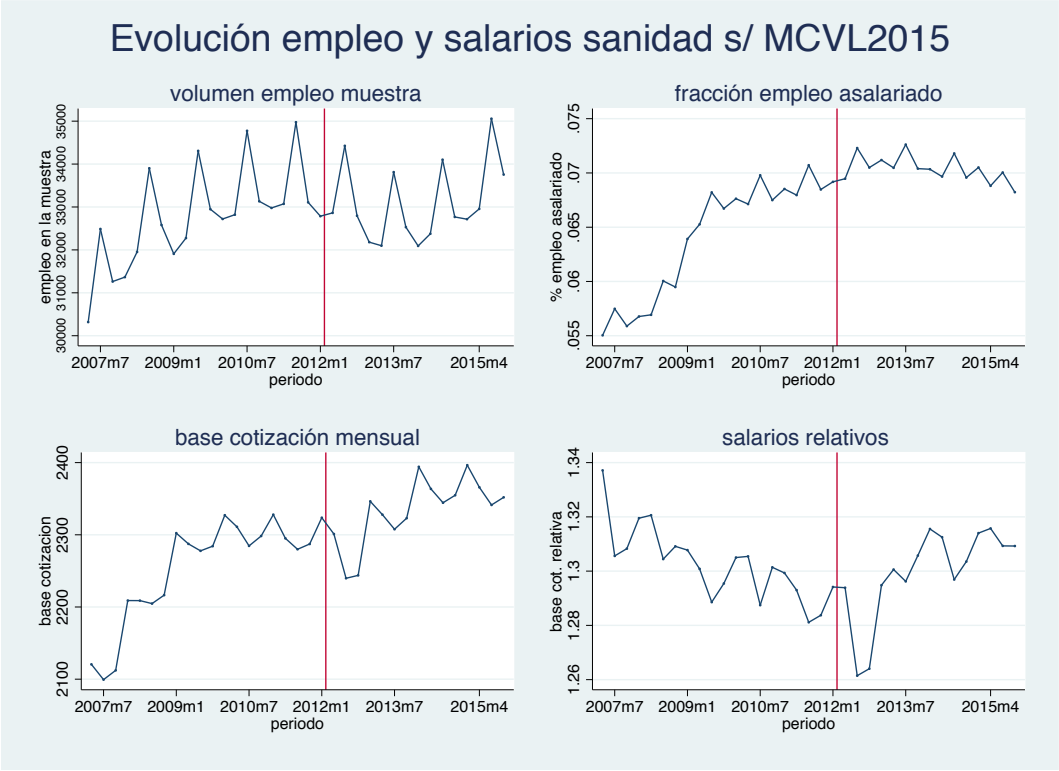
Empleos y salarios
Actualización actual: positiva

El **Gráfico 31** presenta un sumario de la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales corregidas por censura[13]) en el sector sanitario en el periodo 2007-2014 en base a una fuente alternativa, los datos de la Muestra Continua de Vidas Laborales 2015. De forma parecida a lo que muestra la EPA, el empleo en el sector crece en la primera parte de la crisis, hasta 2010, para después de un cierto estancamiento decaer suavemente, aunque sin volver al nivel previo de 2007. Los nuevos datos de 2015 siguen reflejando que la evolución relativa del sector no es de los más afectados de la economía española, ya que su peso en el empleo total sube desde el 5,2 al 7%. Es decir, el empleo en el sector gana casi dos puntos en el periodo.

En lo que respecta a los salarios nominales, contrastan dos periodos: 2007-2009, marcado por el crecimiento salarial; y 2010-2013, marcado por el estancamiento nominal y, por tanto, una ligera caída en términos reales. Sin embargo, se percibe que a partir de 2013 los salarios vuelven a una senda más positiva, aumentando levemente. En términos relativos, el diferencial entre los salarios en el sector sanitario y los salarios en general se ha reducido alrededor de 8 pp porcentuales aunque a partir de finales de 2013 se observa una recuperación de aproximadamente la mitad del descenso previo. En suma, el sector ha mantenido gran parte de su empleo a costa de una cierta renuncia salarial, casi siempre forzada a través del presupuesto público.

