

Panorama de la Salud 2014



Elaboración:

Eustat

Euskal Estatistika Erakundea

Instituto Vasco de Estadística (Eustat)

Fecha: XI-2014

Edición:

Eustat

Euskal Estatistika Erakundea

Instituto Vasco de Estadística

Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Internet: www.eustat.es

© **Euskal AEko Administrazioa**

Administración de la C.A. de Euskadi

INDICE	Pag.
1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO	4
2. DETERMINANTES DE LA SALUD	8
2.1 MEDIO AMBIENTE	10
2.1.1 Calidad del aire	10
2.1.2 Índice de población urbana expuesta a la contaminación del aire por ozono	11
2.1.3 Población urbana expuesta a la contaminación del aire por material particulado PM10	12
2.1.4 Calidad del agua de consumo	13
2.2 ESTILOS DE VIDA Y CONDUCTAS SALUDABLES	13
2.2.1 Actividad física	16
2.2.2 Población fumadora	17
2.2.3 Población exfumadora	18
2.2.4 Consumo de alcohol. Población bebedora de riesgo	19
2.2.5 Obesidad	19
2.2.6 Hábitos alimentarios	20
2.2.7 Hábitos de sueño.....	22
3. ESTADO DE SALUD	24
3.1 ESPERANZA DE VIDA	25
3.2 MORTALIDAD.....	27
3.2.1 Evolución	27
3.2.2 Mortalidad 2012	31
3.2.3 Causas de defunción	32
3.2.4 Mortalidad infantil	34
3.3 ESTADO DE SALUD: PERCIBIDO Y DECLARADO	36
3.3.1 Autovaloración de la salud	36
3.3.2 Salud Mental.....	38
3.3.3 Limitación crónica de la actividad.....	39
3.3.4 Problemas crónicos	39
3.3.5 Hipertensión	40

... / ...

3.4 MORBILIDAD HOSPITALARIA	42
3.4.1 Morbilidad hospitalaria. Año 2012	42
3.4.2 Morbilidad hospitalaria por género, edad y enfermedades más frecuentes	45
3.4.3 Morbilidad en la población de 65 y más años	48
4. SISTEMA DE SALUD	53
4.1 PRÁCTICAS PREVENTIVAS	54
4.1.1 Vacunación antigripal	54
4.1.2 Tensión arterial	55
4.1.3 Mamografías	55
4.1.4 Citologías	56
4.1.5 Cribado de cáncer colorrectal	58
4.2 RECURSOS	59
4.2.1 Centros sanitarios	59
4.2.2 Recursos Humanos.....	61
4.2.3 Formación de personal en Ciencias de la Salud.....	64
4.3 UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS	65
4.3.1 Atención médica ambulatoria. Consultas médicas	65
4.3.2 Atención hospitalaria	67
4.3.3 Atención de urgencias	70
4.4 GASTO EN SALUD	72
5. COMPARACIÓN INTERNACIONAL	75
5.1 LA SALUD: PERSPECTIVA COMPARADA	76
5.2 INDICADORES Y GRÁFICOS	79

