

Estudios sobre la Economía Española - 2021/31

## Cuarto Informe Observatorio de Sanidad de FEDEA

Noviembre 2021

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

ANALÍA ANDREA VIOLA  
(Fedea)

**fedea**

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

# **Cuarto Informe Observatorio de Sanidad de FEDEA**

## **Especial Impacto COVID-19**

**Noviembre 2021**

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

ANALÍA ANDREA VIOLA  
(Fedea)

## 1. INTRODUCCIÓN

El cuarto informe del Observatorio de Sanidad de Fedea se desarrolla en un escenario particular, muy distinto al de las anteriores ediciones. La pandemia ocasionada por el COVID-19 ha generado, sin duda, un fuerte impacto tanto en el sistema sanitario español como en la salud de su población. Después de unas primeras semanas de respuesta dubitativa, el sistema de salud consiguió adaptarse al Covid a través de una curva de aprendizaje acelerado, que redujo los dramáticos niveles de mortalidad iniciales

El exceso de mortalidad, esto es, los fallecimientos de más que se registraron con la crisis sanitaria en comparación con los esperados en condiciones no pandémicas, ya nos proporciona una imagen precisa del impacto total de la pandemia. Según los datos del INE, el mayor pico de exceso de muertes en relación con la misma semana del año 2019 se produjo a finales de marzo de 2020 (en la semana 14), cuando se detectaron 12.848 muertes más.

Las diversas iniciativas de restricciones radicales a la movilidad, a la hostelería y restauración y a centros comerciales y comercios, entre otras, en las comunidades autónomas sirvieron para frenar la expansión del COVID-19. Esto permitió un menor nivel de actividad social y menores contactos, lo que no solo tuvo un impacto de índole económico sino también afectivo y emocional.

Otra de las consecuencias de la pandemia en España es el golpe al sistema sanitario cuando se dispararon las hospitalizaciones y los ingresos en UCIs por esta enfermedad, debilitando la capacidad asistencial del sistema. Al mismo tiempo, otras enfermedades que requieren tratamiento y seguimiento especial se vieron relegadas y su tratamiento pospuesto ante la saturación del sistema sanitario.

El objetivo principal de esta cuarta edición del Observatorio es analizar los principales indicadores de salud y bienestar, así como la satisfacción de los usuarios y el impacto de las primeras olas de la pandemia, entre otras cuestiones relevantes, con la información más actualizada del año 2020 y en perspectiva comparada cuando la información lo permita.

La estructura del informe es la siguiente. Después de la tribuna invitada, en la sección 2 analizamos los indicadores más relevantes de salud y bienestar, así como los relacionados con el estado de salud de la población, los indicadores de riesgo para la salud y los de gasto en sanidad. En la sección 3, examinamos la satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario a través de algunas encuestas de opinión, las consultas al médico pre-pandemia y durante la pandemia y aportamos datos de las listas de espera a través del Sistema de Información de Listas de Espera oficial. En la sección 4 analizamos la situación laboral en sanidad con datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) y la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL). En la sección 5 ofrecemos información sobre las secuelas del COVID-19 como la salud mental y el estrés del sistema sanitario. Finalmente, en la sección 6 hacemos un pequeño resumen de la cobertura de vacunación y en la sección 7 presentamos unas breves conclusiones.

Como complemento al análisis del impacto del COVID-19 en España, incluimos una *tribuna* de actualidad, de gran interés, a cargo de Joan Costa-Font, sobre la gestión de la pandemia en el Reino Unido.

# TRIBUNA: La Gestión de la Pandemia en el Reino Unido

Por Joan Costa-Font, LSE

## Diagnóstico

El virus del COVID-19 llegó a Reino Unido a finales de enero de 2020, y hasta hoy (octubre de 2021) ha habido 139.000 muertes y 8 millones y medio de casos. Tal como se refleja en la Figura 1, ha habido tres picos: en abril de 2020, noviembre de 2020 y enero de 2021. A día de hoy, la pandemia aún no está totalmente controlada si bien las restricciones a la movilidad y las medidas de prevención de contagios son limitadas gracias a las medidas de restricción de la movilidad, los cierres de colegios y comercios, y especialmente a la acelerada vacunación que permitió la rápida reapertura. No obstante, hoy en día un buen número de países europeos superan hoy al Reino Unido en número de vacunados.

La recién publicada [investigación del Parlamento británico](#) (Parlamento Británico, 2021) en referencia a la gestión de la pandemia ha destacado que la lenta reacción del Gobierno en la introducción del primer cierre costó miles de vidas. En especial, el informe destaca que un aparente "pensamiento grupal" entre científicos y ministros, ha implicado que el Reino Unido no estuviese tan abierto a diferentes enfoques sobre cierres, controles fronterizos y pruebas y rastreos como habría sido deseable. De hecho, el enfoque del Gobierno fue gestionar su propagación a través de la población en lugar de intentar detenerla, o generar inmunidad de grupo. La tardanza en la introducción de los confinamientos y el distanciamiento social durante las primeras semanas de la pandemia, se considera en el informe del Parlamento como "uno de los fallos de salud pública más importantes que el Reino Unido haya experimentado".

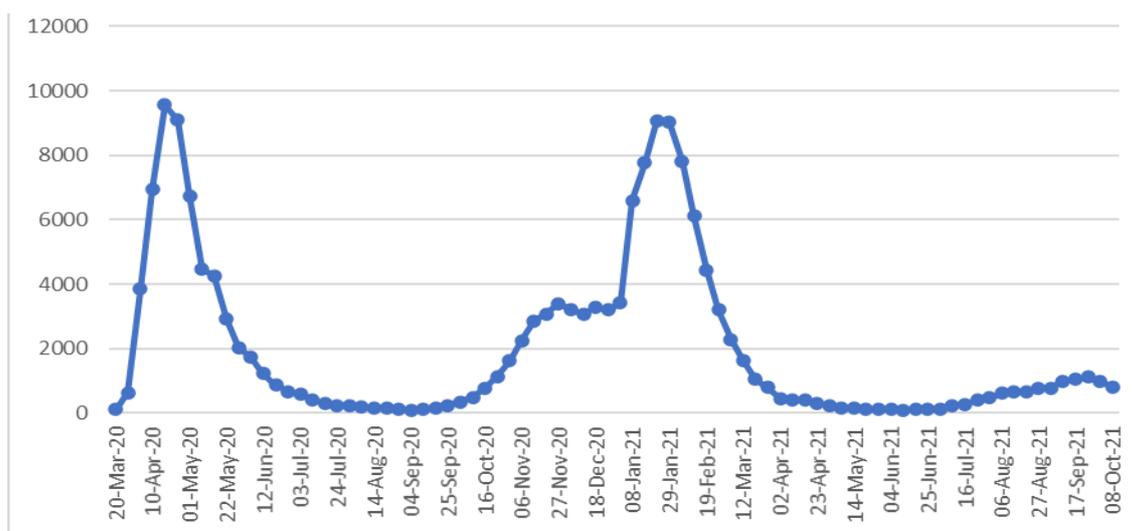
No obstante, debe recordarse que el Reino Unido no había implementado medidas de restricción similares desde la Segunda Guerra Mundial, y que el Primer Ministro expresó su disculpa en mayo por el sufrimiento del país. No obstante, en general, la implementación de estas medidas ha sido mucho más laxa que en otros países, expresión característica de una cultura más liberal, donde a diferencia de España, la policía *no ha tenido un papel clave* en la implementación de las medidas de contención de la movilidad, que se han dejado en manos de la población, con poca intervención policial.

Finalmente, a diferencia de Alemania, los test en la comunidad se detuvieron en marzo de 2020 y durante semanas durante el primer pico solo se realizaron las pruebas a los ingresados en el hospital, lo que explica el pico en mayo.

## Confinamientos, pero con medidas menos restrictivas

En los inicios de la pandemia, el Reino Unido empezó tarde a implementar las medidas de contención de la movilidad. Así, por ejemplo, el país siguió abierto a vuelos internacionales. Fue necesario un confinamiento nacional, junto con el cierre de las escuelas para reducir el número de casos y la presión asistencial en los hospitales. Ello se refleja en el hecho de que la primera oleada (Figura 1) tuviera un pico más intenso. No obstante, en general, el hecho de que la población viva mayoritariamente en casas en vez de en pisos, y la mayor penetración del teletrabajo permitieron afrontar mejor los efectos económicos de la pandemia. No obstante, el uso de mascarillas y material de protección ha sido lento, puesto que no era *de facto* requerido en la práctica en la mayoría de los comercios del país salvo durante la segunda oleada, y desde agosto de 2021 no son necesarias mascarillas para ir a supermercados.

**Figura 1. Muertes en hospital por COVID-19 en el Reino Unido**



- Fuente: Office of National Statistics, 2021.

### **La austeridad empeoró el acceso a servicios básicos**

En los inicios de la pandemia, ni los hospitales ni las residencias contaron con medidas de protección necesarias, en parte por las medidas de austeridad de los gobiernos anteriores que habían recortado estos gastos. Esto explica por qué en Gales y Escocia donde la austeridad fue menos intensa, el efecto de la pandemia ha sido menor. Las escuelas se cerraron desde el 23 de marzo hasta septiembre de 2020, en muchos casos sin ningún plan para afrontar las necesidades educativas de los alumnos, abrieron de nuevo en el otoño de 2020 y cerraron otra vez en la primera del 2021 hasta que en mayo abrieron de nuevo y han permanecido abiertas hasta ahora. Igual que en el caso de los hospitales, la austeridad redujo los recursos de las escuelas para afrontar gastos extraordinarios.

Además, la débil inversión en salud pública explica el mayor número de muertes en el Reino Unido. Las enfermedades crónicas cardiometabólicas relacionadas con la obesidad son mayores en este país, en parte debido a la débil inversión en medidas que restringen la libertad.

### **Reacciones estratégicas**

La estrategia más común del Gobierno británico ha sido *dejar paso a científicos*, muchos de los cuales son líderes mundiales en la materia, como asesores del gobierno y en particular a los científicos del Grupo Asesor Científico para Emergencias (SAGE), como una estrategia de legitimación de la respuesta y, a la vez, de justificación de los potenciales errores.

Quizás el principal acierto del Gobierno en este periodo fue el diseño del *sistema de ayudas públicas*, ya que el efecto financiero sobre las familias ha sido menos crítico gracias a la combinación del mantenimiento del subsidio básico de vida, y a la vivienda, así como el plan de retención de empleo por coronavirus (furlough). Ello ha permitido que se hayan protegido los ingresos en la parte inferior de la distribución de renta.

Si bien el Reino Unido fue uno de los primeros países del mundo en desarrollar una prueba para Covid en enero de 2020, no logró traducir eso en un sistema efectivo de prueba y rastreo

durante el primer año de la pandemia. No obstante, el lanzamiento de la vacunación se describe en el informe del parlamento como "una de las iniciativas más eficaces en la historia del Reino Unido".

### **Diversidad en la implementación de medidas**

Ha habido una cierta disparidad entre la gravedad del brote en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte, en parte asociada a que la atención de la salud en el Reino Unido está descentralizada, que a diferencia de España se produjo desde el primer momento (Angelucci et al, 2021). No obstante, la descentralización ha mejorado los resultados de la pandemia ya que Gales y Escocia adoptaron antes restricciones, lo que obligó a Inglaterra a seguirlas, sin las que habría habido más muertes. Como en España, cada nación/región tiene su propio sistema de salud financiado con fondos públicos y operado por gobiernos regionales, y la Ley del Coronavirus 2020 otorgó nuevos poderes a los ministros delegados para implementar medidas de contención. Esto ha permitido a las administraciones delegadas elaborar nuevas regulaciones para hacer frente a la pandemia. De hecho, el gobierno escocés incluso ha introducido una legislación adicional propia. Sin embargo, los Primeros Ministros de las diferentes naciones del Reino Unido han participado en actividades de coordinación regulares vía la Comisión de Contingencias Civiles que preside el Primer Ministro del Reino Unido. La coordinación se ha producido sin problemas, salvo en la implementación del sistema regional de niveles de restricción, y en el reparto de la financiación adicional.

El desarrollo de tratamientos, como la dexametasona, para Covid a través del Ensayo de Recuperación del Reino Unido fue otra área en la que la respuesta del Reino Unido fue realmente líder mundial. Además, el sistema de salud se reestructuró, a costa de otras actividades asistenciales, para aumentar la capacidad de cuidados intensivos hospitalarios para garantizar que la mayoría de los que necesitaban tratamiento hospitalario lo recibieran.

### **Aumento de la desigualdad**

El informe del parlamento (Parlamento Británico, 2021) establece que la pandemia también ha exacerbado las desigualdades sociales, económicas y de salud existentes que deberían abordarse, y destaca las tasas de mortalidad "inaceptablemente altas" en los grupos étnicos minoritarios y entre las personas con problemas de aprendizaje y autismo. Ello se debió a razones biológicas y una mayor exposición debido a las condiciones de vivienda y trabajo. En el caso de las personas con discapacidades de aprendizaje, no se pensó lo suficiente en cómo las restricciones tendrían un impacto perjudicial en ellas, particularmente en términos de acceso a la atención médica en general.

### **Conclusión**

La pandemia del COVID-19 se ha gestionado de una forma algo diferente en el Reino Unido, comparado con otros países europeos. Las principales diferencias con respecto a otros países europeos fueron la tardía reacción inicial, los confinamientos y los cierres de escuelas si bien con una implementación laxa (menor presencia policial y multas), la gestión descentralizada entre las cuatro naciones y la vacunación rápida que permitió una rápida recuperación. No obstante, a día de hoy, la pandemia no está bajo control (los casos siguen aumentando y se producen cerca de 50-80 muertes diarias), alentando la posibilidad en la sombra de otro confinamiento.

## 2. INDICADORES DE SALUD Y BIENESTAR EN PANDEMIA

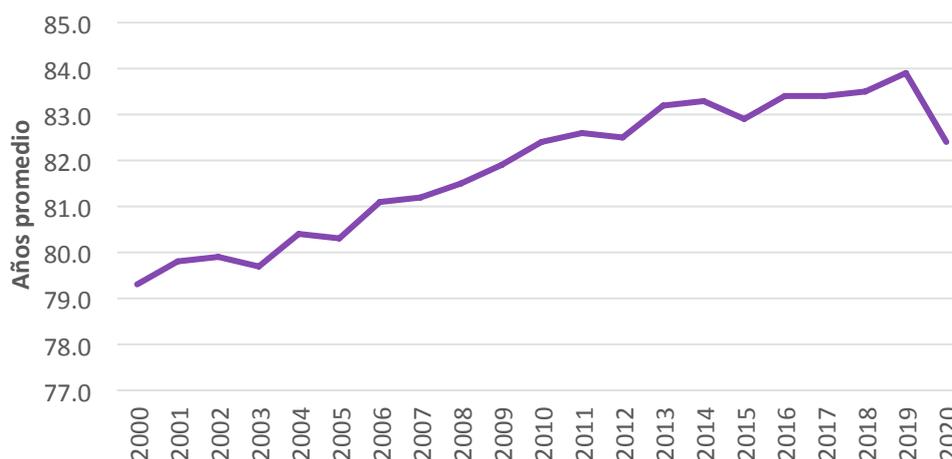
### 2.1. Indicadores del estado de salud de la población

En esta sección repasamos los principales indicadores del estado de salud de la población en España y Europa para los que contamos con información actualizada para el año 2020, que comparamos con los años anteriores a la pandemia.

#### ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida se ha mantenido en valores relativamente altos en España. Si observamos el Gráfico 1, la esperanza de vida sigue una tendencia creciente desde el 2000 alcanzando su pico máximo de 83,9 años en 2019. En 2020 se puede ver claramente el impacto de la pandemia, cuando cae hasta 82,4, 1,5 años respecto del año 2019, un valor similar al registrado en el año 2010. Queda por ver si será solo un cambio transitorio o permanente en el tiempo.

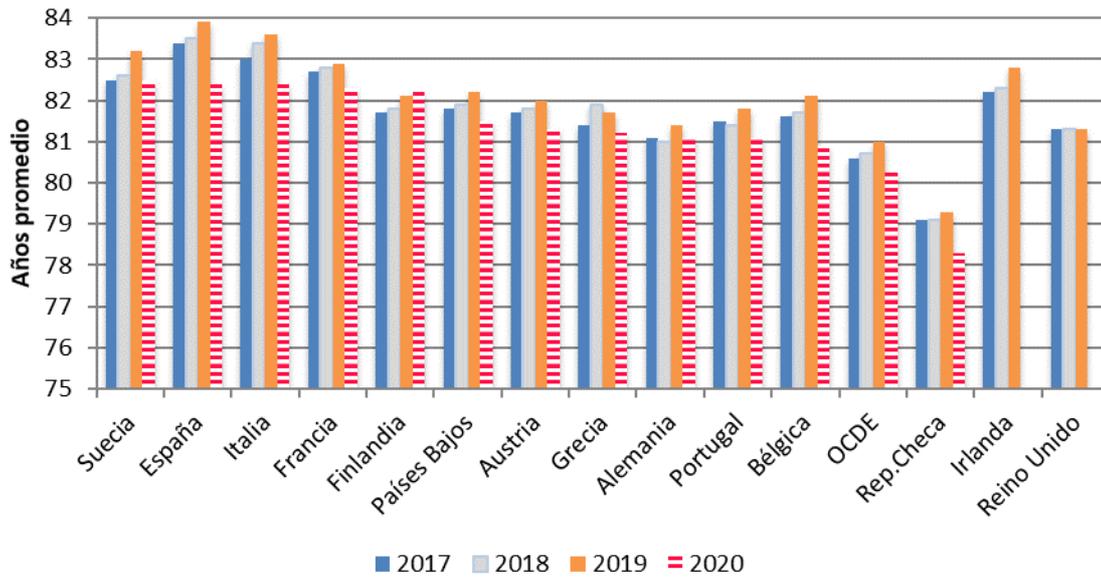
**Gráfico 1: Evolución de la esperanza de vida al nacer en España. 2000-2020**



Fuente: OECD Stat.

En los países de nuestro entorno se observa una situación similar. En casi todos los países seleccionados de la OCDE, la esperanza de vida cae en el año 2020 (Gráfico 2) respecto del año 2019, siendo España, Italia, Bélgica y República Checa los países que mayor caída sufren, entre 1 y 1,5 años. Asimismo, tras varios años de mantener el primer puesto en este indicador, en 2020 España es superada levemente por Suecia en 0,1 años.

**Gráfico 2: Esperanza de vida al nacer. Países seleccionados OCDE. 2017-2020**



Fuente: OECD Stat.

Notas: Promedio OCDE 2020: sin datos para Australia, Canadá, Chile, Irlanda, Israel, Japón, Corea, México, Nueva Zelanda, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

### FALLECIMIENTOS POR COVID-19 Y EXCESO DE MUERTES

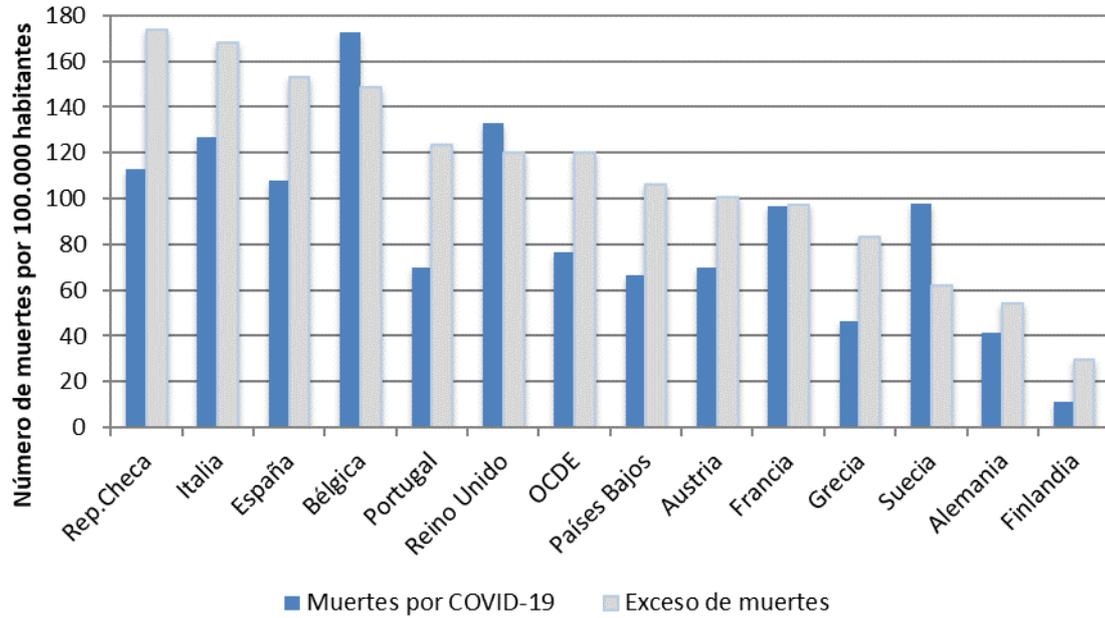
Según un informe de la OMS, el número absoluto de muertes notificadas en 2020 (1,8 millones) clasificaría al COVID-19 dentro de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial después de enfermedades como la cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones de las vías respiratorias bajas y muertes neonatales (WHO, 2021).

El exceso de mortalidad es una medida más completa del impacto total de la pandemia en las muertes que el simple recuento de muertes confirmadas por COVID-19. Este indicador captura no solo las muertes confirmadas, sino también las muertes por COVID-19 que no se diagnosticaron y notificaron correctamente, así como las muertes por otras causas que son atribuibles a las condiciones generales de la crisis sanitaria.

En el Gráfico 3 se puede ver el número de muertes por COVID-19 y el exceso de muertes relacionados con la población cada 100.000 habitantes. El exceso de muertes supera marcadamente (en más del 40% en promedio) a las muertes reportadas por COVID-19 en la mayoría de los países. A modo de ejemplo, en Finlandia, si bien el número de muertes por COVID-19 es bajo en comparación con el resto de países de la OCDE seleccionados, se registró un exceso de muertes de 30 por 100.000 habitantes frente a las 11 muertes por 100.000 habitantes confirmadas por COVID-19. Otro caso es el de Grecia donde las muertes por COVID-19 por 100.000 habitantes es de 70 mientras que el exceso de muertes por 100.000 habitantes es de 123, casi un 80% más.

En el Gráfico 4, podemos ver la evolución semana por semana del año 2020 para el caso español. El exceso de muertes indica más de 12.000 muertes en pleno pico de la primera ola de la pandemia, entre el 30 de marzo y el 5 de abril (semana 14) mientras las muertes por COVID-19 registradas eran cerca de 6.000.