Gráfico 31: Empleo y salarios según la MCVL2015

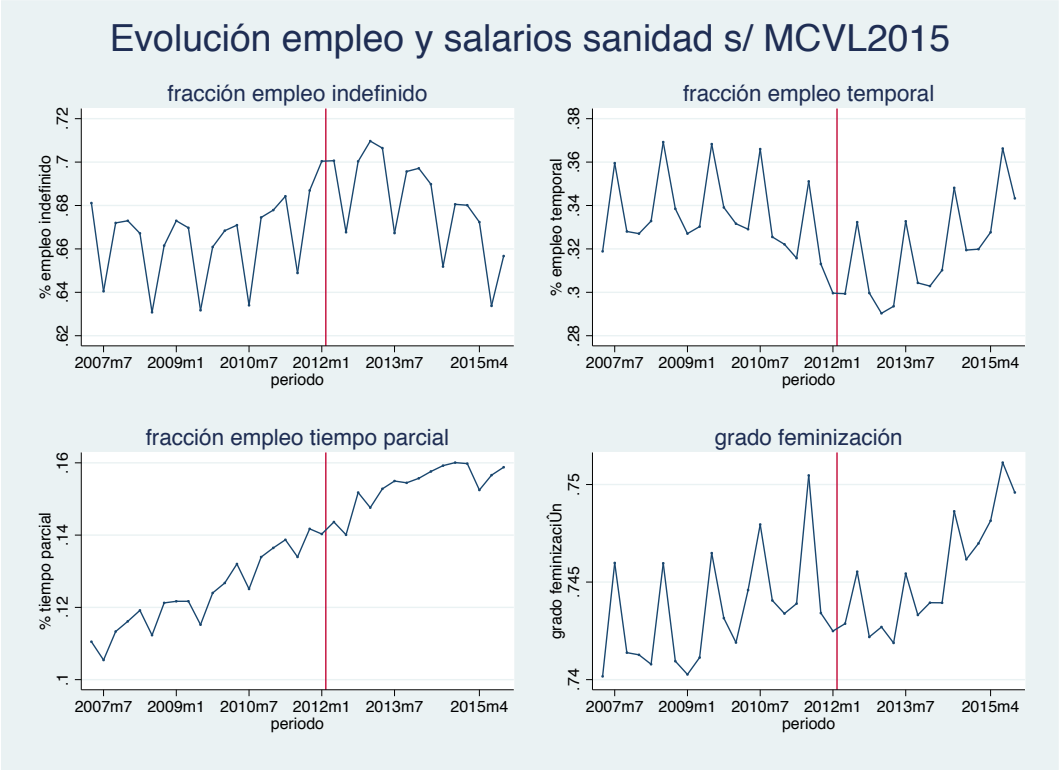
[13] Las bases máximas han sido corregidas por censura siguiendo la metodología de Boldrin et al (2004).



Indicadores calidad de empleo y grado feminización
Actualización actual: preocupante

Finalmente, el
Gráfico 32 presenta la evolución reciente de indicadores de calidad de empleo en el sector. Cabe reseñar el aumento de la fracción de empleo temporal en la primera parte de la crisis y su posterior descenso en la segunda, para acabar convergiendo en 2015 a una distribución entre empleo temporal e indefinido parecida a la de 2007, en torno a dos tercios de empleo indefinido y el resto temporal. Este nivel de temporalidad, dadas las características del sector, es ciertamente alto. Otros aspectos a destacar son el incremento de la contratación a tiempo parcial, 4 pp en el periodo, de 11 a 15%, y la relativa estabilidad del grado de feminización del sector, solo alterado en los momentos donde las sustituciones adquieren mayor peso.

Gráfico 32: Indicadores de calidad de empleo y grado feminización según la MCVL2015


Evolución empleo y salarios sanidad s/ MCVL2015
fracción empleo indefinido
% empleo indefinido
.62
.64
.66
.68
.7
.72
2007m7
2009m1
2010m7
2012m1
2013m7
2015m4
periodo
fracción empleo temporal
% empleo temporal
.28
.3
.32
.34
.36
.38
2007m7
2009m1
2010m7
2012m1
2013m7
2015m4
periodo
fracción empleo tiempo parcial
% tiempo parcial
.1
.12
.14
.16
2007m7
2009m1
2010m7
2012m1
2013m7
2015m4
periodo
grado feminización
grado feminizaciÚn
.74
.745
.75
2007m7
2009m1
2010m7
2012m1
2013m7
2015m4
periodo

