

PANORAMA DE LA SALUD

PRESENTACIÓN

Eustat presenta la primera edición del Panorama de la Salud en la C.A. de Euskadi 2008. El Panorama de la Salud es un informe de tipo social resultado de una operación estadística de síntesis, introducida en el Plan Vasco de Estadística 2005-2008 y realizada en colaboración con el órgano estadístico del Departamento de Sanidad y Consumo.

El Panorama de la Salud es fruto del interés de Eustat en realizar análisis integradores¹ que recojan y sintetizen información relevante de un sector desde distintos puntos de vista, así como el poder contar con indicadores de comparación que nos permitan conocer nuestra posición respecto a otros países de nuestro entorno.

Son muchas las estadísticas que se realizan en el ámbito de la salud y otras que, perteneciendo a otros ámbitos (demografía, economía, medio ambiente...etc.), guardan estrecha relación con ella. El Panorama de la Salud surge con el fin de dar una visión de conjunto de la salud, aglutinando información estadística de distintas fuentes, y reuniéndola en una sola publicación con los datos que hemos considerado más relevantes. Además, con la intención de contar con unas medidas estandarizadas que permitan hacer comparaciones con otros entornos cercanos al nuestro dentro de la Unión Europea en un momento dado y a través del tiempo, la publicación recoge un panel de indicadores en un capítulo dedicado a comparación internacional.

La salud de la población y la eficacia de sus sistemas sanitarios tienen primordial importancia entre los aspectos que evidencian el nivel de progreso de las sociedades más avanzadas. Al sistema sanitario se le exige cada vez más, la población cada vez tiene mayor nivel educativo, mayores expectativas de salud; se habla, además, de salud y no sólo de enfermedad² y en la consecución de la misma intervienen también otros estamentos sociales ajenos al estrictamente sanitario lo que obliga al sistema sanitario a estar en estrecha relación con otros sectores como servicios sociales, trabajo, educación, vivienda, etc.

¹ Publicaciones de síntesis editadas por Eustat: "Panorámica de la C.A. de Euskadi 1994", "Euskadi en cifras 2006", "Panorama Social de la C.A. de Euskadi 2000", "Informe Socioeconómico de la C.A. de Euskadi 2006", "Panorama de la Sociedad de Información de Euskadi 2008-2009". "Panorámica de la Industria Vasca 2007".

² Definición de Salud (OMS 1964) "Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad":

Las definiciones que se han dado de la salud son muchas y variadas, y un elemento común a casi todas ellas es la presencia de un conjunto de factores que influyen en el estado de salud llamados "determinantes de salud". Según Marc Lalonde³ (1974) el nivel de salud de una comunidad viene determinado por cuatro tipos de factores o determinantes: factores biológicos, factores relacionados con el medio ambiente, hábitos de vida y el sistema de asistencia sanitaria. Tomando como referencia este modelo, la publicación destina un capítulo a estos factores determinantes no médicos de la salud: medio ambiente y hábitos de vida, así como otro referido a nuestro sistema de salud, en relación a la organización de los servicios de salud, prácticas preventivas, recursos estructurales y humanos, utilización de los mismo, etc.

Tampoco podía faltar un capítulo referido a conocer el estado de salud en la C.A. de Euskadi donde se trata, entre otros temas, la esperanza de vida, mortalidad, y los problemas de salud, tanto los percibidos por la población como los diagnosticados y registrados en los servicios asistenciales de salud.

Compilando lo dicho hasta ahora, la publicación se estructura en cinco capítulos:

- Capítulo 1 Contexto socioeconómico
- Capítulo 2 Determinantes no médicos de la salud
- Capítulo 3 Estado de salud
- Capítulo 4 Sistema de salud
- Capítulo 5 Comparación internacional

El Panorama de la Salud pretende poner a disposición de los usuarios, tanto profesionales del sector de la salud como ciudadanos en general, información producida tanto de operaciones estadísticas realizadas en el ámbito de "Sanidad y Salud"⁴, según el Plan Vasco de Estadística 2005-2008, como las elaboradas en otras áreas temáticas⁵, tales como Demografía, Medio Ambiente y Cuentas Económicas, que aportan, añaden y completan información sobre distintos aspectos relacionados con el fenómeno complejo de la salud.

En la salud, como en cualquier otro ámbito que se analice, la comparación internacional aporta una visión con claroscuros. Es muy útil, ya que permite ubicar un determinado resultado, aportando un marco comparativo de la variable a analizar. Pero por otra parte, esta comparación se establece sobre una información que, a menudo, debe sus diferencias a los procesos de clasificación y recogida, entre otros, por lo que se debe guardar cautela a la hora de hacer comparaciones con otros entornos.