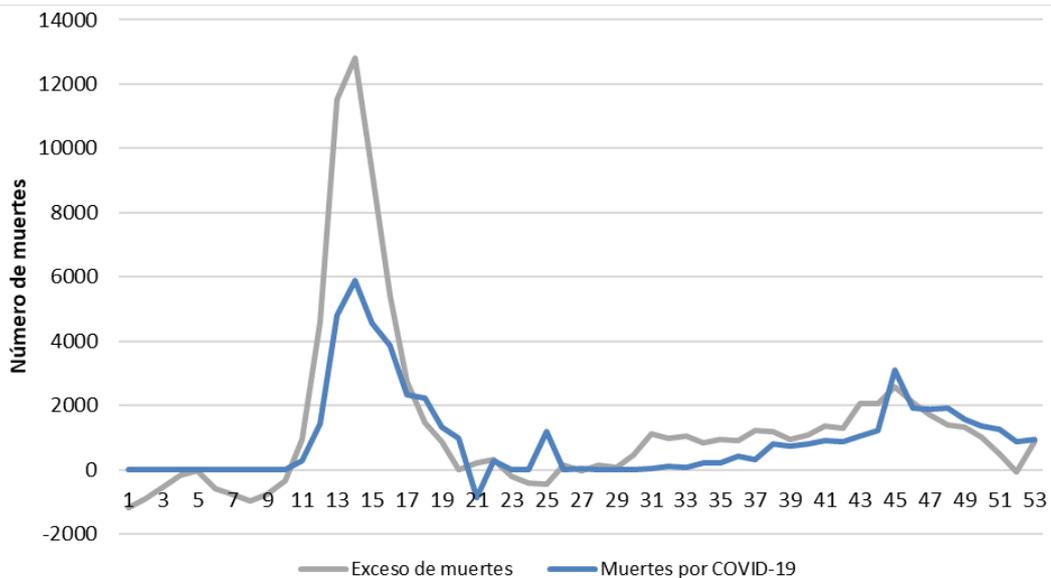
**Gráfico 3: Muertes por COVID-19 y Exceso de muertes por 100.000 habitantes. Países seleccionados OCDE. Año 2020.**



Fuente: OECD Stat.

Nota: para el cálculo anual, se utiliza la suma de la semana 1 a la semana 53. Exceso de muertes: Reino Unido, Alemania, Nueva Zelanda y Estados Unidos, sin datos semana 53.

**Gráfico 4: Muertes por COVID-19 y exceso de muertes. Semana 1 a 53, año 2020. España.**



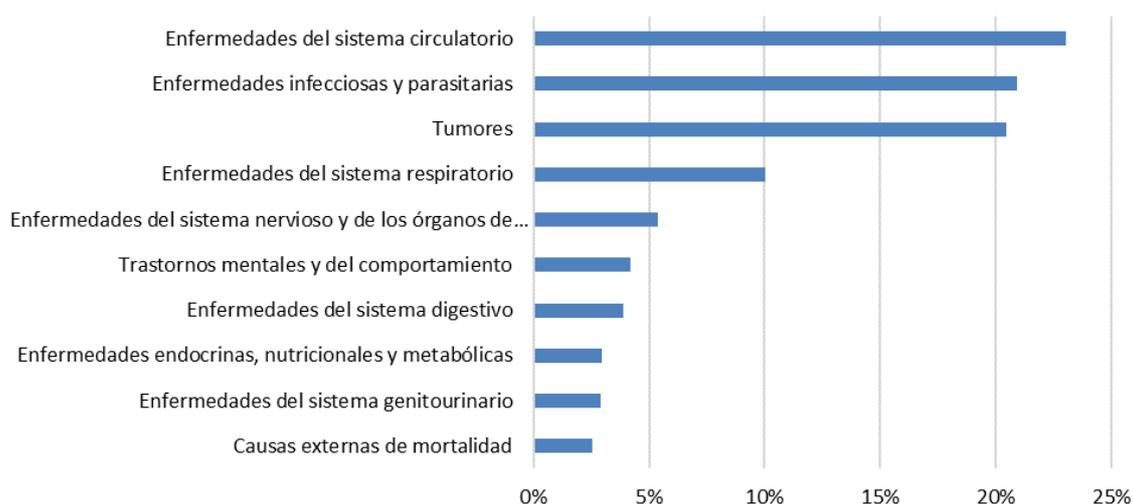
Fuente: OECD Stat.

## DEFUNCIONES SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE

Hasta el momento para España no se han publicado datos definitivos del número de defunciones según la causa de muerte para el año 2020. Sin embargo, el INE publicó recientemente estadísticas provisionales de enero a mayo para el año 2020 y años anteriores para facilitar así la comparabilidad.

Las 10 causas de defunción más frecuentes en España en el periodo enero-mayo 2020 se pueden visualizar en el Gráfico 5. El 23% de las defunciones en este periodo fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio. La segunda causa de muerte la constituye las enfermedades infecciosas (20,9% del total), que incluye tanto el COVID-19 identificado como el COVID-19 con síntomas sospechosos, superando a los tumores (20,4%). El grupo de las enfermedades del sistema respiratorio forman parte de la cuarta causa de muerte en el país representando el 10% del total de defunciones.

**Gráfico 5: Defunciones según la causa de muerte. 10 causas de muerte más frecuentes. España. Enero-mayo 2020**



Fuente: INE.

En la Tabla 1 podemos analizar las diferencias en el número de defunciones para los cinco primeros meses de los años 2019 y 2020. Durante el periodo enero-mayo de 2020 se produjeron en España 231.014 defunciones, 43.537 más que en el mismo periodo del año anterior (un 23,2% más).

El grupo de enfermedades infecciosas es el que más creció, registrando un aumento extraordinario de 1,675,9% respecto a los meses de enero a mayo 2019. En este grupo, el 67,5% correspondió a casos confirmados de COVID-19 y el 26,9% a casos sospechosos del mismo virus. También aumentó en un 100% las muertes por embarazo, parto y puerperio, aunque en términos absolutos pasa de 2 a 4 muertes en enero-mayo 2020. Otras causas de muerte que más aumentaron entre 2019 y 2020 fueron las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, en un 14,2%, donde la diabetes representa el 74% de este grupo de enfermedades. Por otra parte, las enfermedades del sistema nervioso aumentaron un 8%,

siendo el Alzheimer el mayor componente de este grupo con un peso de casi el 60%. Por último, las enfermedades del sistema genitourinario aumentaron en un 8,1%, las enfermedades de la sangre y de los órganos en un 7,7% y finalmente las enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo crecieron en un 5,3%.

**Tabla 1: Defunciones enero-mayo. Años 2020 y 2019. España**

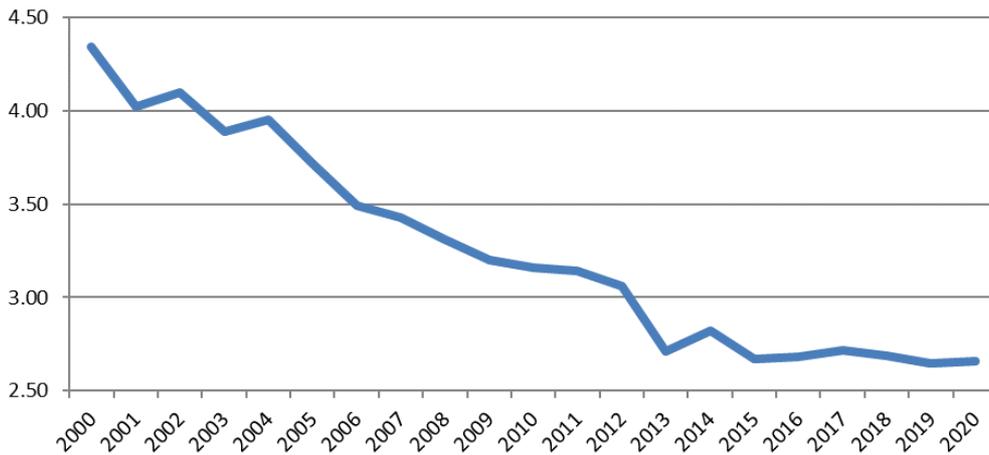
Causas de muerte	Enero-mayo 2020	Enero-mayo 2019	Variación absoluta	Variación %
<b>Total defunciones</b>	<b>231,014</b>	<b>187,477</b>	<b>43,537</b>	<b>23.2%</b>
Enfermedades del sistema circulatorio	53,201	53,564	-363	-0.7%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	48,393	2,725	45,668	1675.9%
COVID-19 virus identificado	32,652			
COVID-19 sospechoso	13,032			
Resto enfermedades infecciosas	2,709			
Tumores	47,222	47,358	-136	-0.3%
Enfermedades del sistema respiratorio	23,171	25,037	-1,866	-7.5%
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	12,392	11,476	916	8.0%
Trastornos mentales y del comportamiento	9,703	10,188	-485	-4.8%
Enfermedades del sistema digestivo	8,977	9,511	-534	-5.6%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,875	6,020	855	14.2%
Enfermedades del sistema genitourinario	6,732	6,228	504	8.1%
Causas externas de mortalidad	5,850	6,601	-751	-11.4%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,983	4,231	-248	-5.9%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2,254	2,309	-55	-2.4%
Enfermedades de la sangre y de los órganos	937	870	67	7.7%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	801	761	40	5.3%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	357	364	-7	-1.9%
Afecciones originadas en el periodo perinatal	162	232	-70	-30.2%
Embarazo, parto y puerperio	4	2	2	100.0%

Fuente: INE.

## MORTALIDAD INFANTIL

Este indicador se ha caracterizado por tener un gran desempeño con una tendencia decreciente desde el año 2000 (Gráfico 6). Desde 2015 este indicador se mantiene relativamente estable en 2,7 muertes por 1000 nacidos vivos, registrándose el menor valor de toda la serie en el año 2019 en 2,65. Sin embargo, los últimos datos disponibles para el año 2020 registran un ligerísimo repunte de la mortalidad infantil del 0,4%, pasando de 2,65 a 2,66 muertes por 1000 nacidos vivos.

**Gráfico 6: Mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos. España. 2000-2020**

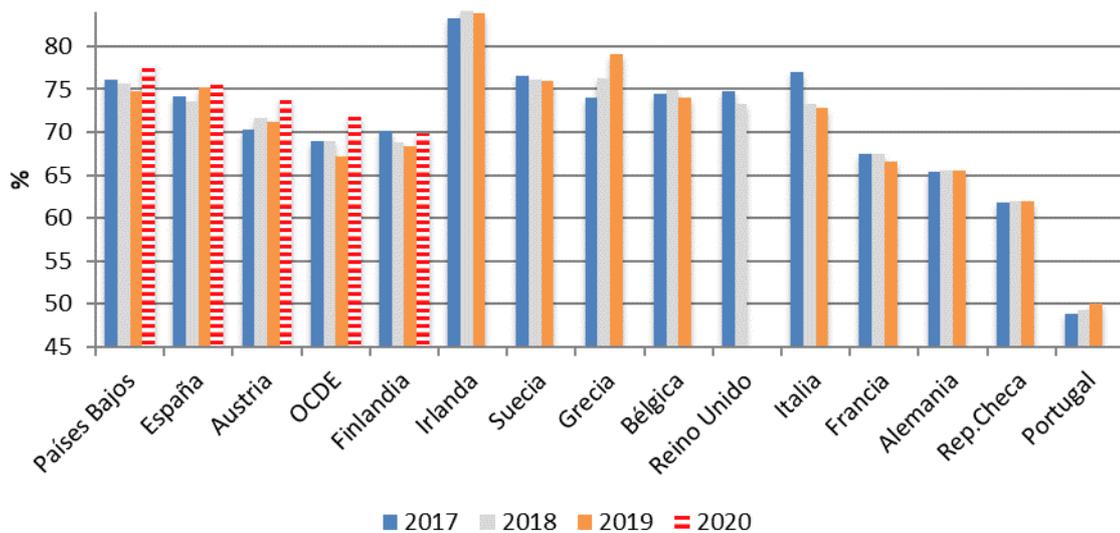


Fuente: INE.

### ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

En los países de la OCDE, la proporción de población mayor de 15 años que afirma gozar de buena o muy buena salud ronda el 70%. Como puede verse en el Gráfico 7, los datos de los países con información disponible para el año 2020<sup>1</sup> revelan que, en el año de la pandemia, este indicador no se ha visto deteriorado. Al contrario, se registran leves alzas entre 2020 y 2019, sobre todo en Países Bajos (3,1 pp) y Finlandia (1,5 pp). Para el caso español, la fracción de ciudadanos que considera que su estado de salud es bueno o muy bueno es del 75,5% en 2020, superando al promedio de la OCDE y aumentado levemente en 0,3 pp respecto de 2019.

**Gráfico 7: Porcentaje de la población mayor de 15 años con buena o muy buena salud. Países seleccionados OCDE. 2017-2020**



Fuente: OECD Stat y EES 2020 (INE).

<sup>1</sup> La información para España corresponde a la Encuesta Europea de Salud en España 2020.

Notas: Promedio OCDE: 2017: sin datos en Colombia, Japón y México. 2018: sin datos en Australia, Chile, Japón y México. 2019: sin datos en Australia, Chile, Islandia, México y Reino Unido. 2020: solo Austria, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Hungría, Países Bajos y Nueva Zelanda, España (datos Encuesta Europea de Salud 2020).

Para ejemplificar un poco más el impacto de la pandemia respecto del año 2019, la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020 ha llevado a cabo una comparativa pre y post pandemia en algunos indicadores seleccionados, dividiendo la muestra en dos, es decir antes de la declaración del primer estado de alarma (15 julio 2019 a 13 marzo 2020) y posterior a este (14 marzo a 24 julio 2020). Tal es el caso del estado de salud percibido como puede verse en la Tabla 2.

Se observa que el estado de salud percibido durante los primeros meses de la pandemia resulta favorable para la población de 15 años o más. En efecto, el 78,3% de la población valoró su estado de salud como muy bueno o bueno frente al 74,3% antes de la pandemia. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, los hombres valoran en mayor medida su salud como positiva, en un 78,2%, mientras las mujeres consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno en el 70,7% de los casos.

**Tabla 2: Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses. Antes y durante la pandemia. Porcentaje según sexo y grupo de edad. España.**

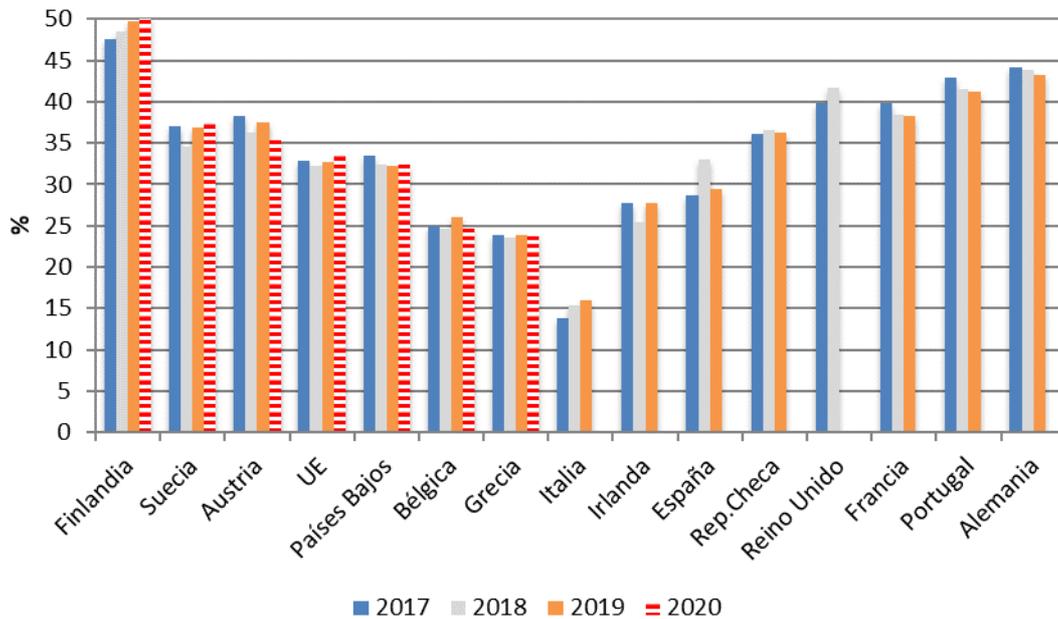
	ANTERIOR A LA PANDEMIA			DURANTE LA PANDEMIA		
	MUY BUENO/BUENO	REGULAR	MALO/MUY MALO	MUY BUENO/BUENO	REGULAR	MALO/MUY MALO
<b>AMBOS SEXOS</b>						
TOTAL	74.3	17.9	7.8	78.3	16.2	5.5
DE 15 A 44 AÑOS	88.0	9.9	2.1	90.3	8.5	1.2
DE 45 A 64 AÑOS	73.9	18.4	7.7	78.4	16.6	5.0
DE 65 Y MÁS AÑOS	48.7	32.6	18.7	54.9	30.6	14.5
<b>HOMBRES</b>						
TOTAL	78.2	15.9	5.9	82.1	13.2	4.7
DE 15 A 44 AÑOS	90.3	8.2	1.5	91.8	6.6	1.6
DE 45 A 64 AÑOS	76.0	17.5	6.5	81.5	13.6	4.9
DE 65 Y MÁS AÑOS	55.1	30.3	14.6	61.6	27.2	11.2
<b>MUJERES</b>						
TOTAL	70.7	19.8	9.5	74.7	19.0	6.3
DE 15 A 44 AÑOS	85.6	11.7	2.8	88.8	10.4	0.8
DE 45 A 64 AÑOS	71.8	19.4	8.9	75.4	19.5	5.2
DE 65 Y MÁS AÑOS	43.7	34.5	21.9	49.7	33.2	17.1

Fuente: ESEE 2020, INE y Ministerio de Sanidad.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS/DE LARGA DURACIÓN

En los países con información disponible para el año 2020, se puede observar que la proporción de la población que afirma tener problemas de salud o padecer alguna enfermedad de larga duración aumenta levemente en el año de la pandemia con respecto al año 2019 (en menos de un pp) para Finlandia, Suecia y Países Bajos. En cambio, para Austria y Bélgica se observa una disminución de la incidencia de estas enfermedades para el año 2020 con respecto a 2019, de 2,1 pp y 1,3 pp, respectivamente.

**Gráfico 8: Porcentaje de la población con algún problema de salud o enfermedad de larga duración. Países seleccionados OCDE. 2017-2020**

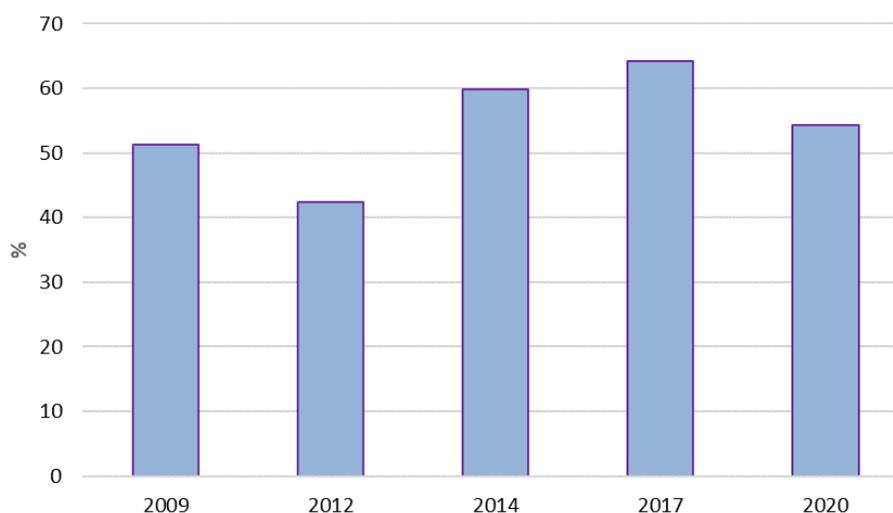


Fuente: Eurostat.

Notas: Promedio OCDE: 2017: sin datos de Kosovo. 2019: sin datos de Islandia, Reino Unido y Kosovo. 2020: solo datos de Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Estonia, Grecia, Croacia, Hungría, Países Bajos, Austria, Rumanía, Eslovenia, Finlandia y Suecia.

Para el caso español, la última información disponible para este indicador proviene de la EESE 2020. Los valores que aparecen en el Gráfico 9 son superiores a los registrados en las estadísticas de Eurostat, posiblemente porque se refieren a encuestas distintas con poblaciones de estudio y diseño diferentes. Es por ello que, para tener una cierta comparabilidad con otros años, se han añadido las oleadas anteriores. Como puede verse, la percepción de la población española con algún problema de salud crónico es de considerable importancia, registrándose un pico mayor en la oleada de 2017 con un 64% de la población que sufre algún trastorno crónico o de larga duración. En el año 2020, el valor de este indicador cae de manera contundente respecto del 2017, encuesta inmediatamente anterior, en 10 puntos porcentuales.

**Gráfico 9: Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido. España. ENS y EES. 2009-2020**



Fuente: INE.

#### **ENFERMEDADES CRÓNICAS/LARGA DURACIÓN PARA ESPAÑA (DIABETES, DEPRESIÓN, MIGRAÑAS, ÚLCERA DE ESTÓMAGO Y TENSIÓN ALTA)**

Los últimos datos de la EESE 2020 muestran menores incidencias de cada una de estas enfermedades crónicas en España respecto de la anterior oleada del año 2017 (Gráfico 10). Por ejemplo, la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales disminuyen entre 2017 y 2020 en casi 4 pp y en casi todos los grupos de edad, siendo el grupo que más ha mejorado el de 55 a 64 años, con una caída de casi 7 pp. La excepción es el grupo de 15 a 24 años donde aumentó muy ligeramente<sup>2</sup>.

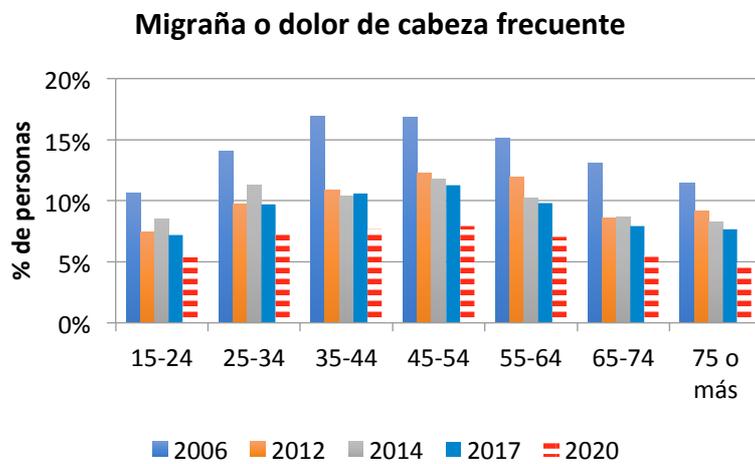
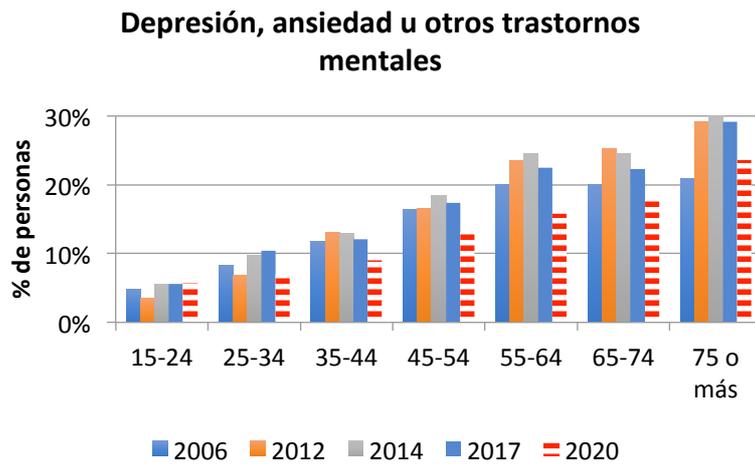
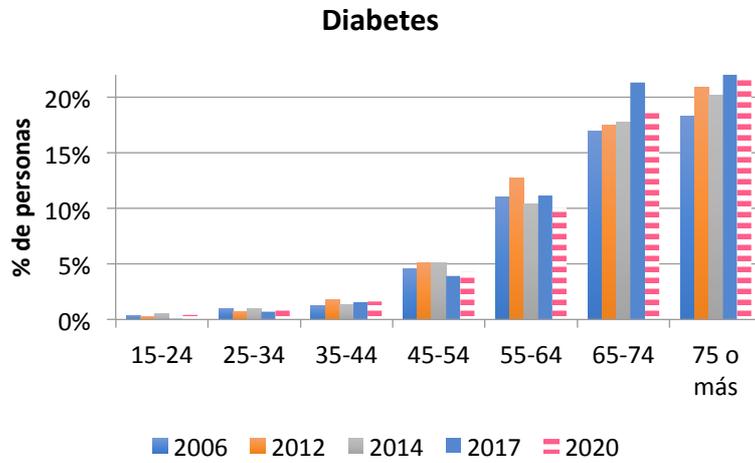
La diabetes es una de las enfermedades donde se puede ver un aumento leve respecto de 2017 en ciertos grupos etarios mientras que a nivel general su incidencia disminuye en 0,3 pp. En el grupo de edad de 15 a 24 años aumenta 0,4 pp, en el grupo de 25 a 34 años, 0,2 pp y finalmente en el grupo de 45 a 54 años, en 0,3 pp. Algo similar sucede en el caso de la tensión alta, donde la incidencia desciende a nivel general en 1,1 pp, pero aumenta en 0,2 pp en los grupos más jóvenes, de 15 a 24 años, y en 0,3 pp en el grupo de mayor edad, de 75 años o más.