Fuentes de información estadística utilizadas

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2013), "Estudio ALADINO: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2011", Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales Igualdad, Madrid, disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/estudio_ALADINO_2011.pdf

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2014), "Estudio ALADINO: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013", Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales Igualdad, Madrid, disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2013.pdf

- Antoñanzas, F., Rodríguez-Ibeas, R., Juárez-Castelló, C. y Lorente Antoñanzas, M. (2014), "Impacto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto farmacéutico", Rev Esp Salud Pública 2014; 88:233-249. N.º2 Marzo-Abril.

- Barómetros Sanitarios 2006-2014 (microdatos) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadisticas/microdatos.do

- BOE (2012), Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado núm. 98, 24 de abril de 2012, Sec. I, pág.31278, disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf

- Boldrin, M., Jiménez-Martín, S. y Peracchi, F. (2004), "Micro-Modeling of Retirement Behavior in Spain," NBER Chapters, en: Social Security Programs and Retirement around the World: Micro-Estimation, pages 499-578, National Bureau of Economic Research, Inc.

- Conde-Ruiz, J.I., Díaz, M., Marín, C. y Rubio-Ramírez, J. (2016), "Sanidad, Educación y Protección Social: Recortes Durante la Crisis", Estudios sobre la Economía Española - 2016/17, Observatorio Fiscal y Financiero de las CC.AA., Fedea, disponible en: http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-17.pdf

- De la Fuente, A. (2016), "Las finanzas autonómicas en 2015 y entre 2003 y 2015", Estudios sobre la Economía Española 2016/15, Fedea, Abril, disponible en: http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-15.pdf

- Dirección General de Tráfico, Siniestralidad vial, España 2014, disponible en: http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/2015-2228_principales_cifras_de_la_Siniestralidad_Vial_2014_ACCESIBLE.pdf

- European Commission (2004), "The state of mental health in the European Union", Health & Consumer Protection, Directorate-General.

- Espino, A. (2007), Capítulo 19, "Reformas de la salud mental en España" en Knapp, M. et al. (2007) Salud mental en Europa: políticas y práctica, líneas futuras en salud mental, Observatorio Europeo de políticas y sistemas sanitarios.

- Estadísticas sobre esperanza de vida en buena salud (EUROSTAT), disponible en:
  http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en

- Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), Sistema de Cuentas de Salud (SCS) y Presupuestos iniciales de las CCAA del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, disponible en:
  https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm

- INE:

  - Estadísticas sobre defunciones, disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase
  - Encuesta Nacional de Salud, disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0
    Encuesta Europea de Salud 2014, disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420/p01&file=inebase&L=0
  - Encuesta de Condiciones de Vida, disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&idp=1254735976608
    - Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0
    - Información sobre horas trabajadas, EPA, disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595
  - Información mercado laboral del sector salud, EPA, disponible en: http://www.ine.es/inebaseDYN/epa30308/epa_resultados_1.htm

- McDaid, D., Knapp, M. y Curran, C. (2005), "Mental health III, Funding mental health in Europe", Policy Brief, European Observatory on Health Systems and Policies.

- McDaid, D., Knapp, M., Medeiros, H. y MHEEN group (2007), "Mental health and economics in Europe: Findings from the MHEEN group" Eurohealth Vol 13 No 3, disponible en: http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL13no3/MHEEN%20article.pdf

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Estadísticas de accidentes de trabajo, disponible en: http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales a Igualdad, "Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud. 2009-2013", disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales a Igualdad (2014), "Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013", disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm .

- OECD (2016), *Focus on health workforce policies in OECD countries*, Policy Brief, OECD Publishing, Paris, disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en

- OECD (2015), *Health at a Glance: OECD Indicators*, chapter 5 on health workforce, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

- OECD Health Statistics 2015, disponible en: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

- OECD Health at a Glance 2015, disponible en: http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm

- OECD y EU (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, Paris, disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en

- OECD stat, disponible en: http://stats.oecd.org

- Seguridad Social:
    - Muestra Continua de Vidas Laborales de 2007 a 2014.

- World Health Organization, Global Health Expenditure Database, disponible en: http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en