Asimismo, señalar que se han utilizado los datos más recientes que las fuentes estadísticas disponían en el momento de la elaboración de la publicación; aún así, algunas de las operaciones con periodicidad anual durante el transcurso de la edición del Panorama de la salud pueden contar con datos más actualizados que los que figuran en el presente documento y todos ellos pueden ser consultados en www.eustat.es.

³ En 1974 Marc Lalonde, entonces Ministro de Salud Pública de Canadá señaló en el documento "Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses" que el nivel de salud de una comunidad está influida por 4 grandes grupos de determinantes: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y conductas de salud y sistema de asistencia sanitaria.

⁴ De las operaciones incluidas en "Sanidad y Salud" podemos señalar "Encuesta de la Salud", "Estadística hospitalaria", "Estadística extrahospitalaria pública", "Estadística de entidades de seguro libre de asistencia médico-farmacéutica", y "Estadística de morbilidad hospitalaria".

⁵ Entre las operaciones estadísticas incluidas en otros ámbitos distintos al de Salud y que aparecen también a lo largo de la publicación podemos, entre otras, señalar: "Indicadores demográficos", "Proyecciones demográficas", "Estadística de defunciones", "Desigualdades sociales en la mortalidad", "Indicadores ambientales", "Encuesta de condiciones de vida", "Encuesta de presupuestos de tiempo" y "Cuenta de la sanidad",

Población y situación económica

Es fundamental para nuestro sistema sanitario conocer la magnitud y composición de la población y su proyección futura, para poder actuar con garantía y eficacia en la defensa de la protección y promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

Aumenta la población

El aporte de la población inmigrante ha compensado el saldo vegetativo negativo de años precedentes.

- ⇒ La población creció casi en 50.000 habitantes (periodo intercensal 2001-2006) alcanzando los 2.129.339 habitantes.
- ⇒ La principal causa del aumento de la población es la llegada de extranjeros (a partir del año 2000), representando el 4,5% población.
- ⇒ Las proyecciones indican que la población continuará aumentando, aunque a ritmos moderados.
- ⇒ La C.A. de Euskadi cuenta con un sector de población de 65 y más años muy importante, representa el 18,6%, lo que la sitúa entre los países de la UE-27 con población más envejecida de Europa.

Fuentes Eustat:

- Censos 1981, 1991, 2001 y Estadística de Población y Vivienda 2006.
- Estadística de Nacimientos, Defunciones y Movimientos Migratorios.

Crecimiento económico y aumento del empleo

- ⇒ Crecimientos notables del PIB hasta el año 2008 (inicio de la crisis).
- ⇒ Aumenta el empleo y la tasa de ocupación en 2006 de la población de 16 a 64 años en la C.A de Euskadi se sitúa en el 66,5% (2,2 puntos por encima de la UE-27).
- ⇒ Crecimiento importante de la presencia de la mujer en el mercado productivo.
- ⇒ Predominio del sector servicios, lo que implicará un cambio en las enfermedades profesionales.

Fuentes: Eustat. Cuentas Económicas

- Eustat. Encuesta de Población en Relación con la Actividad (PRA).

Medio ambiente y Hábitos de vida

Existe una estrecha relación entre medio ambiente y hábitos de vida y la capacidad de enfermar o de morir de la población. No hay una diferenciación clara entre ambos determinantes: el medio ambiente condiciona los hábitos de vida de las personas y los hábitos de vida repercuten sobre el medio ambiente.

Mejora del medio ambiente: algunos compromisos del Programa Marco Ambiental 2007-2010 ya están cumplidos.

- ⇒ Mejora el índice de calidad de aire en 2008, situándose en un 96,77%, superando las expectativas fijadas para 2010 (>95%).
- ⇒ Las emisiones de GEIs en su conjunto se han reducido en un 3,3% respecto a 2007, debido principalmente a la disminución de las emisiones de GEIs en el sector energético y transporte.
- ⇒ Mejora progresiva en los sistemas de abastecimiento de agua: la inmensa mayoría de la población (95,8%) recibe agua con calificación satisfactoria (95% fijado para 2010).
- ⇒ Aumenta el número de parcelas recuperadas (suelos industriales y vertederos) para nuevos usos.

Fuentes: Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial, Agricultura y Pesca. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Unidades de Sanidad Ambiental.

Hábitos de vida: se realiza más actividad física, desciende el consumo del tabaco, se reduce la población bebedora de riesgo y se duerme el número de horas recomendadas; sin embargo, aumenta la prevalencia de la obesidad y prevalecen algunos hábitos alimentarios poco saludables.