Por último, en la prevalencia de migraña o dolor de cabeza, se observa un descenso importante en todos los grupos de edad, siendo el grupo de 45 a 54 años donde más ha caído en 3,3 pp. También respecto al problema de úlcera de estómago o duodeno ha descendido su incidencia en todos los grupos de edad, especialmente en los grupos de 55 años o más: en 1,7 pp para el grupo de 55-64 años, 2,2 pp para los adultos de 65-74 años y en 2,1 pp en los mayores de 75.

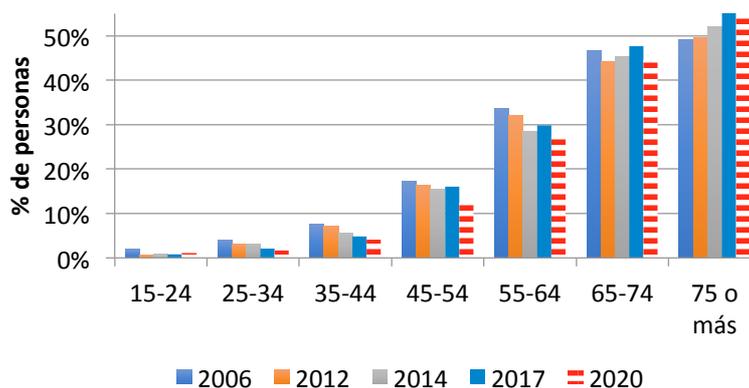
---

<sup>2</sup> Una mención especial tendrá el tema de salud mental en España durante la pandemia, que trataremos en la sección 4 sobre las secuelas del COVID-19.

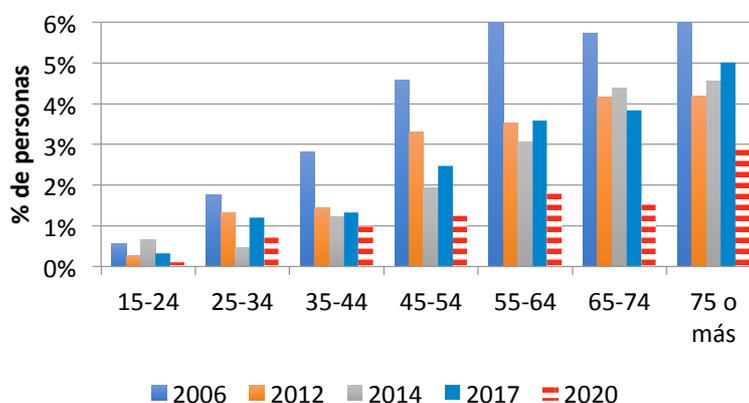
**Gráfico 10: Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses por grupo de edad. ENS 2006, 2011/2012, EESE 2014, ENS 2017 y EESE 2020**



## Tensión alta



## Úlcera de estómago o duodeno



Fuente: ENS 2006, 2011/2012, EESE 2014, ENS 2017 y EESE 2020. Nota: en el caso de la ENS 2006 el primer grupo de referencia es de 16 a 24 años. Aclaración: se mide en cada gráfico la proporción de personas con enfermedades crónicas en cada grupo de edad respecto del total de población en ese grupo.

## 2.2. Indicadores de riesgo para la salud

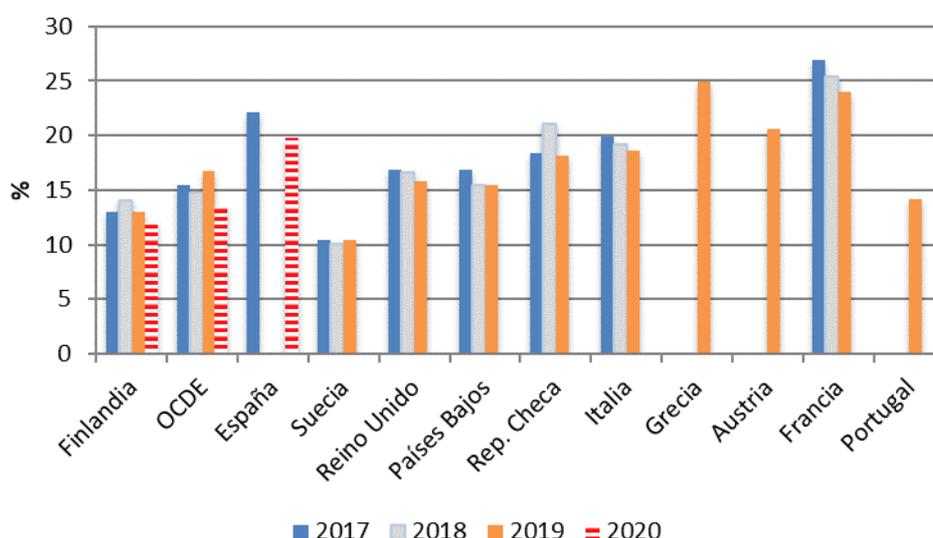
En este apartado haremos una selección de los indicadores de riesgo para la salud de los cuales disponemos de información actualizada del año 2020 como, por ejemplo: consumo de tabaco, víctimas de accidente de tráfico, frecuencia de accidentes de trabajo, obesidad, tasa de pobreza y coeficiente de Gini.

### CONSUMO DE TABACO

Como se observa en el Gráfico 11, dentro del grupo de países seleccionados de la OCDE, solamente Finlandia y España presentan datos para el año 2020. Estos datos muestran señales de un descenso del consumo entre 2019 y 2020, de 1 pp para Finlandia y de 2,3 pp en España respecto de 2017 (últimos datos disponibles dado que se basan en las ENS y EESE). Para el

promedio de la OCDE también se puede ver un marcado descenso, pero no es del todo realista dado que solamente hay 7 países con datos disponibles para el año 2020.

**Gráfico 11: Porcentaje de la población de 15 años o más que son fumadores diarios. Países seleccionados OCDE. 2017-2020**



Fuente: OECD Stat.

Notas: Promedio OCDE: 2017: Sin Austria, Bélgica, Colombia, Dinamarca, Alemania, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, México, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, Suiza y Turquía. 2018: Sin Austria, Chile, Colombia, Dinamarca, Alemania, Grecia, Hungría, Israel, Letonia, Lituania, México, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suiza y Turquía. 2019: Sin Bélgica, Chile, Colombia, Dinamarca, Estonia, Alemania, México, España y Suiza. 2020: Solo Estonia, Finlandia, Islandia, Luxemburgo, Nueva Zelanda, Noruega y España.

Para complementar la información para España podemos analizar los datos de la EESE 2020 que ofrece la comparación antes y durante la pandemia para este indicador. Se puede apreciar en la Tabla 3 que el porcentaje de la población de 15 años o más que consume tabaco diario durante la pandemia es ligeramente inferior (19,4%) que antes de la pandemia (20%).

Por grupos de edad, el porcentaje de personas entre 45 a 64 años redujo su consumo durante la pandemia en 3 pp. Desagregando por sexo y grupos de edad, los hombres entre 45 y 64 años que fuman a diario también disminuyeron su consumo durante la pandemia, con una tasa de incidencia del 24,6% frente al 27,8% del período anterior, mientras que en el grupo de hombres de 65 años o más el consumo aumentó durante la pandemia en 4 pp (hasta el 14,1% frente al 10,2% anterior). Para el caso de las mujeres, en el grupo de 45 a 64 años también se redujo el consumo, desde el 23% de mujeres fumaba diariamente en el periodo anterior a la pandemia hasta el 19,9% en el periodo posterior.

**Tabla 3: Consumo de tabaco. Antes y durante la pandemia. Porcentaje según sexo y grupo de edad. España.**

	ANTERIOR A LA PANDEMIA			DURANTE LA PANDEMIA		
	FUMADOR DIARIO	FUMADOR OCASIONAL	NO FUMADOR	FUMADOR DIARIO	FUMADOR OCASIONAL	NO FUMADOR
<b>AMBOS SEXOS</b>						
TOTAL	20.0	2.5	77.5	19.4	2.0	78.6
DE 15 A 44 AÑOS	22.1	3.5	74.4	22.6	2.2	75.2
DE 45 A 64 AÑOS	25.4	2.2	72.4	22.2	2.3	75.5
DE 65 Y MÁS AÑOS	7.6	0.9	91.5	8.7	1.2	90.2
<b>HOMBRES</b>						
TOTAL	23.6	2.8	73.6	23.1	2.1	74.8
DE 15 A 44 AÑOS	26.2	3.9	69.9	26.0	1.8	72.2
DE 45 A 64 AÑOS	27.9	2.3	69.9	24.6	3.0	72.4
DE 65 Y MÁS AÑOS	10.2	1.5	88.3	14.1	1.3	84.6
<b>MUJERES</b>						
TOTAL	16.6	2.2	81.2	15.8	1.9	82.3
DE 15 A 44 AÑOS	17.9	3.2	78.9	19.2	2.6	78.3
DE 45 A 64 AÑOS	23.0	2.2	74.9	19.9	1.6	78.5
DE 65 Y MÁS AÑOS	5.6	0.4	94.0	4.5	1.0	94.5

Fuente: EESE 2020.

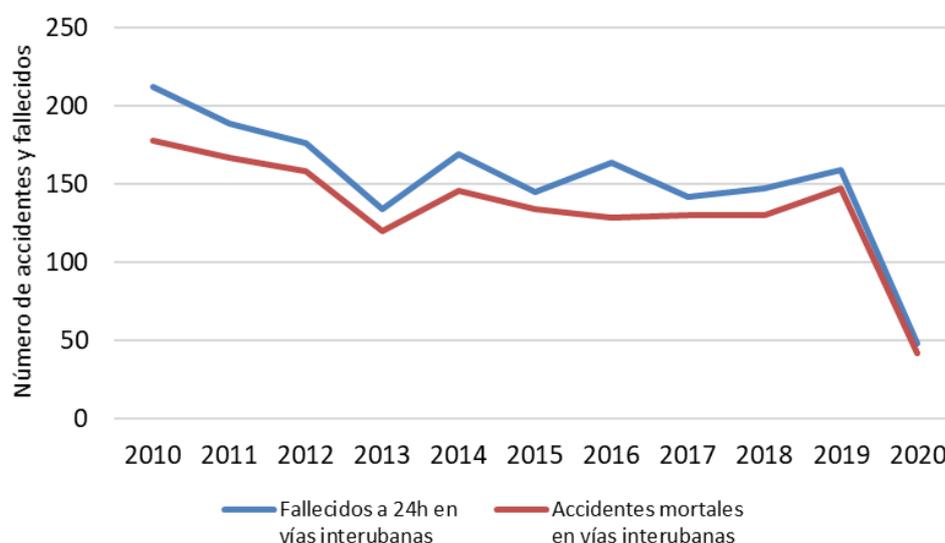
### VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO

Se dispone de información actualizada y comparable con los años anteriores para España según un informe de la Dirección General de Tráfico (DGT). En este informe se puede analizar la evolución de la siniestralidad a 24 horas en vías interurbanas desde el 15 de marzo al 6 de mayo para todos los años, periodo que coincide con el estado de alarma por el COVID-19 para el año 2020 (DGT, 2020).

Resulta evidente el impacto de las restricciones impuestas por el estado de alarma en el número de accidentes mortales y fallecidos en vías interurbanas en el año 2020 como se ve en el Gráfico 12. En el periodo del 15 de marzo al 6 de mayo 2020 se han producido 48 fallecidos y 42 accidentes mortales en vías interurbanas, una caída del 70% y 71% respectivamente, en relación al mismo periodo del año 2019.

En la Tabla 4 se comparan los años completos 2020 y 2019 en términos del número de fallecidos, accidentes y heridos hospitalizados. Se puede apreciar un descenso similar de accidentes y fallecidos al igual que heridos hospitalizados del 21% y 22%, respectivamente. Como indica el informe de la DGT para el año 2021 (DGT, 2021), es la primera vez que se registran menos de 1000 fallecidos en carreteras desde 2010.

**Gráfico 12: Accidentes mortales y fallecidos a 24h en vías interurbanas del 15 de marzo al 6 de mayo. 2010-2020.**



Fuente: Informe DGT, 2020.

**Tabla 4: Accidentes mortales, fallecidos y heridos hospitalizados. 2019-2020**

Indicador	2019	2020	Variación	
			Absoluta	Porcentual
Accidentes mortales	1010	797	-213	-21%
Fallecidos 24 hs	1101	870	-231	-21%
Heridos hospitalizados 24 hs	4433	3463	-970	-22%

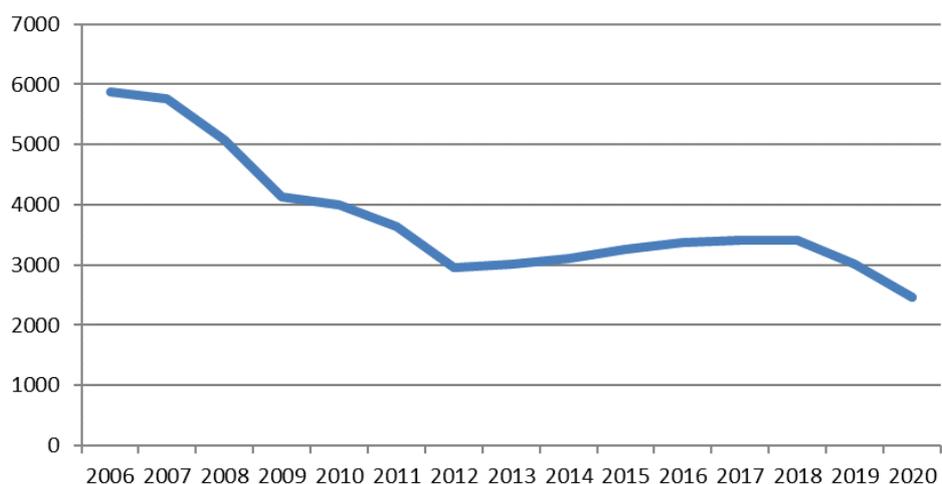
Fuente: Informe DGT, 2021.

## FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Otro claro indicador que se ha visto mejorado por la pandemia con el aumento del teletrabajo y la suspensión forzada de contratos vía ERTE es la reducción de la frecuencia de accidentes de trabajo. Como se aprecia en el Gráfico 13, tras experimentar mejoras sustanciales en este índice hasta 2012, a partir del año 2013 la frecuencia de accidentes comenzó a aumentar ligeramente hasta 2018. A partir de este año, se ve un marcado descenso hasta alcanzar en el año 2020 16,9 pp (un 10% menos que el año anterior), la menor registrada en todo el periodo analizado.

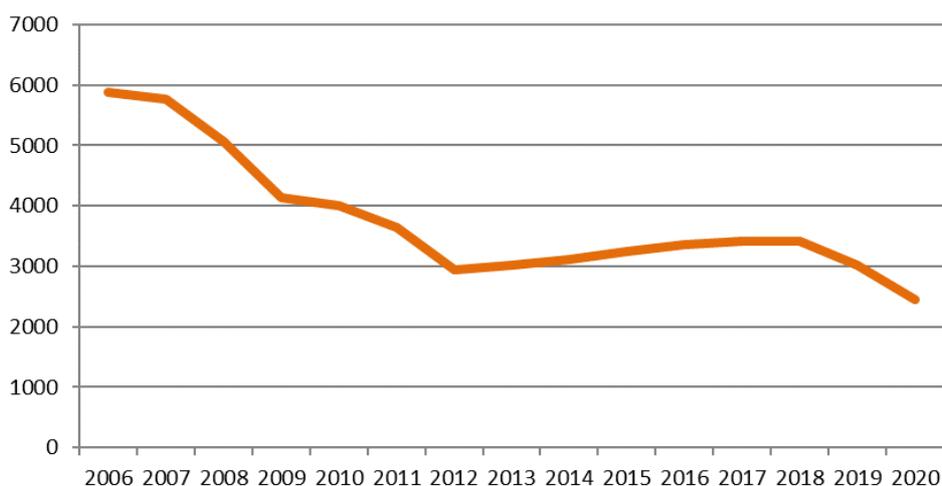
En el Gráfico 14 se puede visualizar otro indicador relacionado que refiere al índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja en jornada, accidentes por millón de horas trabajadas, siguiendo una trayectoria similar que el anterior indicador. Sin embargo, la bajada en 2020 respecto de 2019 es mayor en este indicador del 19%, pasando de 3.019,6 en 2019 a 2.455,1 accidentes por millón de horas trabajadas en 2020.

**Gráfico 13: Índice de frecuencia de accidentes de trabajo con baja en jornada. Accidentes por millón de horas trabajadas. España. 2006-2020**



Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

**Gráfico 14: Índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja en jornada. Accidentes por 100.000 trabajadores. España. 2006-2020**



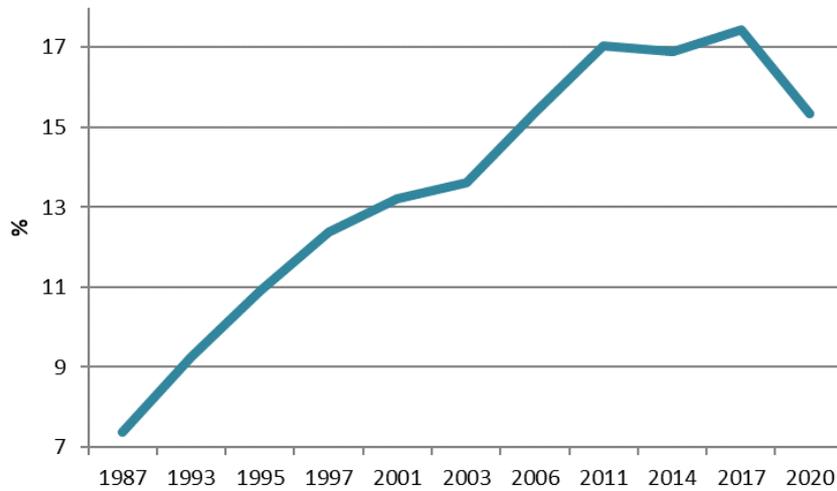
Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

## OBESIDAD

Los últimos datos de la EESE 2020 revelan algunas señales alentadoras en este indicador.

Durante más de más de dos décadas, la obesidad siguió una senda creciente con la única excepción del año 2014, cuando se registró una caída del 1% respecto de la anterior ENS en el año 2011-2012. Como puede verse en el Gráfico 15, en el año 2020, el porcentaje de personas obesas sobre el total cae de manera considerable, un 12% respecto de la anterior ENS del año 2017, pasando la fracción de obesos del entorno del 17 % al 15 % de la población adulta.

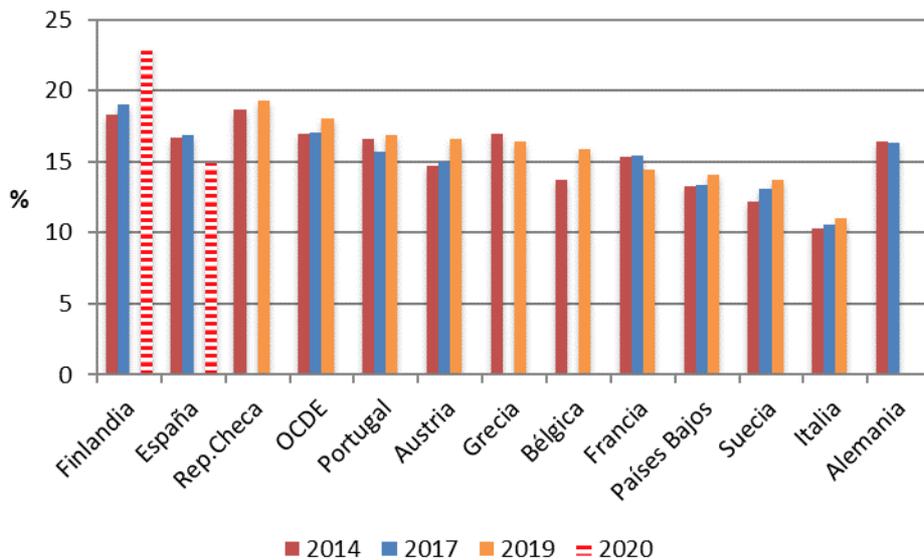
**Gráfico 15: Porcentaje de personas obesas de 18 años o más sobre el total de la población. España. 1987-2020**



Fuente: ENS y EESE.

A nivel internacional, no hay suficientes datos para el año 2020, solo España y Finlandia. El Gráfico 16 muestra que los valores de Finlandia están bastante por encima del nivel de España en el año 2020, con más del 23% de las personas con obesidad, cifra que aumenta 4 pp respecto del año 2017, la última información anterior.