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

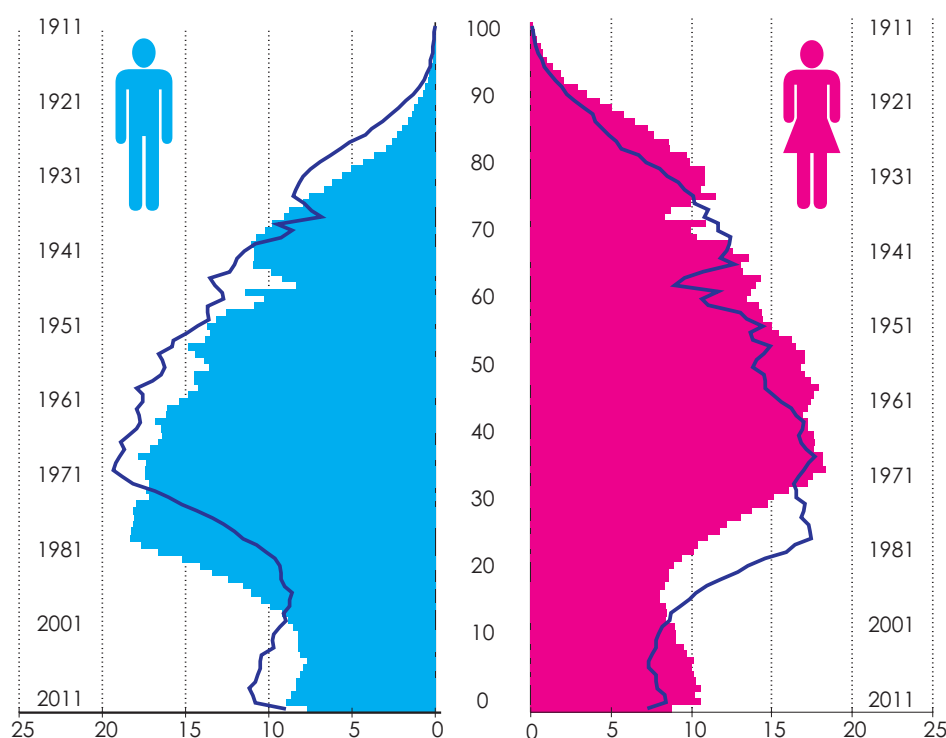
Uno de los principios que inspira “las Políticas de salud para Euskadi 2013-2020” realizada por el Departamento de Salud es la equidad, con el reto de lograr la reducción de las desigualdades sociales en salud de la población vasca. Por ello, se plantea la necesidad de introducir variables de estratificación social en los sistemas de información sanitaria. Ello supone poner los indicadores clásicos de salud en un contexto de indicadores sociales: el conocimiento y distribución de la población, sus condiciones de vida, situación laboral y situación de pobreza, entre otros.

Según el último censo de población, la C. A. de Euskadi contaba en 2011 con 2.179.815 habitantes, de los cuales, el 51,2% eran mujeres y el 48,8% hombres. Por grupos de edad, los dos polos opuestos muestran una evolución muy marcada y en sentido contrario: los efectivos de edades más maduras aumentan, mientras que los de edades más jóvenes disminuyen. El grupo de mayores (de 65 y más años) roza ya el 20% de la población, superando a los jóvenes de menos de 20 años (17,4% de la población). En nuestra Comunidad se da una relación de 1,4 personas de 65 y más años por cada menor de 16 años, superando el ratio del conjunto de España, que es de 1,1.

El actual sobredimensionamiento de personas en ciertas edades, obliga a poner el foco de atención en el grupo de las más mayores (85 y más años), ya que en este grupo la dinámica de crecimiento ha sido más acusada, pasando del 0,5% en 1981 al 2,8% en 2011; es decir, se ha multiplicado por 5 en los últimos 30 años, mientras que en España se ha multiplicado por cuatro en este periodo.

En el estrato de los jóvenes de menos de 20 años la pérdida de efectivos es resaltable; en 1981 representaban un tercio de la población, mientras que en 2011 sólo eran un 17,4%. En el conjunto de la UE-27 este grupo de edad alcanza el 21,2%.

Gráfico 1. Evolución de las pirámides de población de la C. A. de Euskadi. Años 2001-2011.



Fuente: Eustat. Censo de Población y Vivienda.

La proporción de personas mayores supera la de la mayoría de las Comunidades Autónomas y países de Europa. Sólo Castilla-La Mancha, Galicia, Principado de Asturias y Aragón tienen proporciones más elevadas (más del 20%). Respecto a Europa, sólo Alemania e Italia se sitúan por encima de las cifras vascas.

La fecundidad de la C.A. de Euskadi se sitúa en límites bajos comparada con la de los países de nuestro entorno. En 2011 el promedio de hijos se sitúa en 1,3, muy lejos de los 2,7 hijos de media obtenidos en 1975 y de los 2,1 necesarios para el reemplazo generacional.

Por otro lado, la esperanza de vida ha experimentado un incremento constante, alcanzando los 85,4 años las mujeres y 78,9 años los hombres⁽¹⁾ en 2011. Pocos países desarrollados tienen tan alta esperanza de vida, especialmente en el caso de las mujeres. La esperanza de vida femenina de las mujeres vascas es similar a la de España y supera la de Alemania y la de la Unión Europea en su conjunto (83,2 años). La de los hombres también supera a la de la Unión Europea (77,4) y Alemania (78,4), pero se sitúa por debajo de la española (79,5 años).