- ⇒ Se realiza más actividad física durante el tiempo libre y aumenta el tiempo que la población dedica a las prácticas deportivas.
- ⇒ A partir de los 45 años, el 72% de los hombres y más de la mitad de las mujeres tuvieron exceso de peso.
- ⇒ Tanto el exceso de peso como el peso insuficiente producen efectos perjudiciales en el estado de salud. La prevalencia de la obesidad ha ido en aumento: el 13% de los hombres y el 12% de las mujeres son obesos.
- ⇒ El 29% de los hombres y el 21% de las mujeres fuman habitualmente. El grupo de edad con mayor porcentaje de fumadores es el de 25 a 44 años. El tabaquismo entre los hombres ha vuelto a disminuir en 2007, tendencia que se está manteniendo en los últimos años.
- ⇒ En 2007, el 12% de los hombres y el 5% de las mujeres se clasificaron como bebedores de riesgo. La proporción mayor se sitúa entre los 45 y 64 años. Tendencia: descenso paulatino de este colectivo.
- ⇒ Bajo consumo diario de alimentos saludables como las verduras. El consumo diario de verdura se reduce a un 30% de la población, equiparable al porcentaje del que toma dulces a diario.
- ⇒ El tiempo medio social dedicado al sueño es de 8 horas y 47 minutos (supera las 7-8 horas diarias recomendadas).

Fuentes: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud Eustat. Encuesta de Presupuesto de Tiempo.

CAPÍTULO 3: ESTADO DE SALUD

Esperanza de vida

La Esperanza de vida en la C.A. de Euskadi se sitúa entre las mayores del mundo

- ⇒ La esperanza de vida en los hombres es de 77,2 años y en las mujeres 84,3 años.
- ⇒ Las proyecciones evidencian un aumento de la esperanza de vida, llegando en las mujeres a los 87,3 años y en los hombres hasta los 81,2 en 2020, lo que reduce la diferencia de género.
- ⇒ Los problemas crónicos y degenerativos condicionan los años de vida saludable. Se aprecia una mejora en el número de años de vida saludable: aumenta la esperanza de vida libre de incapacidad (71,7 años en hombres y 77,4 mujeres), y desciende la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas (54,5 años en hombres y 58,3 en mujeres).
- ⇒ La principal amenaza a los años de esperanza de vida son los tumores.

Fuentes: Eustat: Proyecciones Demográficas 2020. Indicadores Demográficos.
Departamento de Sanidad y Consumo

Mortalidad

En los últimos años se reduce la incidencia de las enfermedades del sistema circulatorio como principal causa de muerte pasando a serlo los tumores

- ⇒ A partir del año 2007 los tumores se convierten en la principal causa de fallecimiento, reemplazando a las enfermedades circulatorias. El 29,2% de las defunciones en 2008 se deben a tumores, y el 29,3% a enfermedades del sistema circulatorio.
- ⇒ El crecimiento vegetativo o natural de la población desde 2004 manifiesta saldos positivos.
- ⇒ La edad media de los fallecidos sigue creciendo y en 2008 se sitúa en 77,4 años (73,7 hombres y 81,3 mujeres).
- ⇒ Los varones fallecen más por causa de tumores y las mujeres por enfermedades circulatorias.
- ⇒ Los tumores que causan más número de fallecimientos son los que afectan al aparato respiratorio y colon y en las mujeres el de mama.
- ⇒ Otras patologías que sin pertenecer al grupo de las más frecuentes (tumores, circulatorias) causaron en 2008 un importante número de fallecimientos fueron: trastornos mentales orgánicos senil y presenil (604 fallecimientos) y enfermedad de Alzheimer (420).
- ⇒ Entre las muertes por causas externas, por tercer año consecutivo (año 2008) el suicidio es la causa más frecuente superando a los accidentes de tráfico.

Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Desigualdades sociales en la mortalidad

Las personas más desfavorecidas padecen más enfermedades y mayor discapacidad

- ⇒ Las desigualdades sitúan a los grupos más desfavorecidos en una posición de mayor vulnerabilidad respecto a los efectos de la desventaja social.
- ⇒ Una de las características de las desigualdades sociales en salud es su carácter gradual: la salud empeora a medida que descendemos en la jerarquía social (no solo afecta a los grupos más desfavorecidos, sino a toda la sociedad en su conjunto).
- ⇒ El nivel de instrucción, el grupo socioeconómico, situación laboral y confort de la vivienda son variables que junto a la edad y sexo contribuyen cada una en mayor o menor medida a explicar las desigualdades sociales en la salud.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo: Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi 1996-2001.