**Gráfico 16: Porcentaje de personas obesas sobre el total de la población. Países seleccionados OCDE. 2014, 2017, 2019 y 2020.**



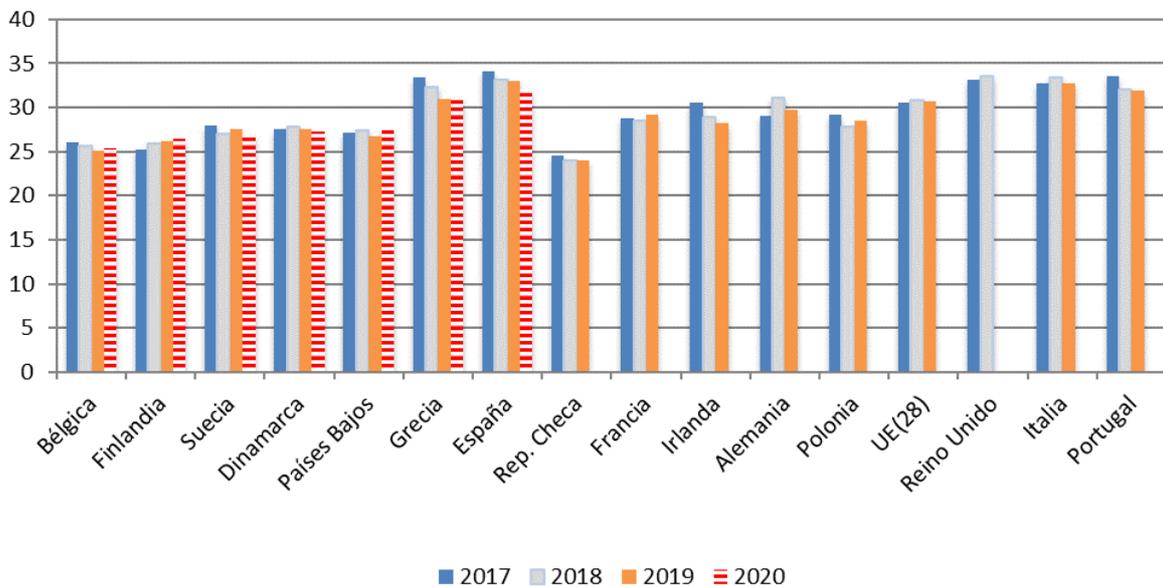
Fuente: ENS y EESE. Notas: Promedio OCDE: 2014: Sin Australia, Chile, Bélgica, Islandia, Irlanda, Noruega y Suiza. 2017: Sin Bélgica, Chile, Costa Rica, República Checa, Estonia, Grecia, Irlanda, Noruega, República Eslovaca, Eslovenia y Turquía. 2019: Sin Australia, Chile, Costa Rica, Dinamarca, Estonia, Alemania, Islandia, Irlanda, Corea, Letonia, Polonia, Suiza y Reino Unido. En 2020 el promedio OCDE no se calcula ya que hay datos disponibles para tres países: Estonia, Finlandia y España.

## TASA DE POBREZA Y COEFICIENTE DE GINI

Los valores del año 2020 siguen posicionando a España entre los países más desiguales de la UE en términos del índice de Gini de distribución de la renta y la tasa de pobreza y exclusión social (Gráficos 17 y 18). Debe tenerse en cuenta que los datos para el cálculo del coeficiente de Gini y pobreza del año 2020 se realizan con la declaración de la renta del año anterior, en este caso, del año 2019, por tanto, no incluyen las consecuencias de la crisis del COVID-19.

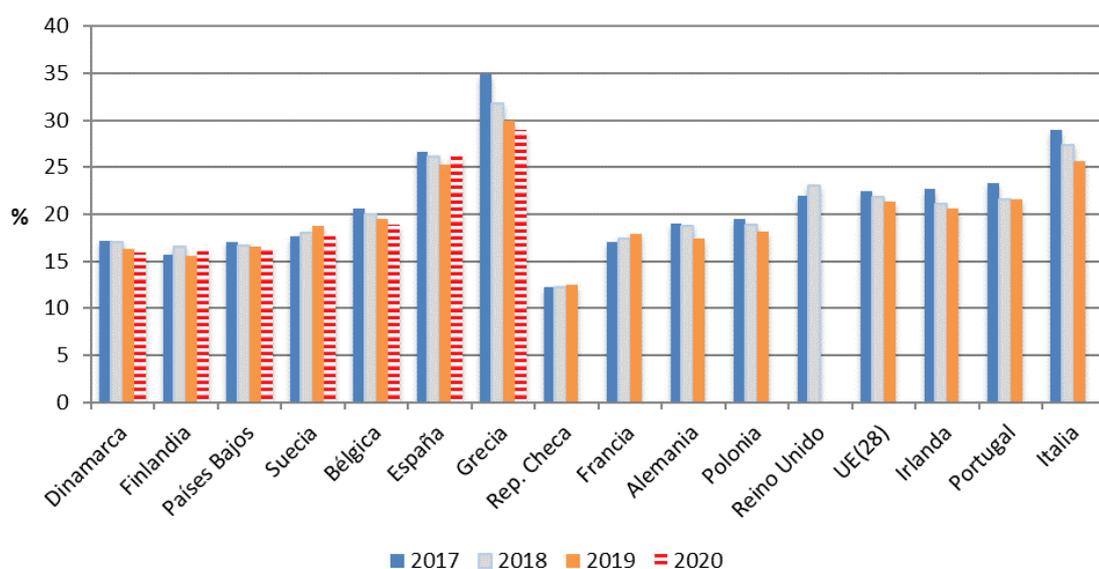
Para España, desde el año 2017 el coeficiente de Gini ha descendido en promedio un 2%, siendo la baja entre 2010 y 2019 de cerca de 1 pp (Gráfico 17). Por otra parte, en el año 2020 España aumenta en 1 pp su tasa de pobreza, estando el 26,4% de la población en riesgo de pobreza y/o exclusión social. La menor tasa de pobreza para el año 2020 se observa en Dinamarca con un 15,9%.

**Gráfico 17: Coeficiente de Gini (ingreso disponible equivalente). Países seleccionados Europa. 2017-2020**



Fuente: Eurostat e INE. Nota: el dato para España es del año 2020 dado que en Eurostat no aparece, pero es homogéneo y comparable ya que los años anteriores provistos por el INE coinciden con los valores de Eurostat.

**Gráfico 18: Tasa de pobreza. Países seleccionados Europa. 2017-2020**



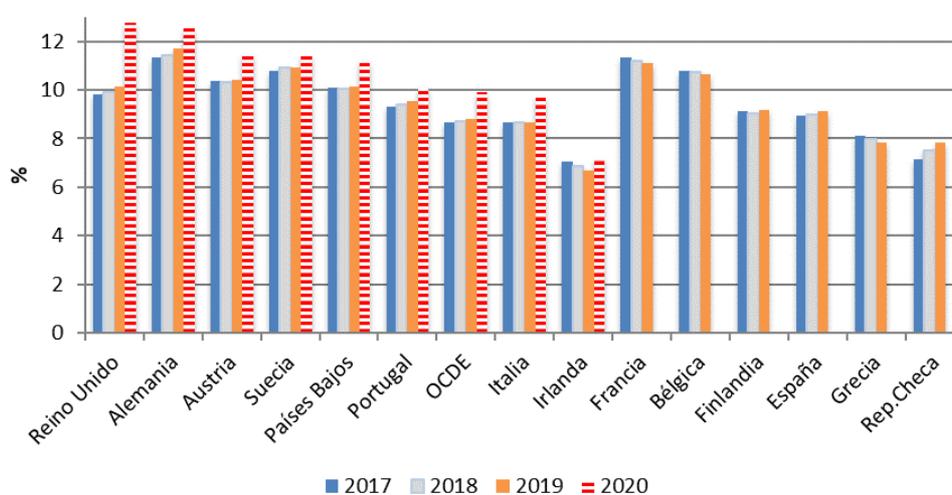
Fuente: Eurostat e INE. Nota: el dato para España es del año 2020 dado que en Eurostat no aparece, pero es homogéneo y comparable ya que los años anteriores provistos por el INE coinciden con los valores de Eurostat.

### 2.3. Indicadores de gasto en sanidad

#### GASTO SANITARIO CORRIENTE COMO PORCENTAJE DEL PIB

En todos los países con información disponible para el año 2020, se puede observar un aumento del gasto sanitario corriente como porcentaje del PIB con respecto al año 2019, siendo el Reino Unido el que más incrementó su gasto, en casi 3 pp (Gráfico 19).

**Gráfico 19: Gasto sanitario corriente como % del PIB. Países seleccionados OCDE.**



Fuente: OECD Stat. Notas: Promedio OCDE 2020: Sin datos de Australia, Bélgica, Canadá, Colombia, Costa Rica, Rep. Checa, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Hungría, Israel, Japón, Letonia, Luxemburgo, México, Nueva Zelanda, Rep. Eslovaca, España, Suiza, Turquía y Estados Unidos.

Para el caso español no se encuentra disponible la información para el año 2020. Se puede disponer del Plan Presupuestario 2021 de octubre de 2020 para poder conocer la situación del gasto sanitario español, centrándonos solamente en la parte financiada por recursos públicos. Cabe recordar que las anteriores estadísticas de la OECD Stat forman parte del Sistema de Cuentas de Salud de todos los países y es el gasto sanitario corriente total, es decir el que se financia tanto con recursos públicos como privados.

Como se observa en la Tabla 5, el gasto sanitario durante 2020 era del 7,6% del PIB y un 14,4% del gasto público total equivalente a 84.000 millones de euros, un 11% más que el gasto público sanitario del año 2019. Las cifras que se estimaron para el año 2021 suponen un aumento de menos del 1% respecto de 2020, representando el 6,9% del PIB y manteniéndose su participación en relación al gasto público total.

**Tabla 5: Gasto sanitario de las Administraciones Públicas. 2019-2021**

	% PIB	% Gasto total	Millones de euros
2019	6.1%	14.5%	75682.1
2020	7.6%	14.4%	84007.3
2021	6.9%	14.4%	84628.7

Fuente: Plan Presupuestario 2021, disponible en <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstrategiaPoliticaFiscal/PlanesPresupuestarios.aspx>

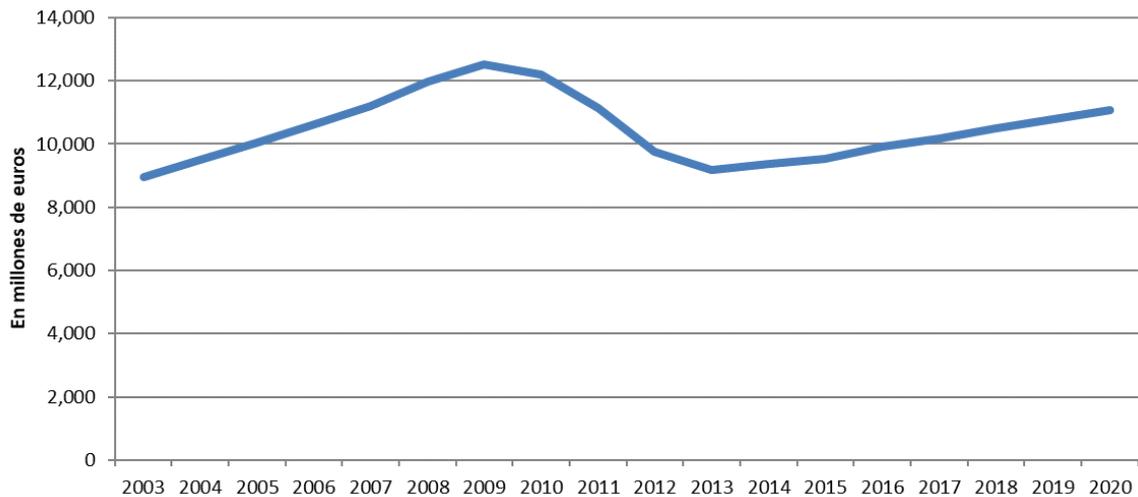
De acuerdo a los datos del Plan Presupuestario 2021 también se destinan partidas especiales anunciadas en 2020 por un total de 4.267 millones de euros en respuesta a la crisis sanitaria por el COVID-19. Estas medidas sirvieron de refuerzo de la financiación del sistema sanitario y de la investigación, específicamente:

1. Una partida de 1.400 millones de euros para la concesión de crédito extraordinario en el Ministerio de Sanidad para atender gastos extraordinarios del Sistema Nacional de Salud, aprobada por Real Decreto-ley 7/2020 y
2. Actualización de las entregas a cuenta a las Comunidades Autónomas para reforzar la disponibilidad de recursos con los que hacer frente a las necesidades inmediatas de sus sistemas sanitarios por 2.857 millones de euros, aprobada por el Real Decreto-ley 7/2020.

#### **GASTO FARMACÉUTICO COMO % DEL GASTO SANITARIO CORRIENTE**

A nivel internacional los datos para el año 2020 casi ni se encuentran en los países seleccionados y para España el último dato es del año 2019. Por ello, presentamos a continuación el gasto farmacéutico ambulatorio público, es decir aquellos que se obtienen bajo receta médica oficial. Como se observa en el Gráfico 20 el gasto aumentó un 3% durante 2020, manteniendo la tendencia observada desde 2013.

**Gráfico 20: Gasto farmacéutico a través de receta oficial del SNS. España. 2003-2020**



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

#### **PRESUPUESTOS INICIALES DE LAS CCAA EN SANIDAD POR HABITANTE**

En la Tabla 6 se muestra la variación interanual de los presupuestos iniciales por habitante de las comunidades autónomas desde 2017. El mayor aumento se registra en el año 2021 en comparación con el año 2020, con un crecimiento del 10%, siendo Castilla y León la que mayor aumento ha tenido (el 22,8%) mientras que en Cataluña hay una ligera caída del 0,2%.

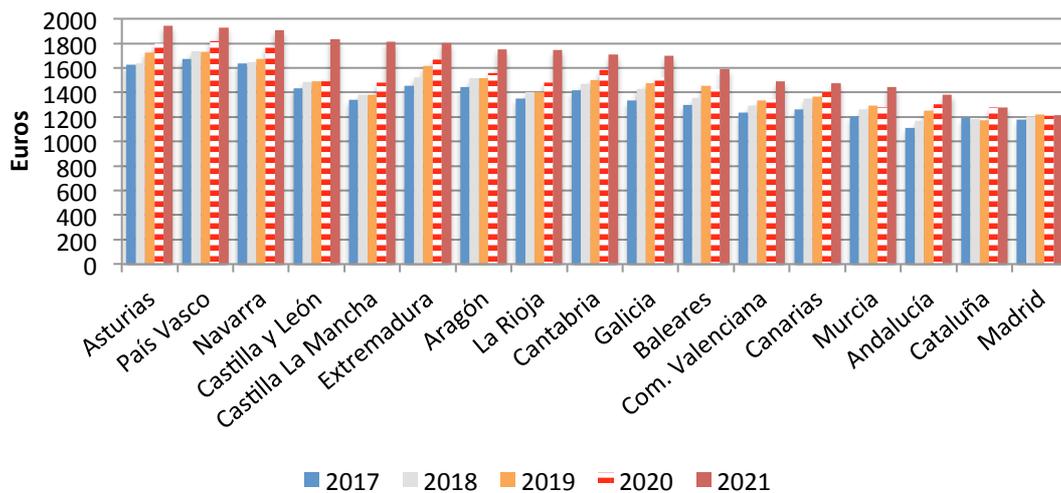
En el Gráfico 21, con los nuevos datos del año 2021 se observa que las comunidades con mayor presupuesto por habitante son Asturias y País Vasco, mientras que las comunidades más grandes como Andalucía, Cataluña y Madrid, son las que menor presupuesto por habitante tienen.

Tabla 6: Variación interanual presupuestos iniciales por habitante. 2017-2020

CCAA	Presupuestos iniciales por habitante. Variaciones interanuales				
	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019	2021/2020
Andalucía	5.6%	5.4%	7.0%	4.2%	6.1%
Aragón	5.5%	5.1%	-0.1%	2.9%	12.3%
Asturias	11.2%	0.6%	5.5%	4.0%	8.2%
Baleares	5.8%	4.7%	7.3%	-1.9%	11.1%
Canarias	1.9%	6.9%	1.2%	3.0%	4.8%
Cantabria	2.6%	3.6%	2.2%	5.3%	7.8%
Castilla y León	6.2%	3.9%	0.3%	0.0%	22.8%
Castilla La Mancha	3.9%	3.3%	-0.1%	7.2%	22.7%
Cataluña	4.5%	-0.6%	-1.0%	9.0%	-0.2%
Com. Valenciana	2.9%	4.8%	3.2%	0.9%	10.9%
Extremadura	-0.02%	4.9%	5.8%	3.3%	8.1%
Galicia	3.2%	7.1%	3.4%	3.0%	11.9%
Madrid	1.7%	1.9%	1.6%	-0.9%	0.2%
Murcia	1.3%	4.6%	2.3%	-1.0%	13.1%
Navarra	5.5%	0.6%	1.6%	6.0%	7.6%
País Vasco	3.4%	3.8%	-0.1%	5.0%	6.2%
La Rioja	2.3%	3.9%	-0.2%	5.9%	17.9%
<b>Promedio nacional</b>	<b>4.0%</b>	<b>3.8%</b>	<b>2.3%</b>	<b>3.3%</b>	<b>10.1%</b>
<b>Mayor aumento</b>	Asturias	Galicia	Baleares	Cataluña	Castilla y León
	11.2%	7.1%	7.3%	9.0%	22.8%
<b>Mayor caída</b>	Extremadura	Cataluña	Cataluña	Baleares	Cataluña
	-0.02%	-0.6%	-1.0%	-1.9%	-0.2%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Gráfico 21: Presupuestos iniciales en sanidad CCAA por habitante (en euros). 2017-2020



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

### 3. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS, LISTAS DE ESPERA Y CONSULTAS AL MÉDICO

En esta sección haremos un repaso de algunas encuestas de opinión que se realizan a nivel internacional como la Encuesta Ipsos Global Advisor del año 2020 y a nivel nacional, los Barómetros que realiza el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) para medir el estado de la opinión pública. En esta oportunidad, no podemos contar con el Barómetro Sanitario que elabora anualmente el Ministerio de Sanidad debido a la pandemia. Asimismo, analizaremos los datos provenientes de las estadísticas oficiales sobre las listas de espera y observaremos su evolución con los últimos datos disponibles. Por último, analizamos a través de la EESE 2020 las consultas al médico de cabecera y especialista antes y durante la pandemia.

#### 3.1. Opinión del sistema sanitario

A nivel internacional, la *encuesta Ipsos Monitor Global de Salud 2020* proporciona información de 27 países sobre los principales desafíos en el ámbito de la salud y sus sistemas sanitarios entre el 25 de septiembre y el 9 de octubre del año 2020. Se entrevistaron a 20.009 personas de entre 18 y 74 años en Canadá, Malasia, Sudáfrica, Turquía y los Estados Unidos, y de 16 a 74 años en el resto de países<sup>3</sup>.

La muestra consta de aproximadamente 1000+ individuos en Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, China (continental), Francia, Alemania, Gran Bretaña, Italia, Japón, México, España, Suecia y los EE. UU., y aproximadamente 500+ individuos en Argentina, Chile, Hungría, India, Malasia, Países Bajos, Perú, Polonia, Rusia, Arabia Saudita, Sudáfrica, Corea del Sur y Turquía.

En primer lugar, una de las preguntas relevantes de la encuesta es la que se refiere a la **confianza depositada en el sistema sanitario** de su país (Gráfico 22). A nivel global, el 50% de las personas confía en que el sistema sanitario le brinda el mejor tratamiento, aumentando 9 pp respecto del año 2018 (Ipsos, 2020). En cuanto a España, el 62% de los individuos encuestados están de acuerdo o muy de acuerdo que reciben el mejor tratamiento posible otorgado por su sistema de salud, evaluación que es ligeramente inferior, 2 pp, a la realizada en 2018. En la anterior encuesta del 2018 España se situaba primera en el ranking mientras en esta encuesta del año 2020 España baja hasta el octavo lugar.

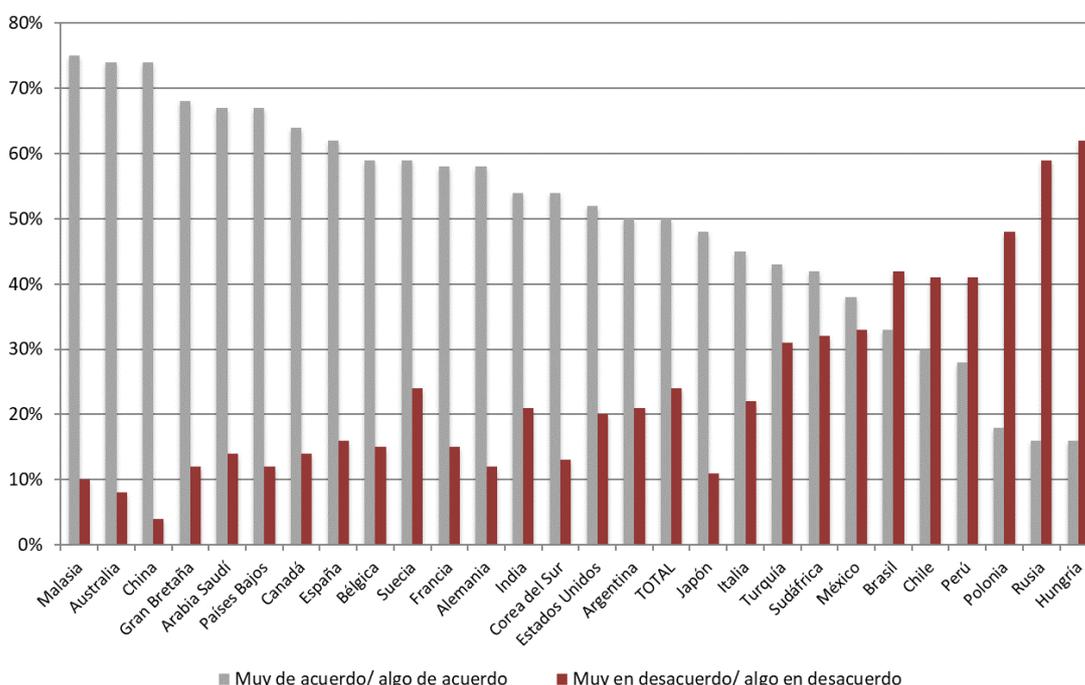
Por otra parte, otros países como Canadá, Bélgica y Suecia responden de manera similar a España en relación al nivel de satisfacción, que se sitúa en un 64%, 59% y 59%, respectivamente. En contraste, países como Japón, Italia y Turquía están por debajo del promedio de los países encuestados y más alejada aún es el caso de Polonia con solamente el 18% de las personas que piensan que reciben el mejor tratamiento posible por su sistema sanitario.

---

<sup>3</sup> La muestra consta de aproximadamente 1000+ individuos en Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, China (continental), Francia, Alemania, Gran Bretaña, Italia, Japón, México, España, Suecia y los EE. UU., y aproximadamente 500+ individuos en Argentina, Chile, Hungría, India, Malasia, Países Bajos, Perú, Polonia, Rusia, Arabia Saudita, Sudáfrica, Corea del Sur y Turquía. Para más información consultar el documento completo en: [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-12/ipsos-global-health-service-monitor-2020\\_espanol.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-12/ipsos-global-health-service-monitor-2020_espanol.pdf)

Otra de las preguntas claves en el contexto de la pandemia es la **capacidad del sistema de salud**, principalmente si se encuentra sobrecargado. A nivel global, el 55% cree que el sistema de salud de su país está sobrecargado (Gráfico 23). Puede verse que Gran Bretaña figura primero en este ranking, donde un poco más del 80% de la población entrevistada considera que el sistema de salud de su país está sobrecargado. Otros países de la OCDE incluyendo a España como Suecia, Hungría y Francia, la población tiene también una alta percepción de la sobrecarga de su sistema sanitario, entre el 73% y el 77%.