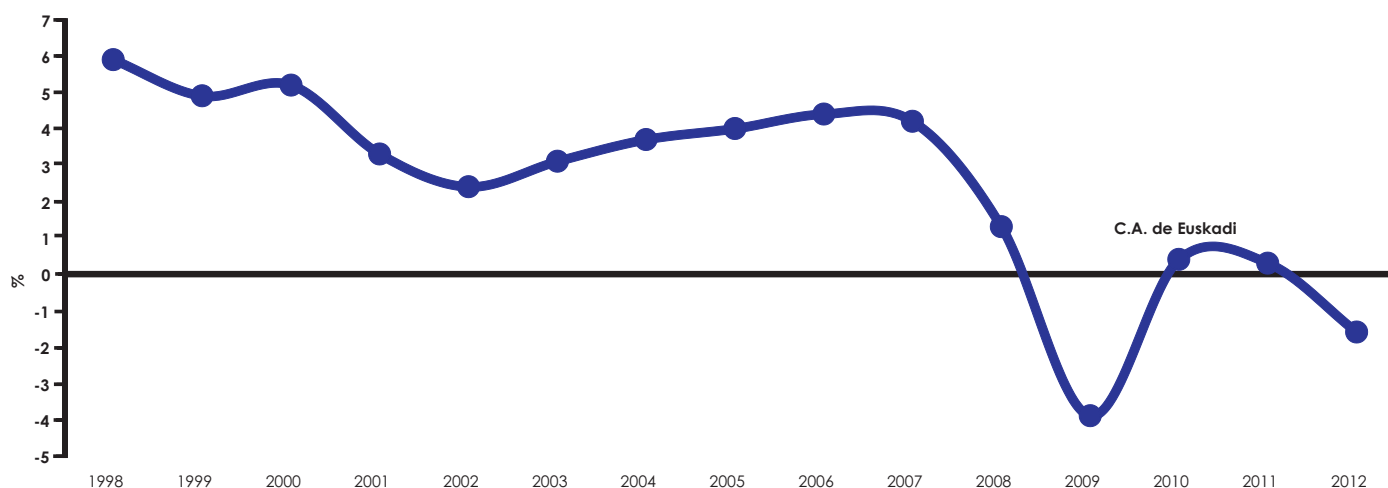
El fenómeno sociodemográfico de la inmigración, aunque impacta con menos fuerza en la C. A. de Euskadi que en otras Comunidades Autónomas, ha ido en aumento, representando los residentes con nacionalidad extranjera el 7,3% de los habitantes, casi seis puntos porcentuales más que en el censo anterior. Los más numerosos son los residentes con nacionalidades de países americanos (43,3% de los residentes extranjeros, mientras que en España no alcanzan el 30%).

La persistencia de la baja tasa de fecundidad durante un período prolongado, junto con el aumento de la esperanza de vida, provoca importantes desequilibrios en la estructura de edad de la población vasca. Este escenario tendrá un impacto a largo plazo, tanto a nivel social como de crecimiento económico. La población en la C. A. de Euskadi, tendrá la siguiente tendencia, según las últimas proyecciones⁽²⁾:

- La población disminuirá en más de 100.000 personas entre 2013 y 2026. Al saldo migratorio negativo se sumarán el aumento de las defunciones y la disminución de los nacimientos.
- Continuará el proceso de envejecimiento de la población. El colectivo de 65 o más años podría aumentar en más de 110.000 personas, por lo que su peso llegará al 26,5% en 2026 (casi 7 puntos más que en 2013). De éstas, 32.000 personas irán al grupo de 85 y más años, que pasará a suponer el 4,6% del total.
- La esperanza de vida continuará su trayectoria ascendente y alcanzará los 82,6 años para los hombres y 88,4 años para las mujeres en 2025. La diferencia de esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y hombres se reducirá (pasando de 6,5 años en 2010 a 5,8 en 2026).

Respecto a la situación económica de la C. A. de Euskadi⁽³⁾, la larga fase de expansión económica 1995-2007 que se acompañó de un aumento de la población, se desacelera y da paso a una crisis económica que todavía continúa y que además afecta a la economía española y de la UE.