Estado de Salud percibido y declarado

Uno de los instrumentos más empleados para medir el concepto de salud es a través de la autopercepción del estado de salud.

Los hombres tienen una percepción de su salud mejor que las mujeres.

Las enfermedades crónicas prevalecen sobre el resto de los problemas de salud.

Las enfermedades musculoesqueléticas son la principal causa de limitación crónica.

- ⇒ En 2007, el 83% de los hombres y el 77% de las mujeres declararon tener una salud excelente, muy buena o buena. Las mujeres han tenido a lo largo de los años peor salud percibida que los hombres.
- ⇒ Los grupos socioeconómicos más desfavorecidos manifiestan tener peor salud y conforme se asciende en el escalafón social la percepción de buena salud mejora.
- ⇒ La percepción de buena salud disminuye con la edad.
- ⇒ Los hombres declaran tener menos síntomas de ansiedad o depresión que las mujeres: uno de cada diez hombres frente a una de cada cinco mujeres.
- ⇒ La evolución de las condiciones globales de la salud señala la prevalencia de las enfermedades crónicas sobre el resto de los problemas de salud (discapacidades y trastornos mentales graves). Las enfermedades musculoesqueléticas son la principal causa de limitación crónica en hombres y mujeres (26,6% y 45,2%).
- ⇒ La hipertensión es el problema crónico más frecuente declarado (la mitad de la población de 65 y más años se declaró hipertensa).

Fuentes: Departamento de Sanidad y Consumo. Encuestas de Salud Eustat. Encuesta de Condiciones de Vida.

Estado de salud diagnosticado en los centros hospitalarios

Las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de ingreso hospitalario de estos últimos ocho años (2000-2007)

- ⇒ Las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de ingreso hospitalario (12%), le siguen las del aparato digestivo y las de los órganos de los sentidos, en segundo y tercer lugar.
- ⇒ Las enfermedades circulatorias son la principal causa de ingreso en los hombres y la tercera en las mujeres (después de embarazo, parto y puerperio y las del sistema nervioso y órgano de los sentidos).
- ⇒ Los cambios degenerativos propios del envejecimiento sitúan a la población de 65 y más años como el colectivo que más recursos consume de asistencia hospitalaria (más de una de cada tres personas que ingresan en el hospital tiene 65 y más años), afectados de patologías vinculadas al sistema circulatorio, razón por la cual las enfermedades circulatorias (o cardiovasculares) se sitúan como la principal causa de ingreso hospitalario.
- ⇒ Cada vez son más los casos tratados en hospital de día, 1 de cada 5 altas hospitalarias se llevan a cabo desde esta unidad, donde la catarata cobra especial protagonismo entre la población de 65 y más años.
- ⇒ Los tumores fueron la principal causa de fallecimiento en los hospitales. Las localizaciones tumorales más frecuentes fueron vejiga, mama de mujer y colon y las que más han aumentado (2000-2007) colon y próstata.

Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Prevención de la salud

Las prácticas preventivas en su función de detectar, controlar y prevenir múltiples problemas de salud están cada vez más extendidas en el conjunto de la población y prácticamente generalizadas entre la población de riesgo.

- ⇒ El 71% de los hombres y el 68% de las mujeres de 65 a 74 años se vacunan contra la gripe. A lo largo de los años ha ido aumentando esta práctica preventiva entre el colectivo de 65 y más años y la población de riesgo.
- ⇒ El control de la tensión arterial como práctica preventiva (la hipertensión es el problema crónico más frecuente) se generaliza a medida que aumenta la edad, alcanzando al 94% de la población que tiene 65 y más años.
- ⇒ La mamografía está prácticamente generalizada en el grupo de edad de 50 a 64 años (91% de las mujeres), resultado del Programa de detección precoz de cáncer de Osakidetza para mujeres de estas edades.
- ⇒ La citología vaginal es una prueba cada vez más extendida en el colectivo de mujeres, alcanzando al 65% de las mujeres entre 25 y 60 años-