**Gráfico 22: Confianza en el sistema de salud ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: “Confío en que el sistema sanitario de mi país me brindará el mejor tratamiento”**

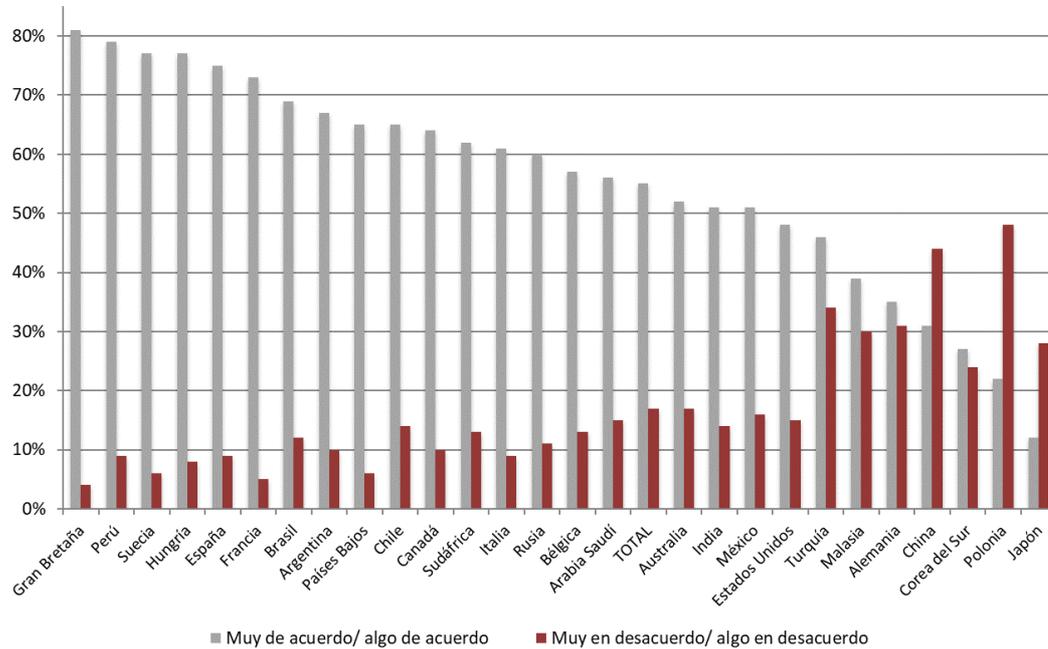


Fuente: Ipsos Global Health Service Monitor 2020.

Otro indicador de las percepciones sobre los servicios de salud que surge en esta encuesta es la **calidad de la salud** (Gráfico 24). Especialmente, se pregunta cómo calificaría la calidad de la atención médica ya sea la atención primaria, especialistas, hospitales, pruebas de diagnóstico y medicamentos para tratar diversas dolencias.

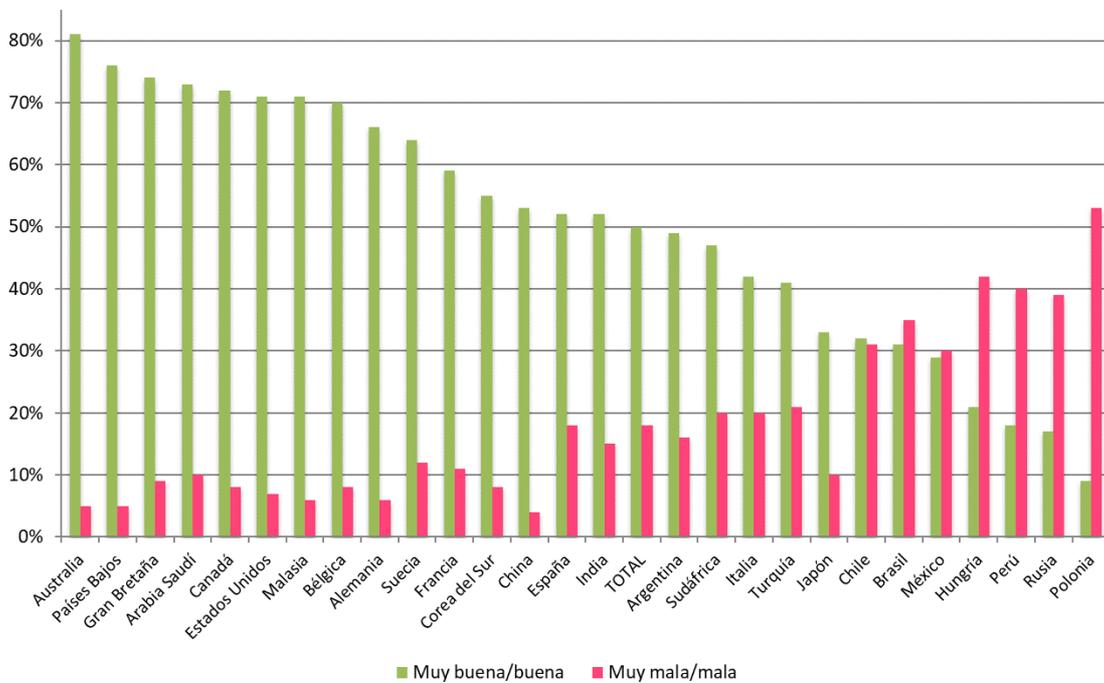
Como se observa en el Gráfico 24, el 50% de las personas del grupo de países entrevistados está satisfecho con la calidad de la atención. España se encuentra cercana al promedio global, con un 52%, lo que deja un amplio margen de mejora. Sin embargo, la percepción de la calidad de los servicios de salud en pandemia cae 6 pp respecto de la anterior encuesta 2018 (Ipsos, 2020). Otros países como Australia, Países Bajos, Gran Bretaña entre un 74% y un 81% de la población valora la calidad de la salud de su país como muy bueno o bueno, superando al promedio global de países entrevistados.

**Gráfico 23: Capacidad del sistema de salud ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: “El sistema de salud de mi país está sobrecargado”**



Fuente: Ipsos Global Health Service Monitor 2020.

**Gráfico 24: Calidad de la salud: “¿Cómo calificaría la calidad de la atención médica a la que usted y su familia tienen acceso en su país?”**



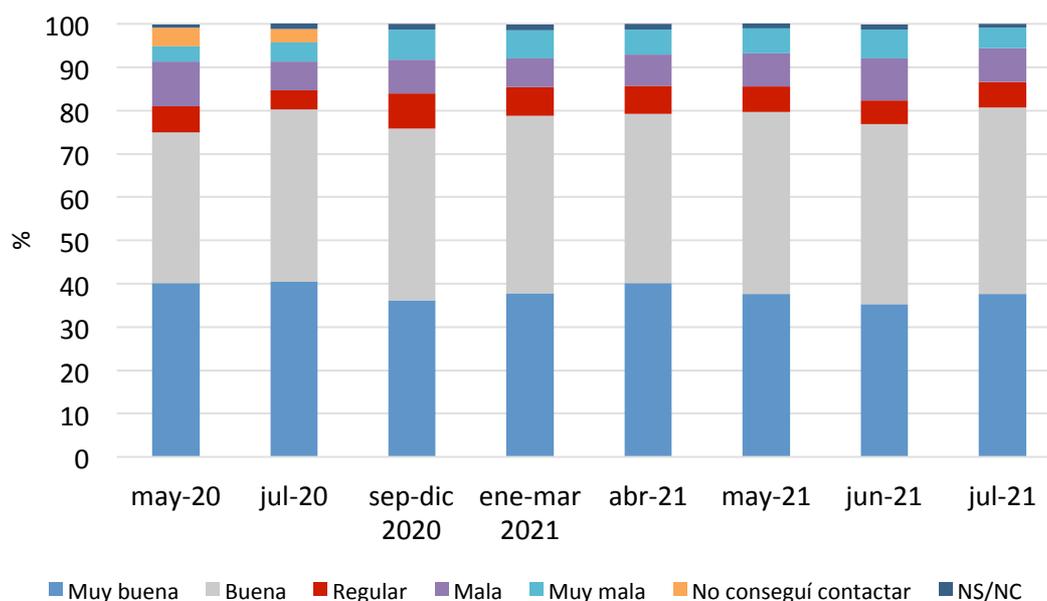
Fuente: Ipsos Global Health Service Monitor 2020.

En cuanto a la segunda encuesta de opinión llevaba a cabo por el **CIS**, se pueden destacar ciertas preguntas relacionadas con la valoración de la atención sanitaria en el contexto del COVID-19, que aparecen en los **Barómetros** desde mayo 2020 para la población de 18 años o más. Las cuestiones de especial interés son:

1. Valoración de la atención sanitaria recibida en los servicios sanitarios a los que se acudió a causa del COVID-19.
2. Conveniencia de reformar la sanidad española tras la pandemia del COVID-19.
3. Reformas necesarias de la sanidad española tras la pandemia del COVID-19.

En primer lugar, para aquellos que han contactado por pensar en tener los síntomas por el COVID-19, casi el 80,7% de estos individuos, consideran que la atención recibida por los servicios sanitarios ha sido muy buena o buena, aumentando ligeramente en 0,4 pp en julio 2021 respecto de julio 2020 pero casi 6 pp respecto de mayo 2020 (Gráfico 25).

**Gráfico 25: Valoración de la atención sanitaria a causa del COVID-19. Barómetros mayo, julio y septiembre-diciembre 2020 y enero a julio 2021.**

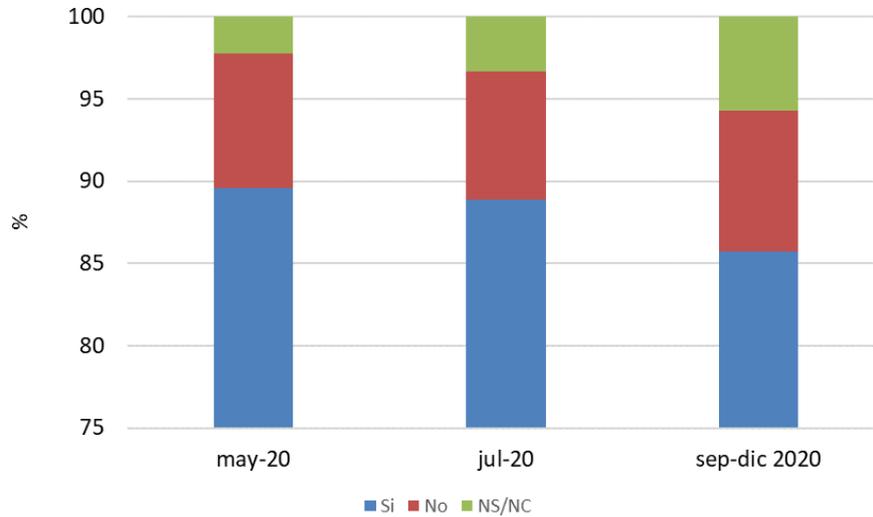


Fuente: CIS. Notas: La población que responde a esta pregunta es aquella que ha tenido que contactar con los servicios sanitarios por pensar que tenía síntomas relacionados con el COVID-19.

En cuanto al segundo aspecto, puede verse en el Gráfico 26, que la percepción de que es necesario reformar la sanidad española baja casi 4 pp en septiembre-diciembre respecto de mayo 2020. En mayo 2020 cerca del 90% de la población entrevistada consideraba que era necesario hacer cambios en la sanidad española (es decir, percibía que el sistema no estaba preparado para responder a una pandemia global) mientras que durante los meses de septiembre a diciembre del mismo año la percepción de necesidad de reformas desciende al 85,7% aunque sigue siendo una fracción alta de los entrevistados, lo que implica que los

individuos perciben que el sistema de salud se va adaptando y mejora su respuesta a la pandemia.

**Gráfico 26: Conveniencia de reformar la sanidad española tras la pandemia del COVID-19. Barómetros mayo, julio y septiembre-diciembre 2020.**

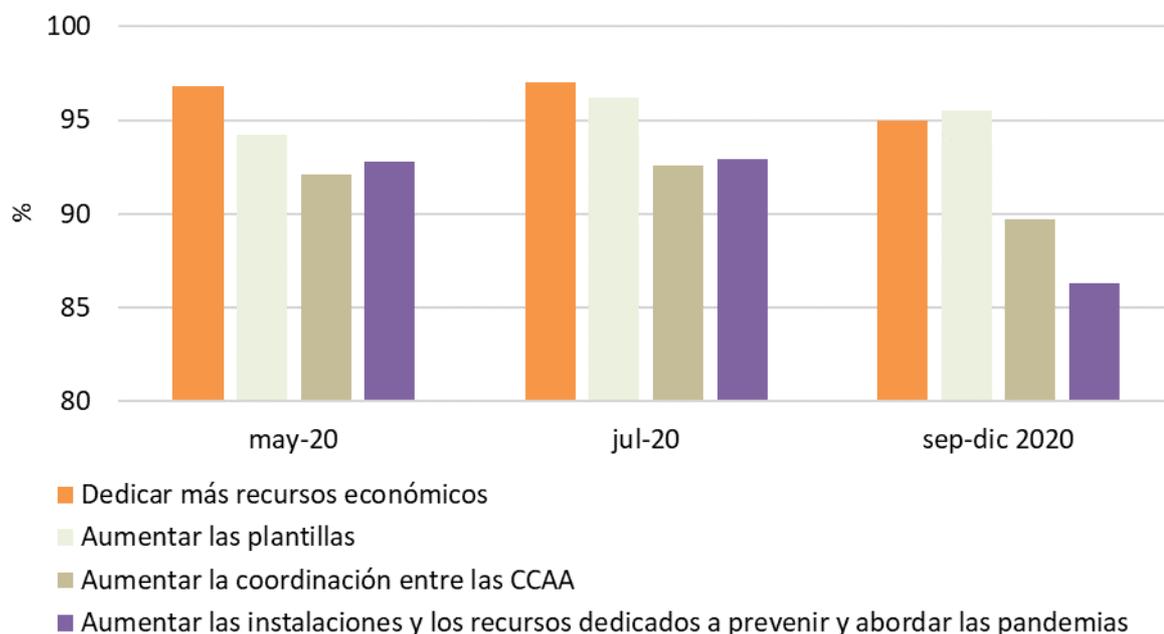


Fuente: CIS. Notas: esta pregunta no se realiza en los Barómetros del año 2021.

De aquellos que respondieron que sí se necesitaban reformas tras la pandemia, los aspectos que se evaluaron fueron: dedicar más recursos económicos, aumentar las plantillas, aumentar la coordinación entre las CCAA y aumentar las instalaciones y los recursos dedicados a prevenir y abordar las pandemias (Gráfico 27).

En cada una de las sucesivas entrevistas, entre un 90% y 95% de la población encuestada consideraba necesario incidir sobre estos aspectos, aunque con resultados cambiantes en algunos casos. Así, sobre la necesidad de aumentar las instalaciones y los recursos dedicados a prevenir y abordar las pandemias, en el periodo septiembre-diciembre 2020 lo consideraba prioritario el 86,3% de la población encuestada mientras que en mayo 2020 el porcentaje era del 92,8%.

**Gráfico 27: Tipo de reformas necesarias tras la pandemia del COVID-19. Barómetros mayo, julio y septiembre-diciembre 2020.**



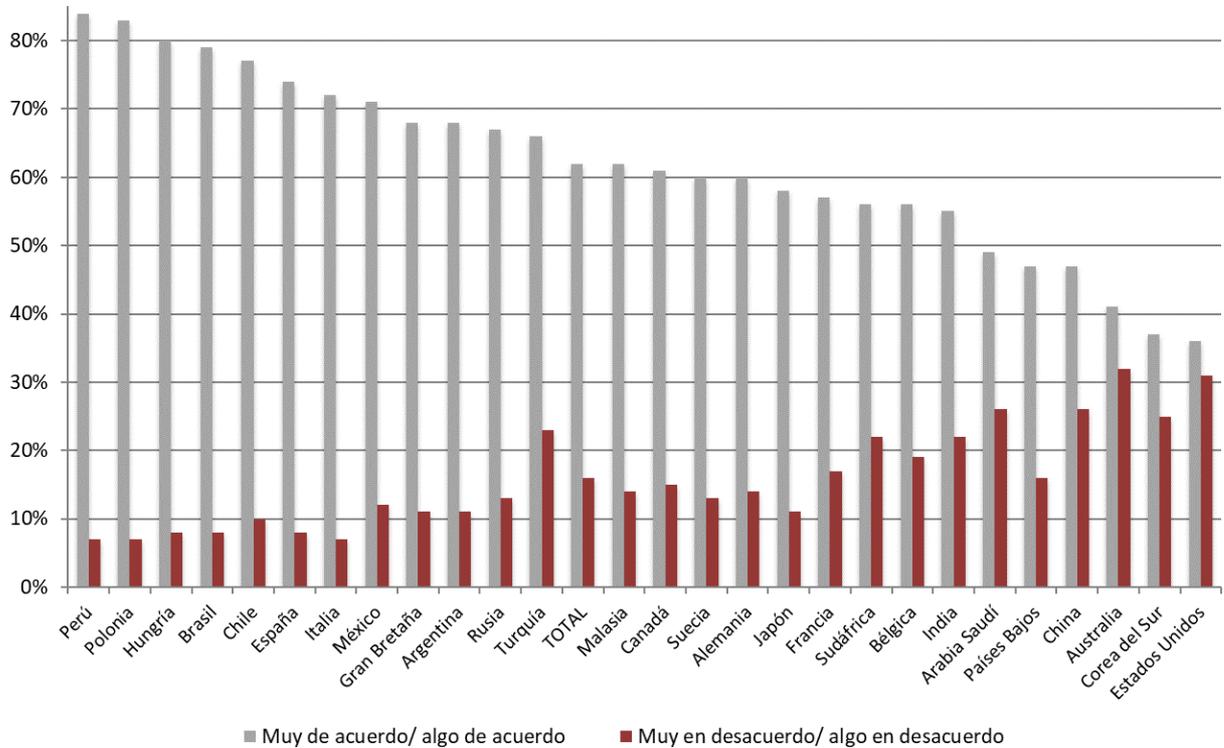
Fuente: CIS. Notas: esta pregunta no se realiza en los Barómetros del año 2021.

### 3.2. Listas de espera

A nivel internacional, otra de las preguntas que hace referencia la encuesta Ipsos es el tiempo de espera. Se puede ver en el Gráfico 28 que tanto en España como en Italia y Gran Bretaña, países con sistemas nacionales de salud, el porcentaje de personas que afirma que los tiempos de espera para concertar una cita son demasiado largos en su país oscila entre un 70% y 74% de la población encuestada, 10 pp más que a nivel global. España se posiciona así en el sexto lugar con una valoración más pesimista de las listas de espera.

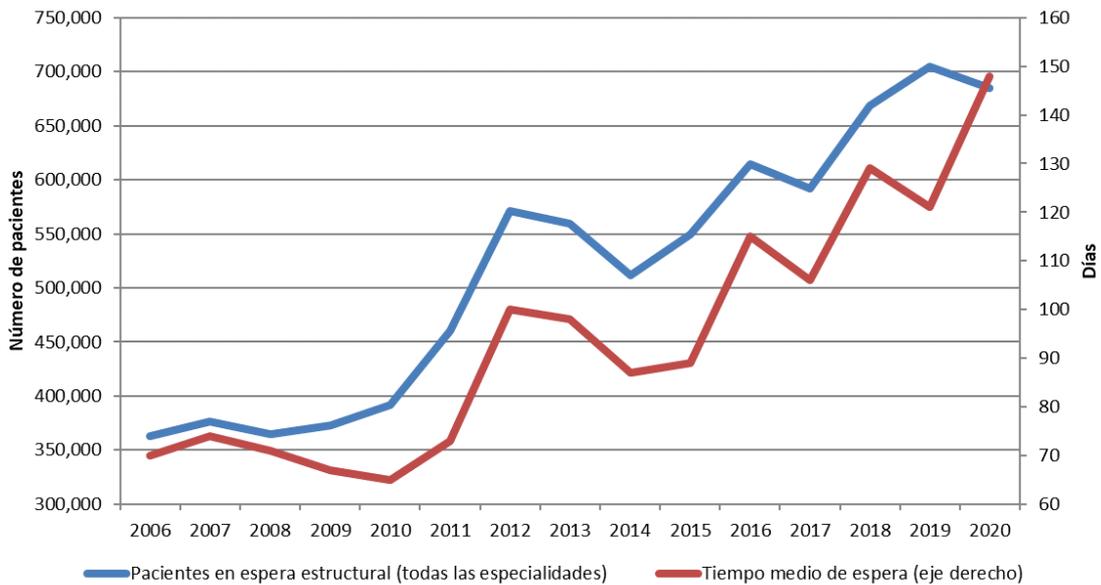
A nivel nacional, el sistema de información de listas de espera nos ofrece los últimos valores para el año 2020. Se visualiza en el Gráfico 29 que tras la pandemia el tiempo medio de espera aumenta un 22% en 2020 respecto del 2019, pasando de 121 a 148 días. Por otra parte, el número de pacientes en lista de espera se redujo en un 2% con respecto a 2019, de 704.997 a 685.175 pacientes.

**Gráfico 28: Tiempo de espera: Los tiempos de espera para concertar una cita con los médicos son demasiado largos en mi país. ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con esta afirmación?**



Fuente: Ipsos Global Health Service Monitor 2020.

**Gráfico 29: Pacientes en espera estructural (todas las especialidades) y tiempo medio de espera. 2006-2020**



Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social., disponible en <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEsperaInfAnt.htm>

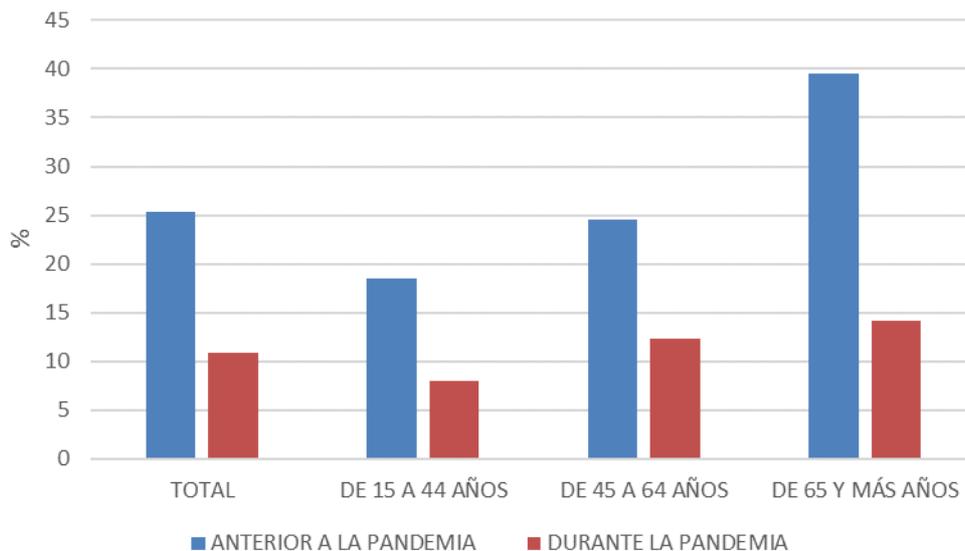
### 3.3. Consultas/visitas al médico y el auge de la teleconsulta

La pandemia ocasionó que varias de las consultas o visitas programadas a los servicios de salud se vieran suspendidas para poder concentrar los esfuerzos en dar respuesta al COVID-19. Al mismo tiempo, la sobrecarga de consultas generada ante la incertidumbre por esta nueva enfermedad propició medidas alternativas de contacto como la consulta telefónica, minimizando de esta manera las consultas presenciales.