Gráfico 2. Evolución de producto interior bruto (PIB) de la C. A. de Euskadi (oferta). Base 100. Años 1996-2012.



Fuente: Eustat. Cuentas económicas.

(1) Eustat. Indicadores Demográficos.

(2) Eustat. Proyecciones de población 2013-2026.

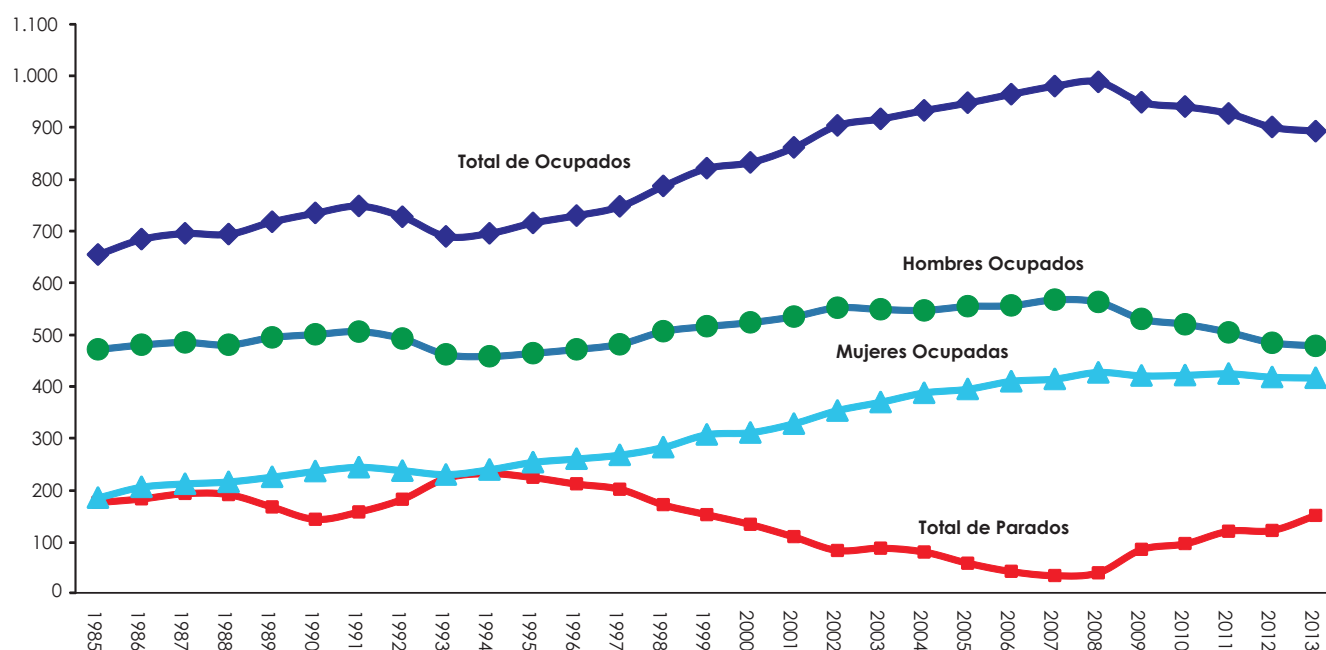
(3) Eustat. Cuentas económicas 2000-2012.

La época de expansión económica de la última década, mantenida hasta el año 2007 con un crecimiento medio del PIB en términos reales en torno al 4%, da paso desde el año 2008 a una gran recesión de la economía con importantes caídas de las tasas de crecimiento. Esta situación se manifiesta en el PIB de la C.A. de Euskadi, que pasa de un incremento del 4,2% en 2007 a tan solo un 1,3% en 2008 y una caída del 4% en 2009; repunta ligeramente en los años 2010 y 2011 y vuelve a caer en 2012.

En paralelo con los años de crisis, se vienen produciendo reducciones de empleo y aumento de las personas en situación de desempleo, situándose la tasa de ocupación de la población de 20 a 64 años en la C.A. de Euskadi en año 2013 en el 61,9% para las mujeres (similar a la de la UE 28, 62,5% y por encima de la de España, 53,1%) y en el 70,4% en los hombres (por debajo de la de la UE 28, 74,2% y por encima de la de España, 63,3%).