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Encuestas de Salud

Recursos

Aumenta el número de centros asistenciales y el personal sanitario

- ⇒ La red asistencial extrahospitalaria pública contó en 2007 con 467 establecimientos. Entre ellos, sobresalen los centros de salud, centros de referencia de la atención primaria, que son los que reciben más número de visitas y también los que más han crecido.
- ⇒ La red hospitalaria, que atiende los procesos agudos, estuvo formada por 44 hospitales (18 públicos y 26 privados) en 2007. Los hospitales públicos, inferiores en número a los privados, son de mayor tamaño y cuentan con mayor capacidad de camas. Desciende el número de camas en el periodo 1996-2007 por la práctica cada vez más extendida de nuevos procedimientos quirúrgicos ambulatorios que no requieren hospitalización.
- ⇒ En 2007 un promedio de 26.529 personas trabajaron en la red sanitaria vasca, el 26% lo hicieron en un centro extrahospitalario público y el 74% en un centro hospitalario (público o privado). El personal ha aumentado alrededor del 11% (2000-2007) y el de enfermería es el colectivo más numeroso (el alumnado de enfermería se ha incrementado un 17% en los últimos ocho años). El 77% de los empleados en un hospital trabajan en la red pública.

Fuentes: Eustat. Estadística Extrahospitalaria pública. Estadística Hospitalaria. Estadística de Entidades de Seguro Libre. Estadística Universitaria.

CAPÍTULO 4 SISTEMA DE SALUD

Utilización de los recursos sanitarios

La cobertura universal del sistema sanitario público vasco/Osakidetza absorbe la mayor parte de la demanda de los servicios sanitarios.

La demanda de servicios sanitarios ha tenido una evolución creciente a lo largo de la última década.

- ⇒ Aumento de la utilización de los servicios médicos ambulatorios: cada persona en 2007 realizó por término medio 8,1 visitas al médico. Las consultas más visitadas corresponden a la atención primaria: medicina general/ de familia y pediatría (puerta de entrada al sistema sanitario)
- ⇒ El colectivo que opta por la atención sanitaria privada también ha aumentado (17% de la población) y demanda preferentemente asistencia sanitaria especializada.
- ⇒ La evolución de los datos de la actividad de los hospitales refleja un incremento de la demanda de servicios sanitarios en todas sus áreas asistenciales.
- ⇒ Criterios de utilización eficiente de los recursos: reduciendo el tiempo de permanencia del paciente en el hospital, aumentando el número de personas atendidas por cama, aumento de la actividad quirúrgica, consecuencia de la aplicación de procedimientos quirúrgicos que antes requerían hospitalización.
- ⇒ El sector público tiene presencia mayoritaria en el tratamiento de procesos de agudos y en procedimientos quirúrgicos con períodos cortos de hospitalización y el privado destaca preferentemente en la atención psiquiátrica de larga duración.
- ⇒ Incesante crecimiento de la actividad de urgencias, tanto de las atendidas en el hospital como fuera de él. El empleo inadecuado de los servicios de urgencias para situaciones no urgentes es una de las razones.

Gasto en salud

Crecimiento del gasto en Salud. Factores que han favorecido el crecimiento:

- Aumento de los potenciales usuarios.
- Ampliación de los servicios de salud y de la demanda de la población.
- Situación económica favorable (contratación de servicios médicos privados)

Destaca el aumento del gasto de asistencia sanitaria de media y larga estancia relacionada con situaciones de dependencia.

- ⇒ El gasto público en salud sobre el gasto total de las administraciones públicas supuso en 2005 el 15,5%.
- ⇒ Prevalece el componente público en el sistema sanitario vasco: Osakidetza y el Departamento de Sanidad y Consumo aportan el 61,8% del total del gasto corriente en Salud.
- ⇒ La mayor parte del gasto (73%) se destina a la asistencia sanitaria; destaca en particular el crecimiento del gasto de la asistencia sanitaria de media y larga estancia relacionada con situaciones de dependencia; le sigue el gasto de productos sanitarios dispensados a pacientes externos (23%).
- ⇒ La provisión de la prestación sanitaria recae principalmente en la red de proveedores de atención especializada (red hospitalaria).

⇒ **Población y su evolución**

La población total de la Unión Europea (UE-27) ha crecido en torno al 0,4% de media anual (2000-2008).

La C.A. de Euskadi, con una media anual del 0,5%, se sitúa entre los países que ha ganado población pero levemente.

España (junto a Irlanda) con una tasa de crecimiento del 1,6%, se sitúa al nivel de los países con las cifras de crecimiento anual más elevadas de la Unión Europea.

⇒ **Población mayor y población infantil**

El conocimiento de la estructura por edad de cada país permite conocer el impacto presente y futuro en la demanda potencial actual y futura de asistencia sanitaria.

Los menores de 14 años (atención pediátrica) y las personas de 65 y más años (cronificación y rehabilitación) son colectivos de atención preferente.

La población infantil

Representa el 15,7% de la UE-27 (esta proporción ha descendido gradualmente desde que en el año 2000 se registrara el 17,6%).