Según los datos de la EESE 2020, que nos proporciona información sobre la comparativa antes y durante la pandemia en algunos indicadores selectos, se puede visualizar en el siguiente gráfico la caída en el porcentaje de personas que consultaron al médico de cabecera de manera presencial durante la pandemia. A nivel general, antes de la pandemia el 25% de las personas afirmó que consultó al médico de cabecera mientras que el 10% lo hizo durante la pandemia. Es notable que, en los grupos más longevos, una mayor proporción de personas visitaba el médico de cabecera antes de la pandemia (40%) mientras que durante la pandemia se redujo al 15%.

También se puede observar en la Tabla 7 los datos de este indicador para varones y mujeres. Las mujeres visitaron más al médico que los varones antes de la pandemia, sobre todo en el grupo de 45 a 65 años, siendo del 20% para los varones y casi del 30% para las mujeres. En cambio, como ya se observaba a nivel general, durante la pandemia, las mujeres redujeron aún más las visitas al médico de cabecera, siendo el 12,4% de las mujeres que consultaron al médico de familia (29,2% antes de la pandemia) y 9,3% para los varones (21,1% antes de la pandemia).

**Gráfico 30: Porcentaje de personas que consultaron al médico de familia en las últimas 4 semanas. Antes y durante la pandemia. España.**



Fuente: EESE 2020.

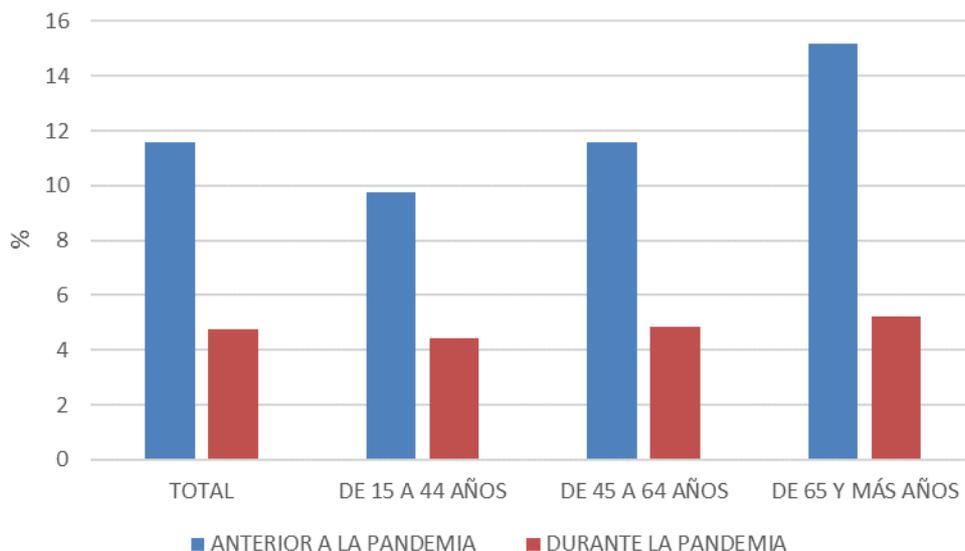
**Tabla 7: Porcentaje de personas que consultaron al médico de familia en las últimas 4 semanas por sexo. Antes y durante la pandemia. España.**

	ANTERIOR A LA PANDEMIA			DURANTE LA PANDEMIA		
	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO
<b>AMBOS SEXOS</b>						
TOTAL	100.0	25.3	74.7	100.0	10.9	89.1
DE 15 A 44 AÑOS	100.0	18.5	81.6	100.0	8.0	92.0
DE 45 A 64 AÑOS	100.0	24.6	75.4	100.0	12.4	87.7
DE 65 Y MÁS AÑOS	100.0	39.5	60.5	100.0	14.2	85.8
<b>HOMBRES</b>						
TOTAL	100.0	21.1	78.9	100.0	9.3	90.7
DE 15 A 44 AÑOS	100.0	14.5	85.5	100.0	6.4	93.6
DE 45 A 64 AÑOS	100.0	20.0	80.0	100.0	10.0	90.0
DE 65 Y MÁS AÑOS	100.0	37.9	62.2	100.0	14.4	85.6
<b>MUJERES</b>						
TOTAL	100.0	29.2	70.8	100.0	12.4	87.6
DE 15 A 44 AÑOS	100.0	22.4	77.6	100.0	9.7	90.3
DE 45 A 64 AÑOS	100.0	29.2	70.8	100.0	14.7	85.3
DE 65 Y MÁS AÑOS	100.0	40.8	59.2	100.0	14.0	86.0

Fuente: EESE 2020.

También la EESE 2020 ofrece información sobre las visitas al médico especialista (Gráfico 31). A simple vista, se aprecia el menor porcentaje de personas que realizaron una consulta al médico especialista (cerca del 12%) antes de la pandemia en comparación con el porcentaje de personas que visitaron al médico de familia (25,3%). También a raíz de la pandemia, el porcentaje de personas que visitaron al médico especialista se redujo en 10 pp en los grupos de 65 años o más tanto en varones como en mujeres (Tabla 8).

**Gráfico 31: Porcentaje de personas que consultaron al médico especialista en las últimas 4 semanas. Antes y durante la pandemia. España.**



Fuente: EESE 2020.

**Tabla 8: Porcentaje de personas que consultaron al médico especialista en las últimas 4 semanas por sexo. Antes y durante la pandemia. España.**

	ANTERIOR A LA PANDEMIA			DURANTE LA PANDEMIA		
	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO
<b>AMBOS SEXOS</b>						
TOTAL	100.0	11.6	88.4	100.0	4.8	95.3
DE 15 A 44 AÑOS	100.0	9.7	90.3	100.0	4.4	95.6
DE 45 A 64 AÑOS	100.0	11.6	88.4	100.0	4.8	95.2
DE 65 Y MÁS AÑOS	100.0	15.2	84.8	100.0	5.2	94.8
<b>HOMBRES</b>						
TOTAL	100.0	9.5	90.5	100.0	3.9	96.1
DE 15 A 44 AÑOS	100.0	6.8	93.2	100.0	3.8	96.2
DE 45 A 64 AÑOS	100.0	9.7	90.3	100.0	3.2	96.8
DE 65 Y MÁS AÑOS	100.0	15.0	85.0	100.0	5.6	94.4
<b>MUJERES</b>						
TOTAL	100.0	13.6	86.4	100.0	5.5	94.5
DE 15 A 44 AÑOS	100.0	12.7	87.3	100.0	5.1	94.9
DE 45 A 64 AÑOS	100.0	13.4	86.6	100.0	6.5	93.5
DE 65 Y MÁS AÑOS	100.0	15.3	84.7	100.0	4.9	95.1

Fuente: EESE 2020.

### El auge de la telemedicina

Una de las experiencias que nos deja la pandemia es la posibilidad de utilizar de manera eficaz una herramienta alternativa a la consulta presencial y más aún en casos de emergencia de salud pública como la acontecida. La sobrecarga de consultas puede ser atendida de otra manera, a través de medios virtuales o telefónicos evitando el riesgo de colapso de los centros de salud de atención primaria, la puerta de entrada al sistema de salud. De esta manera, la telemedicina constituye una forma segura de evaluar casos sospechosos y el tratamiento del paciente minimizando el riesgo de transmisión de la enfermedad (OPS, 2021).

A falta de estadísticas nacionales más precisas, en un artículo reciente publicado en la Revista Española de Salud Pública, Ruiz-Romero et al. (2021) analizan la evaluación de la satisfacción de los pacientes a la teleconsulta durante el periodo de la pandemia ente el 16 de marzo al 25 de mayo 2020 en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, en Andalucía, España. Este estudio contó con un total de 352 encuestas a pacientes atendidos en teleconsulta de 12 especialidades médicas, siendo las más frecuentes las de Traumatología (85 pacientes; 24,2%), seguidas por Ginecología, Digestivo y Urología, cada una con 40 (11,45%).

Los aspectos abordados de la teleconsulta fueron el trato recibido, la utilidad en relación a la consulta presencial, la resolución de la consulta, seguridad y la satisfacción. En general, se señala que la mayoría de los pacientes encuestados se mostraron satisfechos con las consultas telefónicas. En concreto, se destaca que 335 (95%) de los pacientes encuestados estaban satisfechos o muy satisfechos y un 87% recomendaría el servicio de consulta telefónica a otros pacientes. En cuanto a la seguridad, al 68% de los encuestados (240) les pareció igual de segura que la consulta presencial y a un 94% le pareció adecuada la recomendación de acceder presencialmente a un centro sanitario.

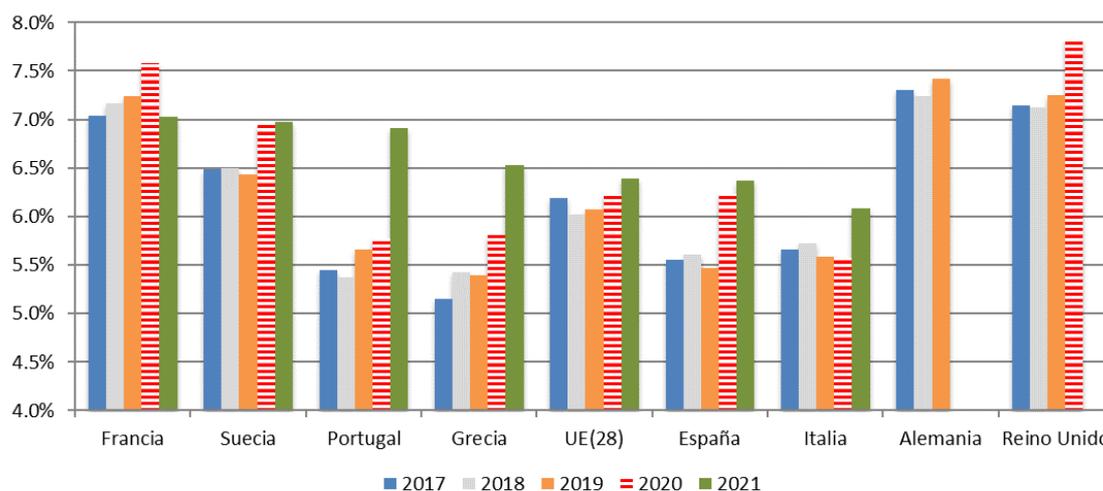
#### 4. INDICADORES DE SITUACIÓN LABORAL EN SANIDAD

En esta sección presentaremos algunos indicadores de desempeño del mercado de trabajo en el sector sanitario español con las últimas estadísticas disponibles de la Encuesta de Población Activa (EPA) y la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL).

##### PARTICIPACIÓN OCUPADOS SANIDAD SOBRE EL EMPLEO TOTAL

Para contextualizar a España con el resto de los países de la UE, podemos ver la participación de los ocupados en el sector de la sanidad sobre el empleo total en una selección de países (Gráfico 32). El impacto de la pandemia es notable para España que aumenta su participación del número de ocupados en sanidad sobre el total de ocupados en el segundo trimestre 2020 casi un pp respecto de 2019, igualando el promedio de la OCDE, 6,2%.

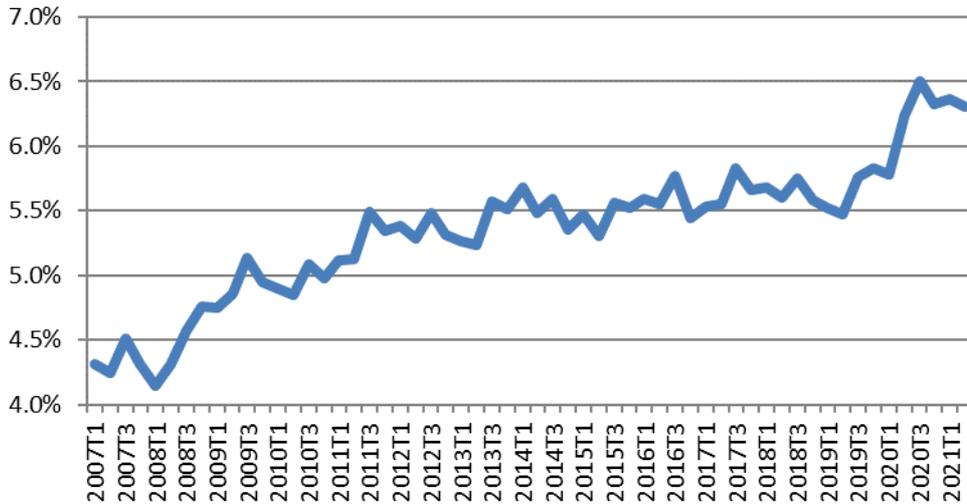
**Gráfico 32: Participación ocupados en el sector de la sanidad sobre el empleo total. Algunos países seleccionados UE (28). Segundo trimestre 2017-2020 y primer trimestre 2021.**



Fuente: Eurostat. Notas: UE: desde 2018, 27 países, sin UK.

La evolución de este indicador para España la podemos observar en el Gráfico 33. En España, desde el 2007 la participación del personal sanitario sobre el total de ocupados aumenta paulatinamente dando un gran salto en la pandemia. Ya se evidencia en la primera ola del COVID-19 (datos del segundo trimestre 2020) que la participación de los sanitarios sobre el total alcanza el 6,2% y luego en el tercer trimestre 2020 dicha participación llega a su pico máximo, de 6,5%.

**Gráfico 33: Participación ocupados en el sector de la sanidad sobre el empleo total. España. 2007T1-2021T2**

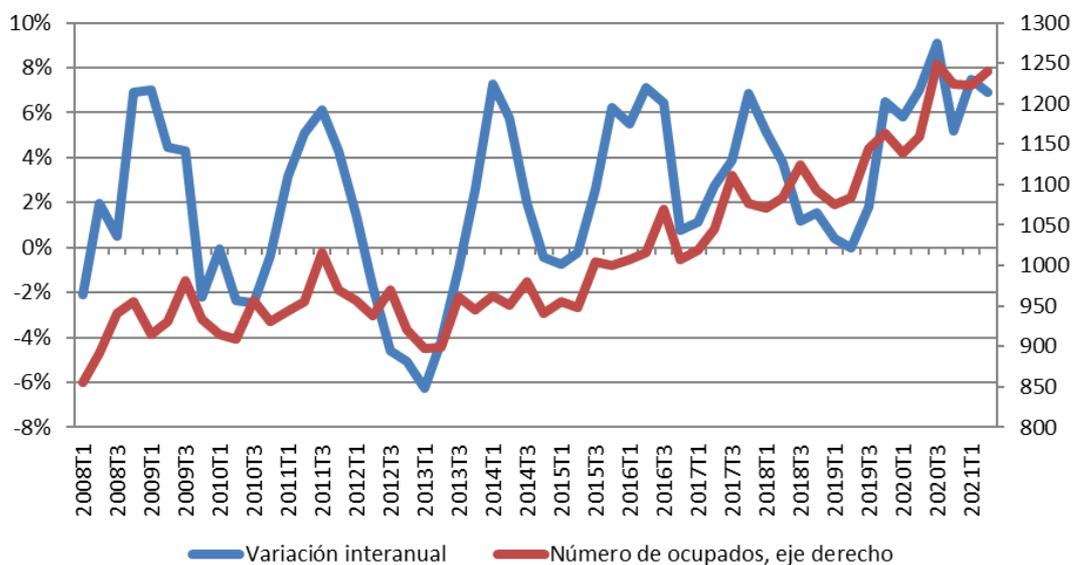


Fuente: Microdatos EPA.

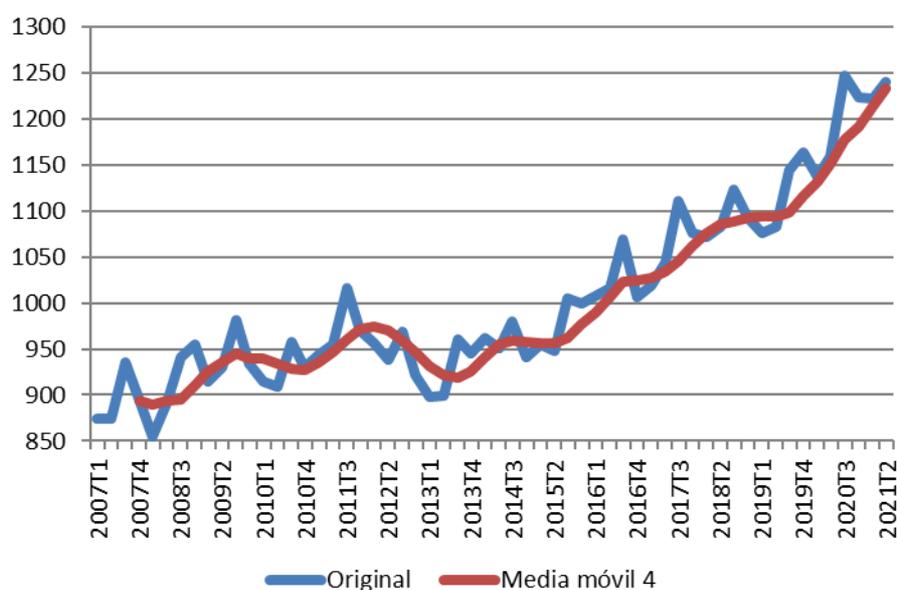
### VARIACIÓN INTERANUAL NÚMERO DE OCUPADOS EN SANIDAD

En el segundo trimestre 2020 hubo un aumento del 7% del número de ocupados en sanidad respecto del mismo periodo del año anterior (Gráfico 34). También se registra un aumento similar en el segundo trimestre 2021 respecto del mismo trimestre del año 2020. El número de ocupados en términos absolutos sigue un patrón similar registrándose un pico máximo en el tercer trimestre 2020 de 1.248 miles de ocupados, equivalente a un aumento del 9,1% respecto del tercer trimestre 2019.

**Gráfico 34: Variación interanual del número de ocupados y número de ocupados en el sector de la sanidad (miles). España. 2007T1-2021T2**



**Media móvil orden 4: Número de ocupados (miles)**



Fuente: Microdatos EPA.

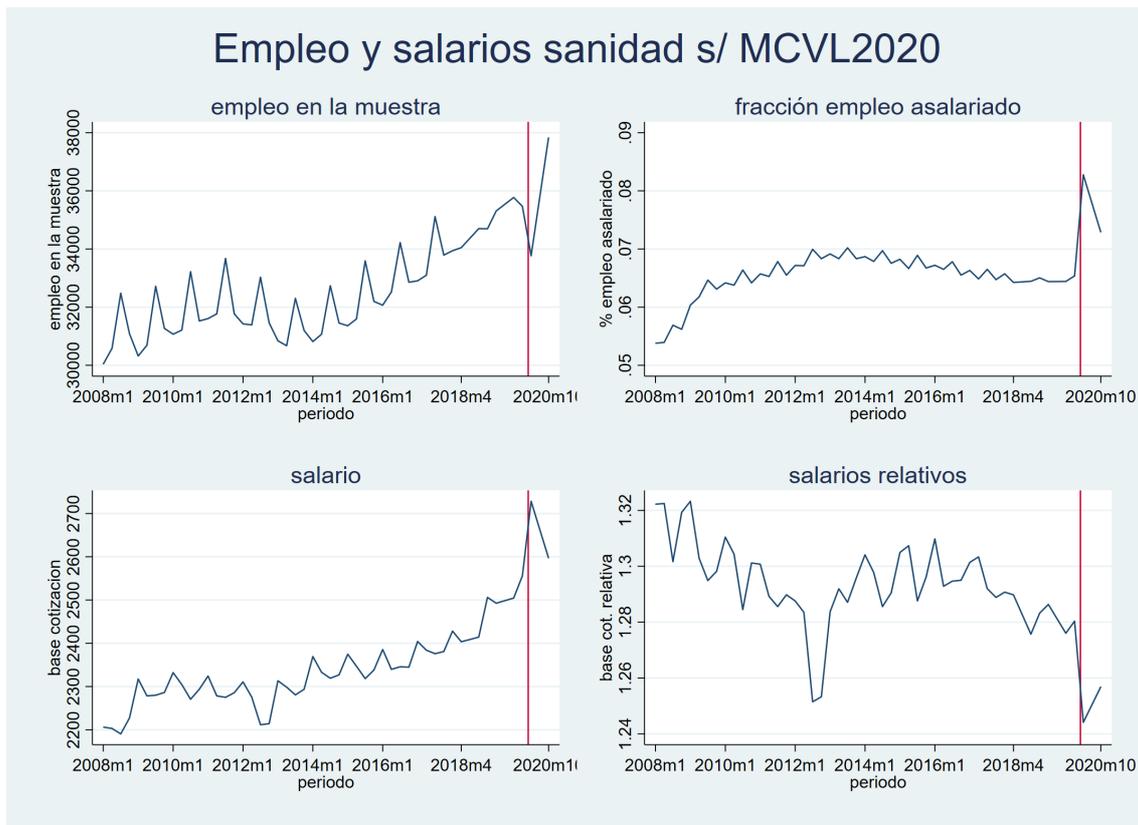
## EMPLEO Y SALARIOS

El Gráfico 35 presenta un resumen de la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales) en el sector sanitario en el periodo 2008-2020 en base a una fuente alternativa, los datos de la Muestra Continua de Vidas Laborales 2020 (MCVL). En el mismo queda claro el impacto del covid-19, que empezó a afectar a la serie alrededor de donde se sitúa la línea vertical roja.

Siguiendo la tendencia que veíamos con los datos de la EPA, es notable el aumento del volumen de empleo con el impacto de la pandemia, registrándose el pico máximo de todo el periodo señalado. Por otra parte, la fracción de empleo asalariado estuvo relativamente estable durante un periodo en torno al 7%, cayendo ligeramente hacia finales de 2019 al 6,5%. En plena pandemia esta fracción pega un gran salto alcanzando un poco más del 8%. Sin embargo, para el mes de octubre de 2020, esta fracción comienza a retornar hacia el 7% nuevamente.

Los paneles inferiores muestran la evolución de los salarios nominales (base de cotización mensual) y el diferencial entre los salarios en el sector sanitario y los salarios en general (salarios relativos). En cuanto a los salarios nominales podemos ver signos de mejoría, creciendo desde el año 2016 hasta comienzos de la pandemia y que luego se revierte hacia octubre de 2020. Por otra parte, los salarios relativos al inicio de la pandemia llegan a su nivel más bajo de todo el periodo, producto de los bajos salarios de las nuevas contrataciones, incluso más bajos que en el momento pre-recortes (antes de 2012), y volviendo a repuntar hacia octubre 2020.