La recesión de la economía se manifiesta de forma diferente según el sector económico de que se trate, la población ocupada aumenta en el sector servicios y en la industria, mientras que disminuye en la construcción y en la agricultura.

Gráfico 3. Población de 16 y más años en la C. A. de Euskadi ocupada por sexo y parada (miles). Años 1985-2013.



Fuente: Eustat. Encuesta de población en relación con la actividad (PRA).

Las consecuencias económicas producen inestabilidad y paro laboral que se traduce en un déficit de bienestar y pobreza. Para ver esta situación, en comparación con el contexto de la UE⁽⁴⁾, se utiliza el indicador de población en riesgo pobreza o exclusión⁽⁵⁾. En 2012 la población de la C.A. de Euskadi que estaba en riesgo de ausencia de bienestar alcanzó el 19,9 % (19,3% en 2009), por debajo de la española (28,2%) y la de UE (24,8%).

⁽⁴⁾ Fuente: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS). Año 2012.

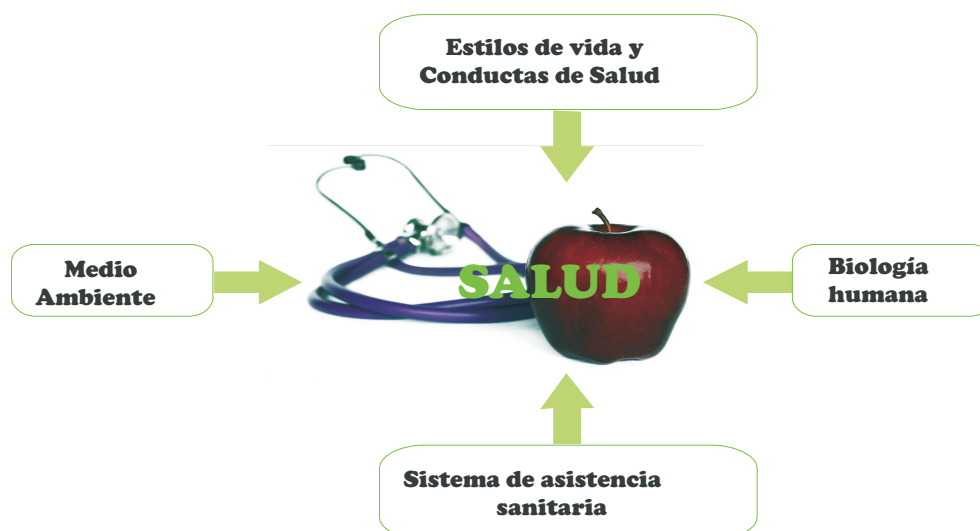
⁽⁵⁾ Población en riesgo de pobreza o exclusión: es una combinación de tres indicadores (población que viven en hogares con intensidad de trabajo muy baja, población en riesgo de pobreza después de transferencias sociales y población en situación de privación material grave).

2. DETERMINANTES DE LA SALUD

La OMS define los determinantes de la salud como el “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”.

Según Marc Lalonde (1974)⁽¹⁾ el nivel de salud de una comunidad viene determinado por cuatro tipos de factores: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y sistema sanitario. Estos factores interactúan entre sí en la generación de la salud, lo que supone que la modificación de alguno/s de ellos, cuando es favorable, llevaría al individuo a una mejor situación de salud y calidad de vida.

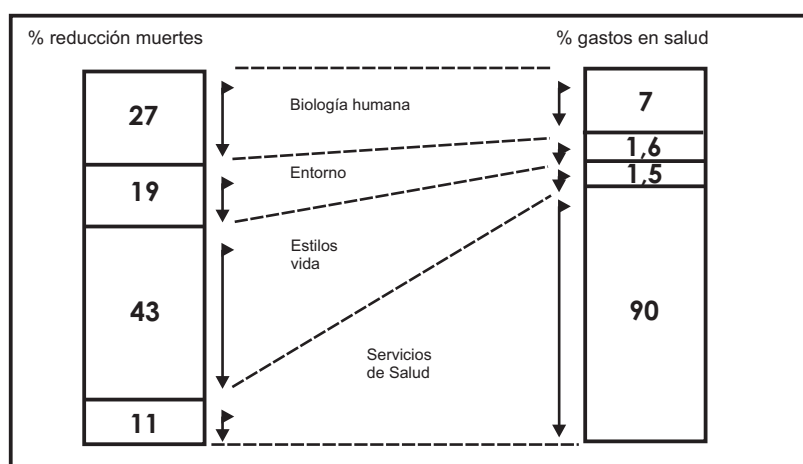
Gráfico 1. Modelo Marc Lalonde “Determinantes de la Salud”.