La C.A. de Euskadi se encuentra al nivel de los países con las proporciones de población infantil (12,5%) más bajas.

España, con una proporción del 14,6%, se sitúa más cerca de la media de la UE-27.

La población de 65 y más años

Representa el 17% en la UE-27 (esta proporción ha aumentado de forma gradual desde que en el año 2000 se cifrara en el 15,6%).

La C.A. de Euskadi, con un porcentaje del 18,5%, se sitúa al nivel de los países de la UE-27 con los porcentajes más elevados de población mayor.

España, con el 16,6%, se sitúa muy próxima al conjunto de la UE-27.

⇒ **Esperanza de vida y renta per cápita**

La renta per cápita y la esperanza de vida son indicadores empleados habitualmente para determinar el nivel de desarrollo de un país. Asimismo, la renta per cápita guarda relación con la capacidad del gasto sanitario público y/o privado.

En todos los países de la UE-27 la esperanza de vida de la mujer supera a la del hombre.

Los países con renta per cápita más baja de la UE-27 registran también valores más bajos en la esperanza de vida (países de la antigua Europa del Este).

La C.A. de Euskadi se sitúa, en términos de renta per cápita, a la altura de la posición 11 de la UE-27 y al nivel de los cinco países de la Unión Europea con la esperanza de vida de la mujer más alta (84,3 años) y con relación al hombre (77 años) por encima de la media de la UE-27, siendo similar a países de su entorno (tales como Reino Unido y Francia).

ESTADO DE SALUD

⇒ Tasa de mortalidad

La tasa de mortalidad para el conjunto de la UE-27 en 2006 es de 968 personas por cada 100 000 habitantes.

La C.A. de Euskadi y España se sitúan por debajo de estas cifras, con tasas de 872 y 824 fallecimientos respectivamente.

Las diferencias por género son importantes, de forma que la tasa de mortalidad media de la UE-27 es inferior para el colectivo de mujeres (943) frente al de hombres (993); estas diferencias son más acusadas en el caso de la C.A. de Euskadi (844 frente 959) y España (811 frente 908).

⇒ Tasa de mortalidad, según causas

Enfermedades circulatorias (401 por cada 100 000) y tumores (246) son las principales causas de muerte en los países de la UE-27.

La C.A de Euskadi difiere respecto al conjunto de la UE en cuanto a la posición que ocupan los tumores, que encabezan la principal causa de defunción (272 por cada 100 000), le sigue el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio (principal causa de defunción en la UE) con 267 fallecimientos, valor muy por debajo de la tasa de la UE-27, cifrada en 401.

Coincide la C.A, de Euskadi con la UE-27 en que la mortalidad femenina es superior a la masculina cuando la causa se asocia al sistema circulatorio, sistema nervioso y los trastornos mentales.

El fallecimiento por causa de tumores afecta más a los hombres y está relacionado con ciertos hábitos insanos como el consumo del alcohol y del tabaco.

Asimismo, en los últimos años se reduce la incidencia de las enfermedades circulatorias como causa de muerte, tanto en la UE-27, la C.A. de Euskadi y España.

Fuentes: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y actualización de la población intercensal)

DETERMINANTES DE LA SALUD NO MÉDICOS

⇒ Consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol tiene efectos adversos para la salud, desde el mayor riesgo a sufrir enfermedades cardiovasculares hasta la cirrosis hepática.

Tanto en la UE-27 como en la C.A. de Euskadi los hombres declaran consumir más alcohol que las mujeres.

El porcentaje de población que declara en la C.A. de Euskadi haber consumido alcohol en el último año es de un 91% en los hombres (valor similar a Reino Unido, Países Bajos y Suecia) y de un 75% de las mujeres (por debajo de Suecia, Reino Unido y Alemania)

⇒ Consumo de tabaco

Representa un factor de riesgo relevante entre las principales causas de mortalidad: enfermedades del sistema circulatorio y tumores.

En la C.A. de Euskadi una de cada cuatro personas declara fumar al menos un cigarrillo al día.

En la C.A. de Euskadi y también la UE-27 (a excepción de Suecia) la proporción de fumadores es mayor en los hombres (29%) que en las mujeres (21%); se aproxima a los países nórdicos en cuanto a que esta diferencia que marca el género es menos acusada que la que se produce en los países del Este de Europa, con una incidencia mucho mayor entre los hombres.

⇒ Obesidad

Las altas tasas de obesidad en la niñez y entre los adultos se están convirtiendo en una de las principales preocupaciones de la salud pública, ya que se relaciona con numerosos problemas de salud, entre otros, la diabetes, hipertensión, y enfermedades cardiovasculares.