**Gráfico 35: Empleo y salarios según la MCVL2020**

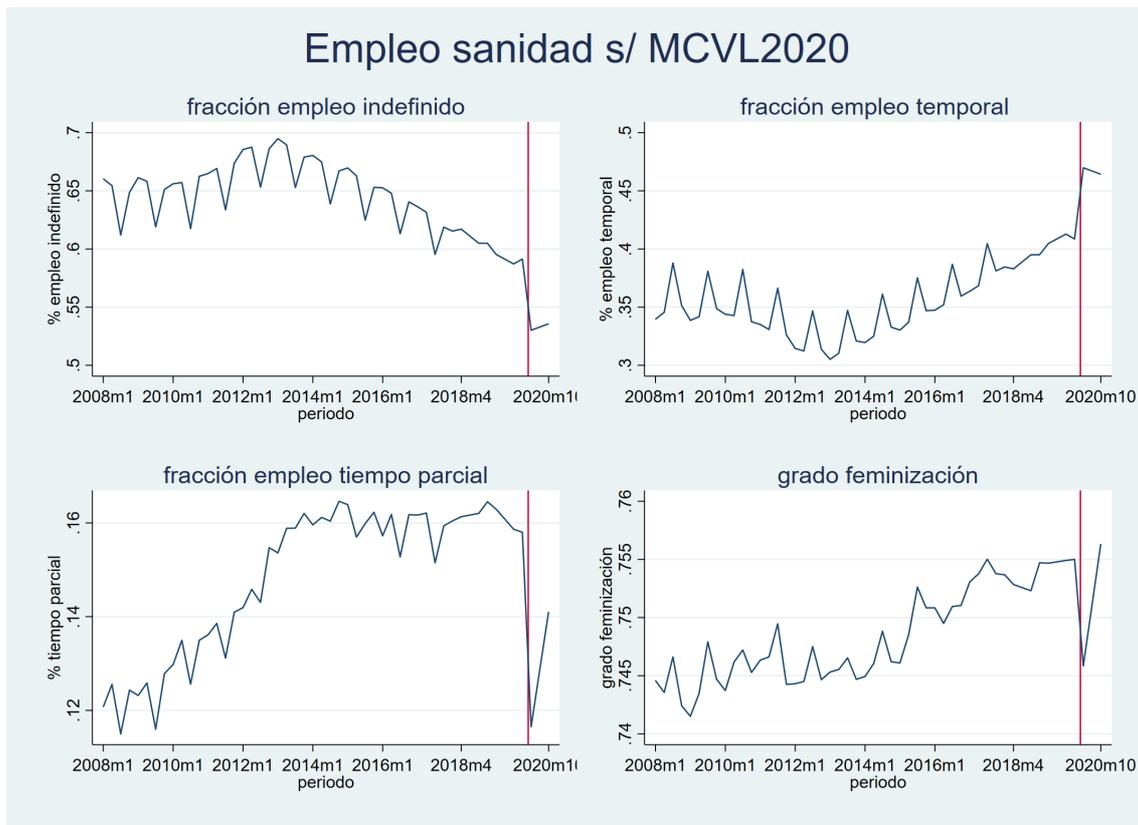


#### **INDICADORES DE CALIDAD DE EMPLEO Y DEL GRADO DE FEMINIZACIÓN**

En el Gráfico 36, se presenta la evolución desde el 2008 hasta el 2020 de indicadores de calidad de empleo en el sector sanitario. El impacto de la pandemia también se observa con el gran aumento de la temporalidad (y, por consiguiente, una bajada considerable en la fracción de empleo indefinido) en este sector, alcanzando valores que van por encima del 45%, muy superiores a los valores pre-crisis (32%).

Asimismo, la contratación a tiempo parcial que venía con un ritmo creciente, cae de manera vertiginosa cerca de 4 pp con el inicio de la pandemia para luego estabilizarse y crecer hacia el 14% en octubre 2020. Por último, el grado de feminización del sector que también seguía una trayectoria ascendente cae 1 pp con la pandemia respecto del año anterior y posteriormente crece para mantenerse un poco por encima de los niveles pre-pandemia.

**Gráfico 36: Indicadores de calidad de empleo y grado feminización según la MCVL2020**



## 5. SECUELAS COVID-19

### 5.1. Salud mental

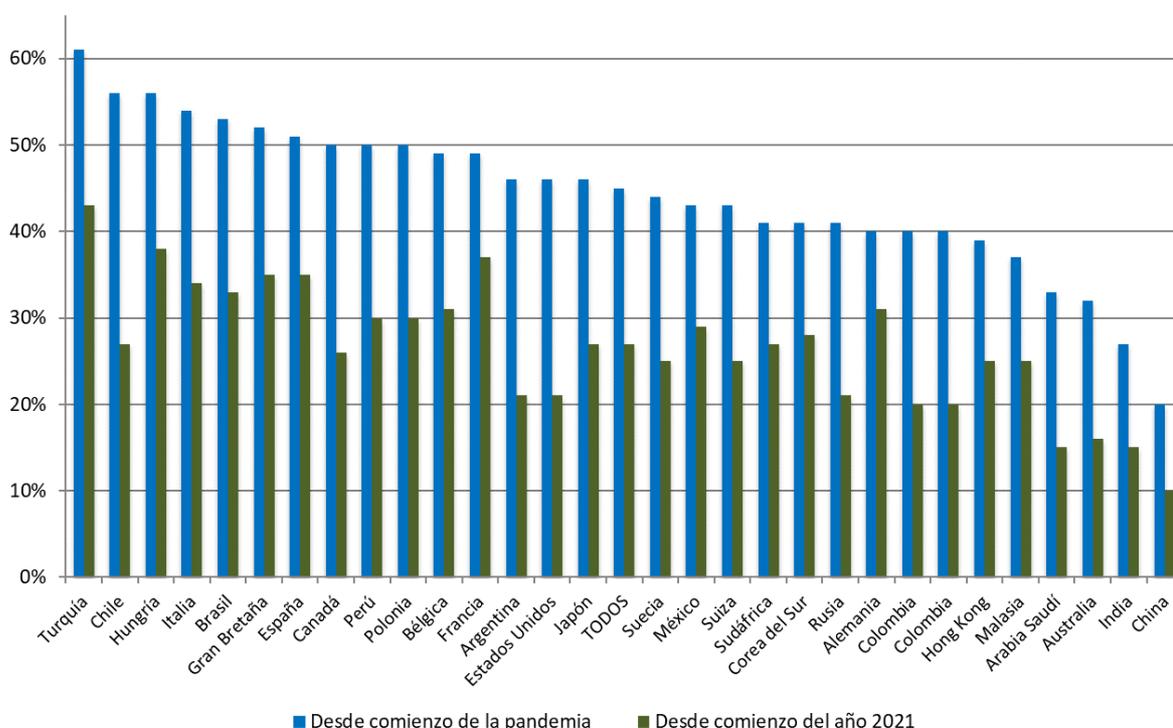
Las limitaciones que ha impuesto la pandemia como el confinamiento, la falta de contacto social, las restricciones a la movilidad y la situación socioeconómica han afectado sin dudas el estado emocional de la población y más aún a aquellas personas con problemas de salud mental previos. Pero también es ya conocido que las personas que superan el COVID-19 pueden tener un mayor riesgo de tener secuelas en su salud mental. Según un informe de la Confederación Salud Mental España (2021) se afirma que una de cada 5 personas que han pasado la enfermedad, se ha enfrentado por primera vez a un diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio. Asimismo, se menciona que la idea del suicidio ha aumentado entre un 8% y un 10%, y en mayor medida en la población adulta joven donde la cifra asciende entre un 12,5% y un 14%.

En primer lugar, un estudio para el Foro Económico Mundial que realizó Ipsos, establece que, a nivel global, el 45% de los adultos entrevistados en 30 países con una muestra de 21.011 personas entre 16 y 74 años, afirman que su salud emocional y mental ha empeorado desde el comienzo de la pandemia (Ipsos, 2021). Como se ve en el Gráfico 37, para España el porcentaje es levemente superior al 51%, ocupando el cuarto puesto dentro del grupo de

países europeos que más se ha visto afectado en este aspecto por detrás de Hungría (56%), Italia (54%) y Reino Unido (52%).

La percepción sobre el empeoramiento de la salud emocional y mental desde inicios de la pandemia y desde inicios del año 2021 cambia considerablemente. En promedio, en los 30 países encuestados, los adultos consideran que su salud emocional y mental ha empeorado desde principios de 2021 en un 27%, frente al 45% desde inicios de la pandemia, 18 pp menos. Para el caso español, sucede algo similar, el 35% de los españoles confiesa sentir que su salud emocional y mental ha empeorado desde inicios de 2021, 16 pp menos que desde inicios de la pandemia.

**Gráfico 37: Empeoramiento de la salud emocional y mental desde el comienzo de la pandemia y desde el comienzo del año 2021.**

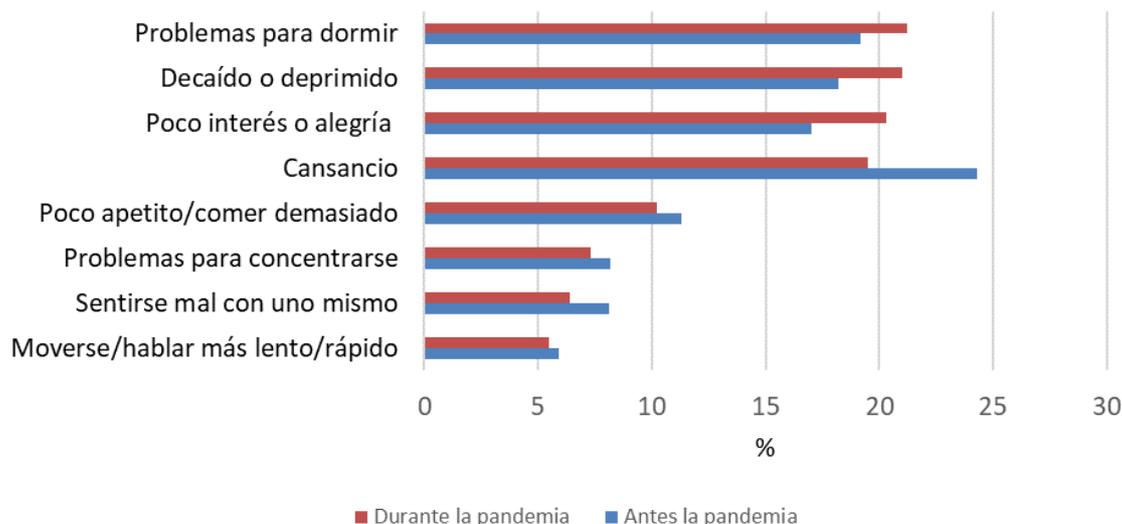


Fuente: Ipsos (2021)

Si nos centramos ahora en los resultados a nivel nacional, la EESE 2020 nos permite una comparativa tanto antes como durante la pandemia de la situación de la salud mental de la población dado que el relevamiento de esta encuesta se realiza desde julio 2019 a marzo 2020.

Visualizando el Gráfico 38 podemos notar que durante la pandemia ciertos aspectos como problemas para dormir, sentirse decaído o deprimido y la sensación de poco interés o alegría para hacer cosas aparece en el 20-21% de la población entrevistada, aumentando entre 2 y 3 pp respecto de la percepción anterior a la pandemia. El resto de síntomas son referidos en menor medida durante la pandemia; es el caso del cansancio (19,5% versus 24,3%), poco apetito o comer demasiado (10,2% versus 11,3%), problemas para concentrarse (7,3% versus 8,2%), sentirse mal con uno mismo (6,4% versus 8,1%) y moverse o hablar más lento o más rápido (5,5% versus 5,9%).

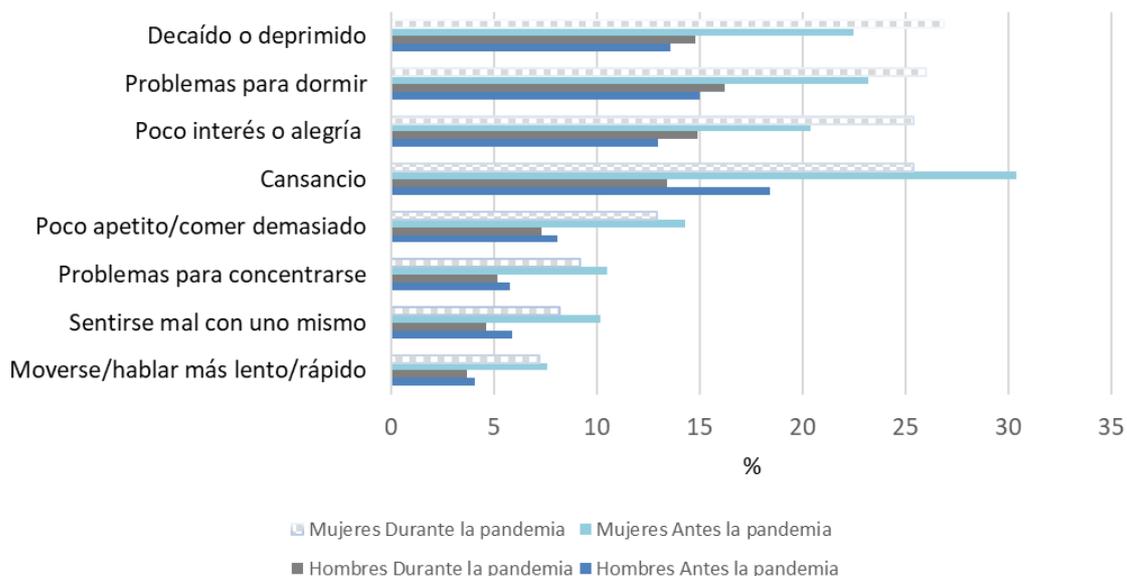
**Gráfico 38: Aspectos de la salud mental antes y durante la pandemia. EESE 2020**



Fuente: EESE 2020.

Si analizamos el estado de salud mental por sexo (Gráfico 39), tanto antes como después de la pandemia las mujeres son las que más sufren de trastornos de depresión en comparación con los hombres. En el caso de las mujeres, hay tres aspectos de la salud mental que ha afectado más en pandemia que antes de la misma: el estar decaído o deprimido (26,9% frente a 22,5%), problemas para dormir (26% frente a 23,2%) y el poco interés o alegría para hacer las cosas (25,4% frente a 20,4%). En el caso de los hombres estos trastornos son los que también más les afectaron en pandemia, aunque las diferencias entre ambos periodos son menores que las de las mujeres.

**Gráfico 39: Aspectos de la salud mental antes y durante la pandemia por sexo. EESE 2020**



Fuente: EESE 2020.

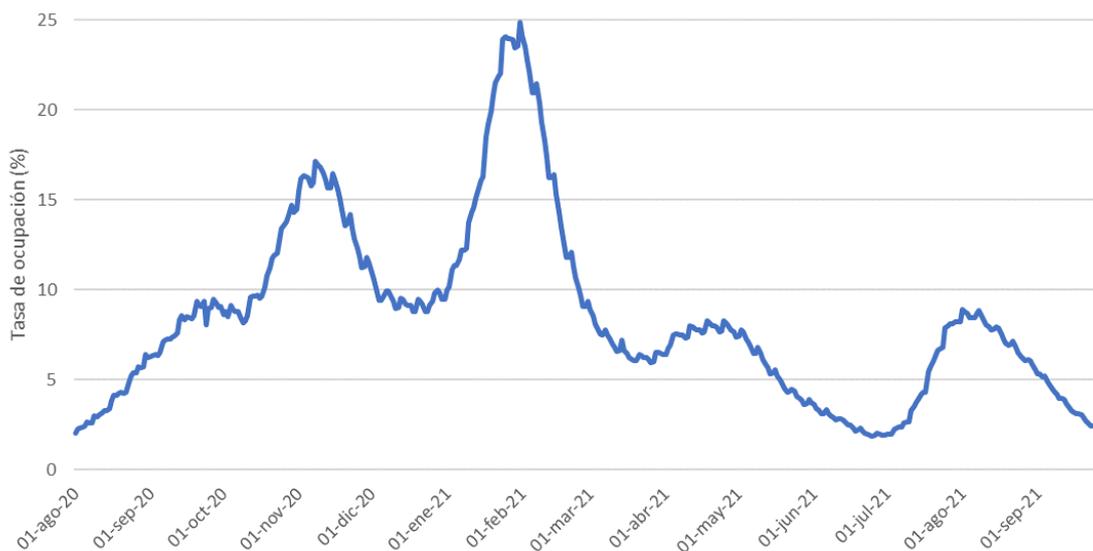
## 5.2. Estrés del sistema

### Capacidad asistencial

Una de las mayores preocupaciones durante la pandemia por el COVID-19 fue el nivel de saturación en los hospitales dado el elevado número de hospitalizaciones que produjo la enfermedad. El Ministerio de Sanidad ofrece información a través de un portal de datos abiertos sobre una serie de indicadores sobre la capacidad asistencial.

En el Gráfico 40 se puede visualizar el **porcentaje de camas ocupadas por pacientes COVID-19 sobre el total de camas disponibles** diario, desde agosto 2020 hasta la actualidad para el total país. No se disponen de datos sobre la primera oleada, donde seguramente el escenario hubiese sido otro, pero se observa que en las siguientes oleadas la ocupación de camas para pacientes COVID-19 no llegó a niveles de saturación, siendo el mayor pico registrado en plena tercera ola, del 25% a comienzos de febrero de este año. En la actualidad, en el mes de septiembre, la tasa de ocupación de camas COVID-19 sobre el total de camas es cercana al 2,5%.

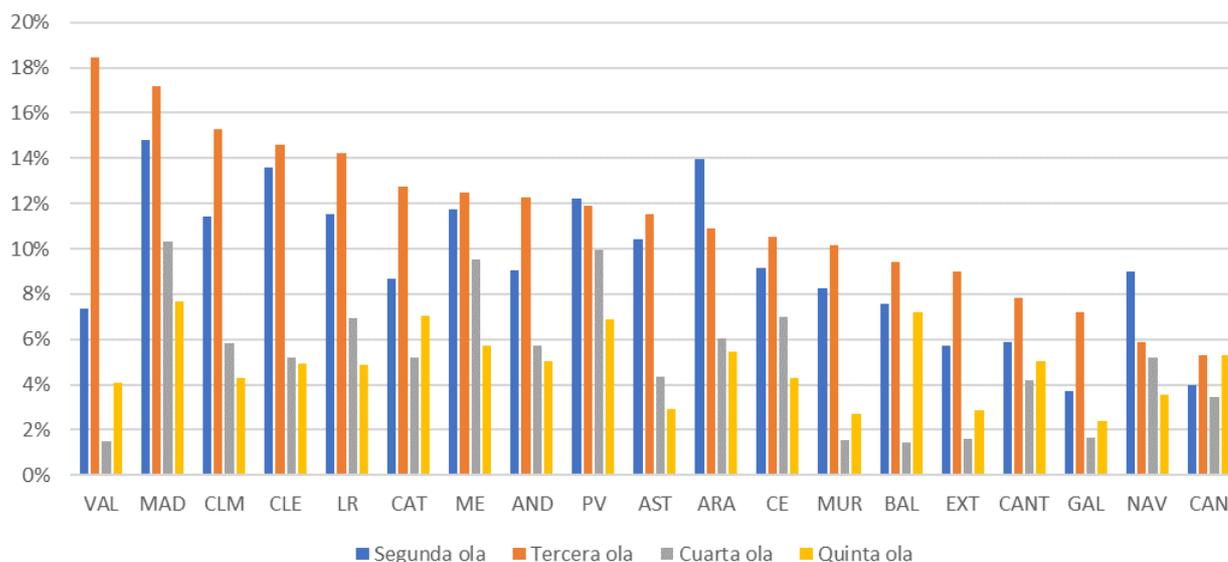
**Gráfico 40: Tasa de ocupación de camas por COVID-19 sobre el total de camas. España. 1 agosto 2020-27 septiembre 2021.**



Fuente: en base a datos abiertos de capacidad asistencial, Ministerio de Sanidad, disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/capacidadAsistencial.htm>

Si observamos los datos de la tasa de ocupación por comunidades autónomas agrupados en cada una de las olas (ordenadas de mayor a menor respecto de la tercera ola) (Gráfico 41), hay una disparidad regional notable, desde el 18% de ocupación de camas COVID-19 en la Comunidad Valenciana a cerca del 6% en Canarias en la tercera ola. En la actualidad, transitando la quinta ola, las diferencias entre comunidades autónomas es menos marcada, oscilando entre un 2,5% (Galicia) y 8% (Madrid).

**Gráfico 41: Tasa de ocupación de camas por COVID-19 sobre el total de camas por CCAA. Segunda a quinta ola.**



Fuente: en base a datos abiertos de capacidad asistencial, Ministerio de Sanidad, disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/capacidadAsistencial.htm>

Nota: segunda ola: 1ago-15dic2020, tercera ola:16dic20-31mar21, cuarta ola:1abr-30jun21, quinta ola: 1jul-27sep21.

Otro indicador que mide el nivel de utilización de servicios asistenciales por COVID-19 es la **ocupación de camas de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) por COVID-19**. Dentro de los datos abiertos que ofrece el Ministerio de Sanidad no se puede distinguir si la ocupación de camas es a nivel de las UCIs, pero si disponemos de informes desde febrero a septiembre 2021 con el seguimiento de este indicador a lo largo de los meses en cada comunidad autónoma.

Como puede verse en la Tabla 9, el número de camas UCI ocupadas por pacientes COVID a fecha 22 de septiembre registra un descenso importante desde la primera información brindada en febrero. Se encuentra actualmente en el 8,8% del total de camas UCI, situándose en una situación de riesgo bajo. En plena tercera ola (situación a 15 de febrero), este indicador se encontraba en una situación más crítica (35,6%), sobre todo en ciertas comunidades y ciudades autónomas que sobrepasaban muy ampliamente los valores a nivel nacional como La Rioja (55,2%), Madrid (48,5%), Melilla (47,1%), Comunidad Valenciana (46%), Castilla y León (44,5%), Cataluña (43,6%), Castilla La Mancha (43,4%) y Ceuta (41,2%).

**Tabla 9: Porcentaje de ocupación camas de UCI por COVID-19 sobre el total de camas UCI por CCAA. Situación febrero a septiembre 2021.**

CCAA/AÑO 2021	a 15 feb	a 22 mar	a 21 abr	a 19 may	a 23 jun	a 28 jul	a 18 ago	a 22 sep
ANDALUCÍA	34.0	13.9	16.7	13.7	7.5	11.5	12.6	6.9
ARAGÓN	37.7	20.8	25.4	27.4	9.8	16.5	24.3	12.5
ASTURIAS	39.3	24.8	20.9	10.2	5.6	10.4	8.4	3.7
BALEARES	30.8	8.6	8.3	5.4	2.2	20.6	25.6	14.0
CANARIAS	18.2	16.8	18.0	10.3	4.6	16.0	20.9	10.9
CANTABRIA	17.6	10.5	15.3	16.1	0.9	16.1	14.4	5.2
CASTILLA Y LEÓN	44.5	21.4	27.0	23.6	12.6	16.0	19.5	10.3
CASTILLA-LA MANCHA	43.4	12.5	22.6	23.4	7.6	6.6	14.7	11.5
CATALUÑA	43.6	30.6	36.4	26.1	11.9	45.4	42.5	16.3
COMUNIDAD VALENCIANA	46.0	19.6	7.2	3.7	1.5	12.9	12.1	7.7
EXTREMADURA	21.5	4.8	4.7	5.7	1.6	4.3	9.2	4.8
GALICIA	29.6	6.8	5.4	4.3	1.9	4.4	8.7	2.7
MADRID	48.5	35.5	44.8	36.6	16.4	19.0	32.1	19.3
MURCIA	24.7	9.7	3.1	6.1	2.1	5.4	8.6	3.2
NAVARRA	17.9	15.0	25.5	14.3	6.5	14.5	22.1	9.8
PAÍS VASCO	35.2	19.6	33.3	28.8	11.1	16.1	20.2	14.3
LA RIOJA	55.2	30.2	39.6	28.3	9.4	15.1	17.0	8.5
CEUTA	41.2	52.9	47.1	17.6	5.9	5.9	23.5	5.9
MELILLA	47.1	29.4	29.4	5.9	5.9	17.6	11.8	0.0
<b>PROMEDIO NACIONAL</b>	<b>35.6</b>	<b>20.2</b>	<b>22.7</b>	<b>16.2</b>	<b>6.6</b>	<b>14.4</b>	<b>18.3</b>	<b>8.8</b>

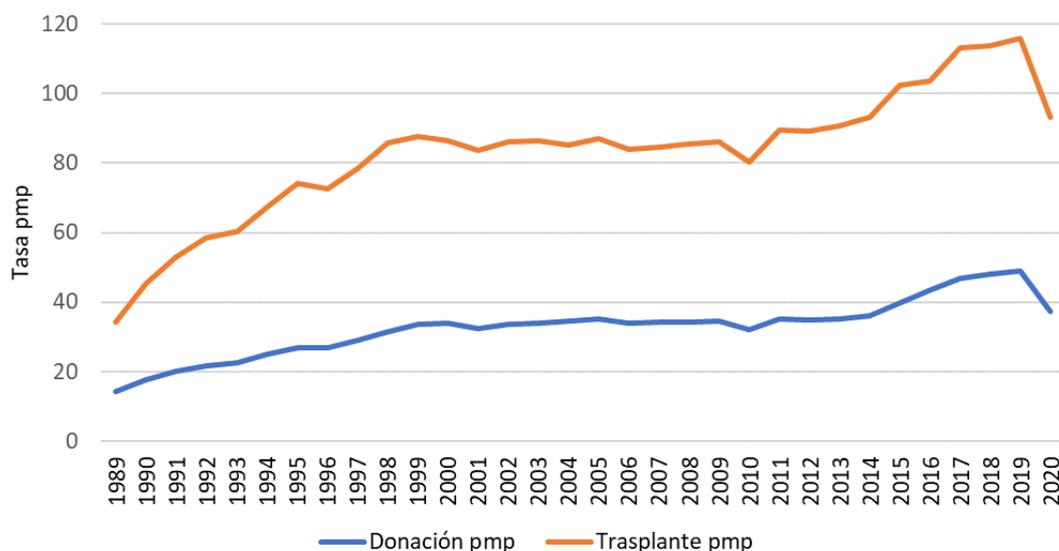
Fuente: en base a los Informes de indicadores principales de seguimiento de COVID-19 (febrero a septiembre), Ministerio de Sanidad.

### Actividad de donación y trasplante

Según el informe de la ONT (2020), a pesar de la crisis sanitaria, España se mantiene líder en donación en comparación con el resto de países. En 2019, Alemania registró 11,3 donantes por millón de personas (pmp), Australia 21,8, Canadá 22,2, Francia 29,4, Italia 25,3, Estados Unidos 36,1, Reino Unido 24,7 y la Unión Europea en su conjunto 22,5 donantes pmp.

En cuanto a su evolución en España, la actividad de donación y trasplante experimentó una tendencia creciente desde el año 1989 alcanzando su pico máximo en el año 2019 (Gráfico 42), con una **tasa** que se situaba en **49 donantes pmp (2.302 donantes)**. En el año 2020 y como consecuencia de la pandemia, 1.777 personas donaron sus órganos tras fallecer, lo que significa una tasa de 37,4 donantes pmp, un 23% menos respecto de 2019. Por consiguiente, también se ha visto reducida la tasa de trasplantes pmp en un 19%, pasando de una tasa de 115,9 en 2019 a 93,3 pmp en el año 2020. Seguramente la sobrecarga del sistema sanitario y de las UCIs en los meses más álgidos de la pandemia donde sanitarios concentraron sus esfuerzos en los pacientes más graves por COVID, provocaron un descenso de la actividad de donación y trasplante.

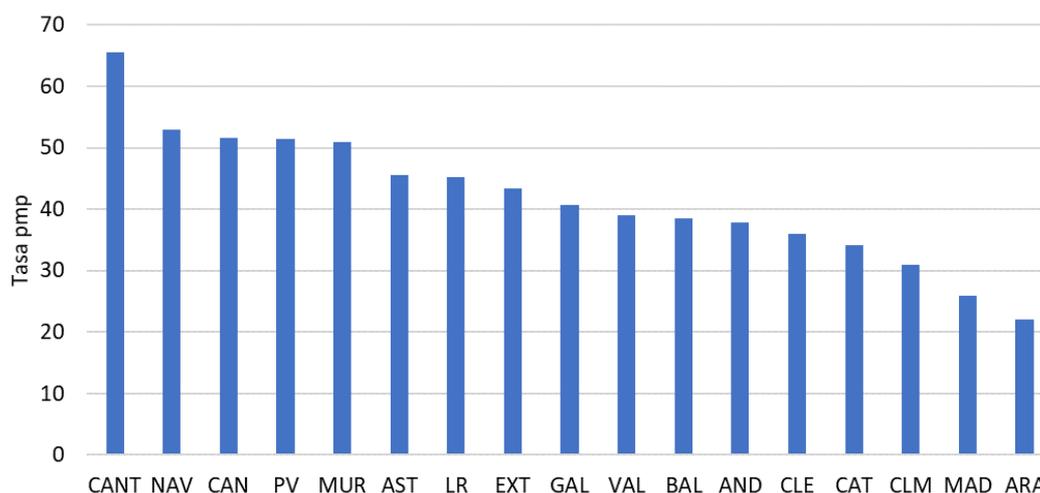
**Gráfico 42: Tasa de donación y trasplante por millón de personas (tasa pmp). 1989-2020. España.**



Fuente: ONT (2020).

Por último, en el Gráfico 43 se puede apreciar la tasa de donación pmp a nivel regional. Hay 9 comunidades con una tasa de donación por encima de 40 pmp, superando al nivel nacional y siendo Cantabria con 65,5 la que mayor tasa presenta. El resto de las comunidades se encuentra por debajo de este nivel, siendo Aragón la que menor tasa reporta, con 22 donaciones por millón de personas.

**Gráfico 43: Tasa de donación por millón de personas (tasa pmp) por CCAA. 2020**



Fuente: ONT (2020)

### Actividad quirúrgica

Como consecuencia de la concentración de recursos, especialmente camas, a la atención de la pandemia, la actividad quirúrgica se ha visto ostensiblemente reducida. A falta de estadísticas oficiales sobre el tema, podemos mencionar que según una nota de prensa del Ministerio de

Sanidad de noviembre 2020<sup>4</sup>, en el primer semestre de 2020 se han realizado un total de 716.163 intervenciones quirúrgicas provenientes de listas de espera del Sistema Nacional de Salud (SNS), un 36% menos con respecto al mismo periodo del año 2019. Es decir, más de un tercio de las operaciones electivas se cancelan o posponen a causa de la pandemia.

## 6. La cobertura de vacunación

La campaña de vacunación comenzó en España el 27 de diciembre de 2021 con los grupos más prioritarios, los mayores de 80 años, alcanzando sobre todo al colectivo más vulnerable en los centros de atención residencial, gravemente afectado por la primera ola de la pandemia. A partir de junio 2021, el acceso a las vacunas se fue extendiendo hacia el grupo de 40 años o más, llegando en la actualidad a prácticamente todos los grupos etarios en los que la vacuna está permitida. Este acceso a la vacunación ha contribuido sin dudas a la ralentización del ritmo de transmisión de la enfermedad.

Según los últimos datos disponibles del Ministerio de Sanidad al 4 de octubre (2021), el 77,5% de la población residente en España ha recibido una pauta completa de vacunación y si consideramos el total de la población susceptible de ser vacunada, este porcentaje asciende al 87,3%. Los gráficos a continuación muestran el estado del proceso de vacunación en España en cada comunidad autónoma. Se muestra el porcentaje de población completamente vacunada y con al menos una dosis de la vacuna, el porcentaje de dosis administradas sobre las recibidas en cada comunidad autónoma y también la vacunación por grupos de edad.

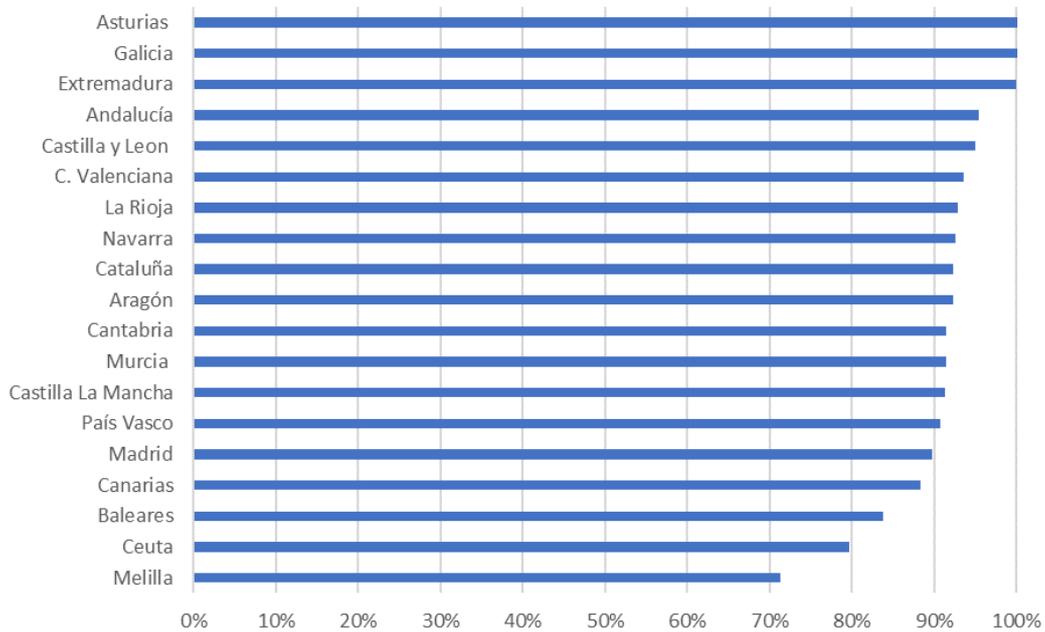
En el Gráfico 44 se puede ver como Asturias, Galicia y Extremadura ya suministraron a la población la totalidad de las dosis disponibles. Pero en general se puede percibir que la mayoría de las comunidades lo hacen en más de 90% a excepción de Canarias, Baleares, Ceuta y Melilla donde el porcentaje de dosis administradas sobre dosis entregadas oscila entre un 88% y 71%. Asimismo, en el Gráfico 45 se puede observar que, en estas mismas comunidades, cerca de un 92% de la población susceptible de ser vacunada ya tiene la pauta completa. A excepción de Melilla en la actualidad más del 80% de la población que debería vacunarse posee las dos dosis de la vacuna.

Por último, la Tabla 10 proporciona información del porcentaje de personas vacunadas en cada grupo de edad. Las personas de 60 años o más son las que se encuentran cubiertas casi en su totalidad, presentando una tasa media de vacunación del 98% (con el grupo de 80 o más cubiertos al 100%). Sin embargo, entre los menores de 40 años, el promedio de vacunación es menor del 75%, destacándose algunas comunidades como Extremadura en el grupo de 30 a 39 años donde la vacunación en este grupo es del orden del 82%. También en el grupo de 20 a 29 años se puede mencionar el caso de Extremadura y Asturias con una cobertura del 80-82% como así también en el grupo más joven de 12 a 19 años, donde la cobertura de vacunación en estas comunidades alcanza el 90%.

---

<sup>4</sup> <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5139>

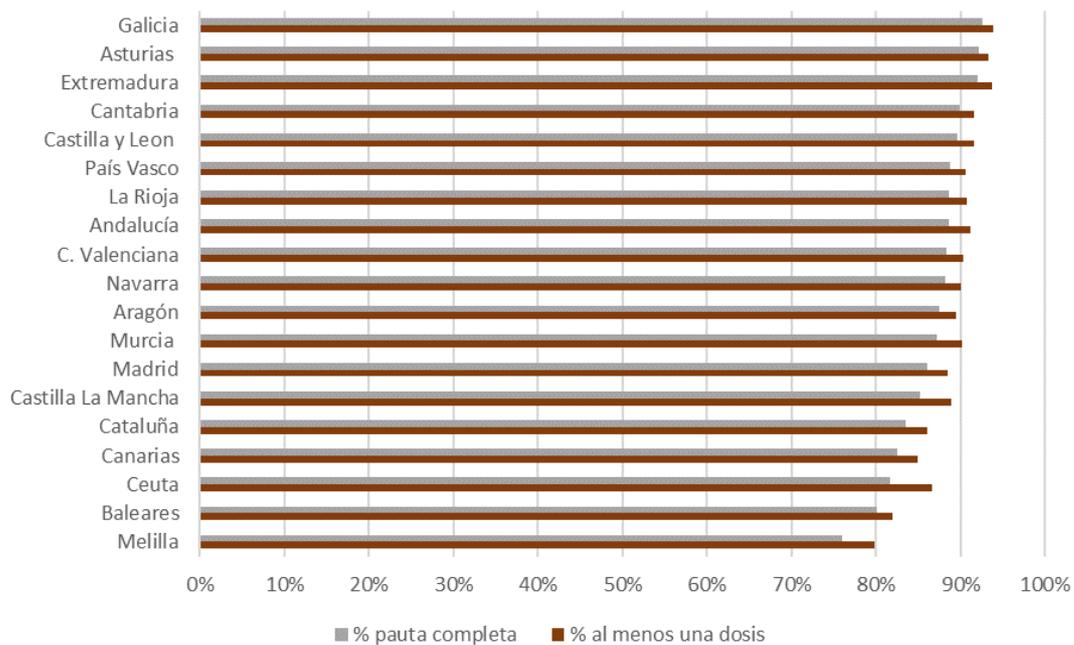
**Gráfico 44: Porcentaje de dosis administradas sobre dosis entregadas por CCAA. Situación a 4 de octubre 2021.**



Fuente: Ministerio de Sanidad (2021).

Nota: en algunas comunidades se observa más del 100% de vacunas administradas dado que actualmente las vacunas de Pfizer/BioNtech se pueden extraer 6 dosis en vez de 5.

**Gráfico 45: Porcentaje de personas con al menos una dosis y con pauta completa por CCAA. Situación a 4 de octubre 2021.**



Fuente: Ministerio de Sanidad (2021).

**Tabla 10: Porcentaje de personas con pauta completa en cada grupo etario por CCAA. Situación a 4 de octubre 2021.**

CCAA/GRUPO DE EDAD	80 o más	70-79	60-69	50-59	40-49	30-39	20-29	12-19
ANDALUCÍA	100.0%	99.7%	99.9%	94.5%	88.1%	77.5%	75.9%	80.8%
ARAGÓN	100.0%	99.5%	97.3%	92.4%	85.5%	72.9%	74.7%	79.4%
ASTURIAS	100.0%	100.0%	98.3%	93.5%	89.3%	77.3%	80.6%	90.8%
BALEARES	100.0%	97.7%	92.9%	89.1%	79.0%	65.3%	65.3%	73.6%
CANARIAS	100.0%	97.1%	93.5%	90.4%	80.3%	70.2%	68.8%	75.3%
CANTABRIA	100.0%	100.0%	98.4%	92.8%	88.5%	74.8%	76.6%	81.4%
CASTILLA Y LEÓN	100.0%	100.0%	99.5%	91.3%	86.5%	76.0%	76.8%	77.7%
CASTILLA-LA MANCHA	100.0%	98.7%	98.5%	89.9%	82.9%	72.1%	71.9%	77.3%
CATALUÑA	100.0%	96.6%	93.7%	92.4%	83.4%	69.4%	68.7%	72.4%
COMUNIDAD VALENCIANA	100.0%	98.5%	96.9%	94.1%	87.0%	75.4%	77.6%	80.7%
EXTREMADURA	100.0%	100.0%	104.8%	94.6%	90.3%	82.0%	77.7%	83.9%
GALICIA	100.0%	100.0%	99.1%	95.5%	90.9%	79.3%	82.2%	89.2%
LA RIOJA	100.0%	100.0%	99.1%	93.7%	87.8%	75.4%	72.7%	77.3%
MADRID	100.0%	96.6%	95.8%	95.4%	85.8%	73.8%	73.7%	74.8%
MURCIA	100.0%	98.2%	98.6%	95.6%	88.3%	75.1%	74.8%	77.6%
NAVARRA	100.0%	99.8%	96.7%	93.5%	86.5%	75.4%	77.8%	79.8%
PAÍS VASCO	102.4%	99.5%	97.3%	94.0%	86.7%	74.2%	75.3%	80.7%
CEUTA	91.1%	89.2%	94.9%	89.2%	84.6%	71.7%	73.0%	74.0%
MELILLA	83.5%	86.3%	89.0%	83.5%	81.2%	66.6%	63.8%	70.8%
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>100.0%</b>	<b>98.8%</b>	<b>97.3%</b>	<b>93.6%</b>	<b>86.3%</b>	<b>74.6%</b>	<b>74.5%</b>	<b>78.2%</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad (2021).

## 7. CONCLUSIONES

La crisis sanitaria que se produjo a causa de la aparición del COVID-19 ha generado un punto de inflexión importante en el sistema sanitario español. Muchos indicadores de salud y bienestar han experimentado cambios producto de la pandemia. Tal es el caso de la esperanza de vida al nacer que después de una larga trayectoria ascendente, cae 1,5 años en 2020 respecto del 2019. Por otra parte, indicadores de riesgo para la salud como los accidentes de tráfico y la frecuencia de accidentes de trabajo han registrado importantes mejorías dadas las restricciones impuestas por el estado de alarma al inicio de la pandemia que limitaba la movilidad y la interacción social.

En cuanto a la valoración del sistema sanitario, según las encuestas de opinión, la percepción de la población de reformar la sanidad española en los meses iniciales de la pandemia era alto, ya que lo consideraba el 90% de la población entrevistada. La sobrecarga que se generó en estos comienzos también repercutió en las listas de espera donde el tiempo medio de espera aumentó un 22% en 2020 respecto de 2019 y en la actividad asistencial, donde por ejemplo la actividad quirúrgica se redujo un 36 %. Por otra parte, la sobrecarga también puede verse como una consecuencia positiva ya que dio un impulso a la telemedicina para aliviar la consulta presencial en los centros de atención primaria, reduciendo los riesgos de transmisión comunitaria y compensando parcialmente la reducción de la actividad asistencial.

En materia de empleo, el sector sanitario aumentó considerablemente su participación en el total de ocupados, producto de la caída del empleo de otros sectores y de la nueva contratación que se hizo como respuesta a la pandemia, alcanzando un nivel máximo del 6,5%. Por otra parte, con la pandemia se observa un gran aumento de la temporalidad, alcanzando el 45%, que es un valor superior incluso a los de la etapa pre-recortes, anterior al año 2012.

Por último, la serie de restricciones impuestas y el confinamiento han dejado una secuela muy marcada tanto en la capacidad asistencial (tal y como revelan las notables caídas del número

de consultas y también de la actividad quirúrgica) del sistema sanitario con la saturación de las UCIs en plena primera ola como en el estado de salud emocional y mental de la población más vulnerable tal como se recoge en la Encuesta Europea de Salud 2020. Ciertos aspectos como problemas para dormir, sentirse decaído o deprimido y la sensación de poco interés o alegría para hacer cosas aumentan en pandemia.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de robustecer el sistema sanitario para que pueda dar respuesta a las posibles amenazas sanitarias que se planteen en el futuro. Y ello tanto en términos de una fuerza laboral especializada en este tipo de sucesos, como en términos de instalaciones y dotaciones materiales, que tanto se echaron en falta en los primeros meses de la pandemia.

## REFERENCIAS

Angelici, M., Berta, P., Costa-Font, J., & Turati, G. (2021). Divided We Survive? Multi-Level Governance and Policy Uncertainty during the First Wave of Covid-19. CESIFO Working Paper, 8999.

Centro de Investigaciones Sociológicas-CIS (2020), "Encuesta Barómetros periodos mayo, julio y septiembre-diciembre", disponible en: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11\\_barometros/index.jsp](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/index.jsp)

Centro de Investigaciones Sociológicas-CIS (2021), "Encuesta Barómetro periodos abril, mayo, junio y julio", disponibles en: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11\\_barometros/index.jsp](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/index.jsp)

Centro de Investigaciones Sociológicas-CIS (2021), "Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19".

Confederación Salud Mental España (2021), "Salud mental y COVID-19, un año de pandemia", marzo.

Dirección General de Tráfico-DGT (2020), "Siniestralidad a 24h en vías interurbanas durante el ESTADO DE ALARMA por el COVID 19 Datos provisionales", Observatorio Nacional de Seguridad vial, 7 de mayo de 2020.

Dirección General de Tráfico-DGT (2021), "Siniestralidad mortal a 24h en 2020 vías interurbanas Datos provisionales", Observatorio Nacional de Seguridad vial, 7 de enero de 2021.

Ipsos (2020), "Ipsos Monitor Global de Salud 2020, Una encuesta Global Advisor", diciembre 2020, disponible en: [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-12/ipsos-global-health-service-monitor-2020\\_espanol.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-12/ipsos-global-health-service-monitor-2020_espanol.pdf)

Ipsos (2021), "One year of COVID-19, Ipsos survey for the World Economic Forum", 19 de febrero-5 marzo 2021, disponible en: <https://www.ipsos.com/en/expectations-about-when-life-will-return-pre-covid-normal-vary-widely-across-world>

Ministerio de Hacienda (2020), "Plan presupuestario 2021 Reino de España", 15 de octubre 2020, disponible en: [https://www.hacienda.gob.es/CDI/EstrategiaPoliticaFiscal/2021/Plan\\_Presupuestario\\_2021\\_E\\_S.pdf](https://www.hacienda.gob.es/CDI/EstrategiaPoliticaFiscal/2021/Plan_Presupuestario_2021_E_S.pdf)

Ministerio de Sanidad & INE (2021), "Estudio comparativo de dos periodos de la EESE 2020: antes de la declaración del primer estado de alarma y posterior a este", Encuesta Europea de Salud en España 2020, disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/Pandemia\\_EESE\\_2020.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/Pandemia_EESE_2020.pdf)

Ministerio de Sanidad (2021), "GIV COVID-19 Gestión integral de la vacunación COVID-19, informe de actividad", disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe\\_GIV\\_comunicacion\\_20211005.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20211005.pdf)

Organización Panamericana de la Salud-OPS (2021), "Teleconsulta durante una pandemia", disponible en: <https://www3.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>

Organización Nacional de Trasplantes-ONT (2020), “Actividad de donación y trasplante”, Dossier de prensa, Ministerio de Sanidad, disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2021/180121-DossierONT.PDF>

Parlamento Británico (2021), “Coronavirus: lessons learned to date”, Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology Committee of Session 2021–22.

Ruiz-Romero, V., Martínez-Pillado, M., Torres-Domínguez, Y., Acón-Royo, D., De Toro-Salas, A., Cruz-Villalón, F. y Rivera-Sequeiros, A. (2021), “Evaluación de la satisfacción del paciente en la teleconsulta durante la pandemia por COVID-19”, disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C\\_202104054.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202104054.pdf), Rev Esp Salud Pública. 2021; Vol. 95: 16 de abril e1-11.

World Health Organization (2021), “World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals”, Geneva, disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>