La proporción de población obesa de la C.A. de Euskadi, que se sitúa en el 13% en los hombres y el 12% en las mujeres y que además ha empeorado en los últimos años, es muy similar a la de la mayor parte de los países de la UE-27, (con tasas entre el 10 y el 15%), si bien cinco países registran tasas entre el 15 y el 20% de la población, cifras incluso superadas por Alemania y Reino Unido (más del 20%). En ocho países, además, las tasas de obesidad están por debajo del 10% (Noruega, Suiza, Italia, Austria, Países Bajos, Rumania, Francia y Dinamarca)

Fuentes: Eurostat y Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta de Salud de la C.A. de Euskadi

CAPÍTULO 5: COMPARACIÓN INTERNACIONAL

PERSONAL DE LA SALUD

⇒ Personal medio por cama disponible en hospitales de agudos

La dotación de personal es uno de las principales variables que influyen en la calidad percibida del servicio sanitario de hospitales de agudos.

La mayoría de los países registran un promedio de entre 2 y 4 personas de personal sanitario por cama, y la C.A. de Euskadi y España se encuentran entre ellos, con una dotación de 3,4 y 3,8 personas, respectivamente.

Los países de la OCDE denotan un aumento en la dotación de personal sanitario por cama en los últimos años, extensible también a la C.A. de Euskadi, aunque con valores de crecimiento moderados.

Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y actualización de la población intercensal).

⇒ Personal médico facultado para la práctica médica

La cuantificación del personal sanitario como indicador del desarrollo de los sistemas sanitarios nos informa sobre el potencial productivo, terapéutico y de capacidad asistencial del sistema sanitario.

La C.A. de Euskadi se sitúa al nivel de los países de la UE-27 con más médicos por base poblacional (524 médicos por 100 000 habitantes). El intervalo se sitúa entre los cerca de 300 profesionales por cada 100 000 habitantes de Irlanda hasta los más de 650 señalados por Italia).

La tónica general de la mayoría de los países de la UE-27 durante esta última década es el aumento del número de profesionales médicos, y en lo que se refiere a la C.A. de Euskadi esta tasa se ha incrementado sensiblemente: desde 492 médicos por 100 000 habitantes en el año 2004 a los 524 de 2008.

Fuente: Eurostat e INE (Estadística de profesionales sanitarios colegiados).

ASISTENCIA SANITARIA

⇒ Camas en hospitales de agudos

La cama hospitalaria es un dato básico para medir los recursos materiales de los que disponen los centros hospitalarios para ejercer su función principal de atención a pacientes que requieren internamiento (hospitalización).

Los países que integran la OCDE disponen de 3,9 camas para la atención hospitalaria de procesos de agudos, por debajo se sitúa España (2,5) y la C.A. de Euskadi (2,6).

En general, casi todos los países, y también la C.A. de Euskadi, comparten la tendencia de reducción de la dotación de camas, pese al crecimiento de la demanda derivada del alargamiento de la esperanza de vida. Esta reducción responde al desarrollo de nuevas tecnologías médicas que permiten la reducción de días de hospitalización, a las políticas de contención del gasto sanitario, así como a otras alternativas a la hospitalización, como el aumento de procedimientos quirúrgicos ambulatorios y la hospitalización a domicilio, y también al desplazamiento de los enfermos crónicos y discapacitados hacia otro tipo de instituciones no sanitarias o no calificadas de agudos.

Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística hospitalaria).

⇒ **Altas hospitalarias, según causas**

El conjunto de los países de la UE-27, y también la C.A. de Euskadi y España coinciden en señalar al grupo de enfermedades del sistema circulatorio como principal causa de ingreso hospitalario (UE-27 14%, C.A. de Euskadi 12% y España 13%).

Sin embargo, en cuanto a la segunda causa más frecuente, el grupo de enfermedades del aparato digestivo, éstas tienen una incidencia mayor en la C.A. de Euskadi y España (11 y 12% respectivamente) respecto a la UE-27 (9%).

⇒ **Estancia media en hospitales de agudos**

La estancia media a menudo ha sido tratada como un indicador de eficiencia, en tanto que una estancia más corta reduciría el coste por episodio. Sin embargo, este indicador debe ser tratado con cautela, ya que una reducción de la estancia media puede conducir a un incremento del ratio de readmisión y el coste del episodio por enfermedad puede verse incrementado.

La Estancia media de los hospitales de agudos en la C.A. de Euskadi (5,1 días) se encuentra entre las más bajas de la OCDE, compartida con Noruega y Francia.

La tendencia general de los países de la OCDE, y también en la C.A. de Euskadi y España, es la reducción de la estancia media en pacientes hospitalizados.

⇒ **Ocupación de las camas en hospitales de agudos**

La OMS estima en torno al 80% el porcentaje de ocupación óptimo.

Tanto la C.A. de Euskadi como España (77 y 79% respectivamente) revelan porcentajes superiores de ocupación a lo que refleja la mayoría de los países de la OCDE, cifra que ronda en torno al 75%.

⇒ **Consultas médicas per cápita**

Es importante conocer el consumo que la población hace de los recursos sanitarios disponibles y de su evolución en el tiempo, de cara a la gestión y planificación de la demanda potencial y futura de asistencia sanitaria.

La C.A. de Euskadi y España se encuentran en el nivel de los países de la OCDE más frecuentadores de asistencia sanitaria, con un promedio anual de 8,1 consultas médicas por habitante (7 consultas estimadas para la OCDE), propiciado por la demanda continuada de servicios médicos ambulatorios.

⇒ **Cesáreas por cada 100 nacidos vivos**

La OMS recomienda no superar el 15% de los nacimientos con cesárea. La C.A. de Euskadi se sitúa al nivel de los países de la OCDE con el índice de cesáreas más bajos (15%), junto a países nórdicos tales como Noruega, Finlandia y Suecia.

Los partos por cesárea han experimentado una tendencia al alza como consecuencia, entre otras, del aumento de la edad de la madre, de los partos múltiples y de las preferencias de las madres, si bien en lo referido a la C.A. de Euskadi este índice no ha variado significativamente.

Fuentes: OCDE, Eustat: Estadística Hospitalaria, Estadística de morbilidad hospitalaria. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta de salud

GASTO EN SALUD

⇒ **Gasto en salud (%PIB)**

Este indicador da una aproximación de la importancia del gasto sanitario respecto al conjunto de la economía.

El gasto en salud en el conjunto de la OCDE se sitúa en torno al 9% del PIB. Cerca de este promedio se sitúa España (8,5%), mientras que en la C.A. de Euskadi representa el 6,9% del PIB.

⇒ **Gasto en Salud per cápita (\$ en ppc) según financiación**

El gasto en salud per cápita en términos de paridad de poder de compra es de 2.760\$ con un crecimiento medio anual del 4% desde 1995.

Los resultados de este indicador difieren bastante entre los países de la OCDE, como resultado del diferente tipo y grado de desarrollo de cada sistema sanitario.

EE.UU. registra, con bastante diferencia, el mayor volumen de gasto per cápita con 6.700\$ en 2006 y es, por otra parte, el país de la OCDE junto a México en que el gasto privado en salud supera a la financiación pública.

Los países nórdicos, principalmente Noruega (4.520\$), junto a Suiza (4.311\$) y Canadá (3.678\$) o Francia (3.449\$) son países que realizan también un importante gasto en salud; todos ellos se sitúan por encima de la media para la OCDE, y en todos ellos, a excepción de Suiza (59%), la financiación pública del gasto en salud supera el 70%.

La C.A. de Euskadi (2.446\$) y España (2.458\$) se sitúan por debajo de la media de la OCDE, también junto a Japón e Italia y la participación del sector público supera el 70%.

⇒ **Gasto en salud según proveedores y funciones de gasto**

Para todos los países de la OCDE el principal proveedor de servicios sanitarios es el hospital, seguido de la red de asistencia sanitaria primaria y ambulatoria no hospitalaria. Se detecta un crecimiento en el gasto de instalaciones residenciales y de enfermería consecuencia de la proporción cada vez mayor de población de 65 y más años y el aumento de la esperanza de la vida.

El gasto de los hospitales representa, sobre el total de gasto en salud, desde el 30% en Alemania o Canadá hasta el 45% en Suiza o Japón; en el caso de la C.A. de Euskadi supone el 40% (similar a España y Países Bajos)

En cuanto al destino del gasto de salud, los servicios sanitarios personales representan el 70% en el conjunto de la OCDE del gasto en salud, porcentaje al que se suma la C.A. de Euskadi (71%).

Es importante señalar que la salud de la población es el resultado final de factores genéticos, económicos, sociales y culturales. Es por ello por lo que, superados ciertos umbrales, un mayor gasto en salud no se traduce necesariamente en el resultado de una mejor salud de la población atendida.

Fuente: OCDE y Eustat: Cuenta de la salud, Cuentas económicas y población intercensal