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo de Marc Lalonde.

Sin embargo, no todos los factores determinantes tienen el mismo impacto sobre el estado de salud. Dever, basándose en el modelo de Marc Lalonde, constató que la mejora de los estilos de vida podría contribuir a la reducción de la mortalidad en un 43%, los esfuerzos en el campo de la biología humana un 27%, la mejora de la calidad del medio ambiente un 19% y las actuaciones sobre el sistema sanitario un 11%.

Gráfico 2. “ Los Determinantes de la Salud ”, según Dever.



Fuente: Dever. G.E.A. (1976). *An Epidemiological Model for Health Analysis*.

⁽¹⁾ Marc Lalonde, Ministro de Salud Pública de Canadá en 1974 creó un modelo de salud pública. En éste se considera que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por cuatro variables: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y sistema sanitario.

Además, reveló que la proporción de recursos públicos invertidos en cada uno de los factores no se correspondía con la repercusión que cada uno de ellos tenía sobre la salud. Así, se daba el caso de que la gran mayoría de los recursos (90%) se destinaba a los servicios de salud mientras que era el factor estilos de vida el que tenía mayor influencia. A su vez, los estilos de vida junto con el factor medio ambiente, con el cual tiene una estrecha interacción, suponían un impacto por encima del 60% en la salud.

2.1 MEDIO AMBIENTE

Se entiende por medio ambiente el entorno que nos rodea y que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de la vida de las personas. La salud de los individuos se puede ver afectada por cualquier contaminación producida en el aire, suelo, agua, alimentos, etc., tanto si la contaminación es biológica, física, química o la llamada contaminación sociocultural y psicosocial, en la que se incluye, entre otros, la dependencia, la violencia, el estrés y la competitividad.

El abanico de los efectos en la salud es amplio, pero se producen en particular en los sistemas respiratorio y cardiovascular. Toda la población se ve afectada, pero la susceptibilidad a la contaminación puede variar con la salud o la edad. Se ha demostrado que el riesgo de diversos efectos aumenta con la exposición. Los efectos más graves se producen en las personas que ya están enfermas. Además, los grupos más vulnerables, como los niños, los ancianos y las familias de pocos ingresos y con un acceso limitado a la asistencia médica, son más susceptibles a los efectos nocivos de dicho fenómeno, de forma que las desigualdades ambientales se suman a las socioeconómicas.

Es importante considerar el medio ambiente como elemento clave de la calidad de vida de las personas, ya que el papel de la naturaleza y la importancia de su regeneración para el mantenimiento de nuestro bienestar es una cuestión básica.

Un 65% de las familias vascas⁽²⁾ opina que el medio ambiente físico de la C.A. de Euskadi es saludable, valoración que mejora paulatinamente desde 1989 (51%). De forma paralela, la sensibilización social respecto a este tema va en aumento; según los datos del Ecobarómetro Social 2011 (IHOBE), un 85% de la población de la C.A. de Euskadi manifiesta preocupación por el medio ambiente.

El Gabinete de Prospección Sociológica del Gobierno Vasco⁽³⁾ publicó en Mayo de 2013 un estudio monográfico sobre Medio Ambiente y Energía en el que el 72% de la sociedad vasca consideraba la protección del medio ambiente y la lucha contra la contaminación un problema inmediato y urgente, bajando ligeramente el porcentaje del año 2004 (79%). Un 25% opina que se trata más bien de un problema para el futuro, por encima del 16% que pensaba de esta manera en 2004.

De la diversidad de indicadores que analizan los principales aspectos medio-ambientales (aire, agua y suelo) en la C.A. de Euskadi, se han seleccionado algunos por su impacto directo en la salud y porque permiten un análisis de evolución. Estos se incluyen en el Programa Marco Ambiental (PMA) 2011-2014 del Gobierno Vasco.

2.1.1 Calidad del aire

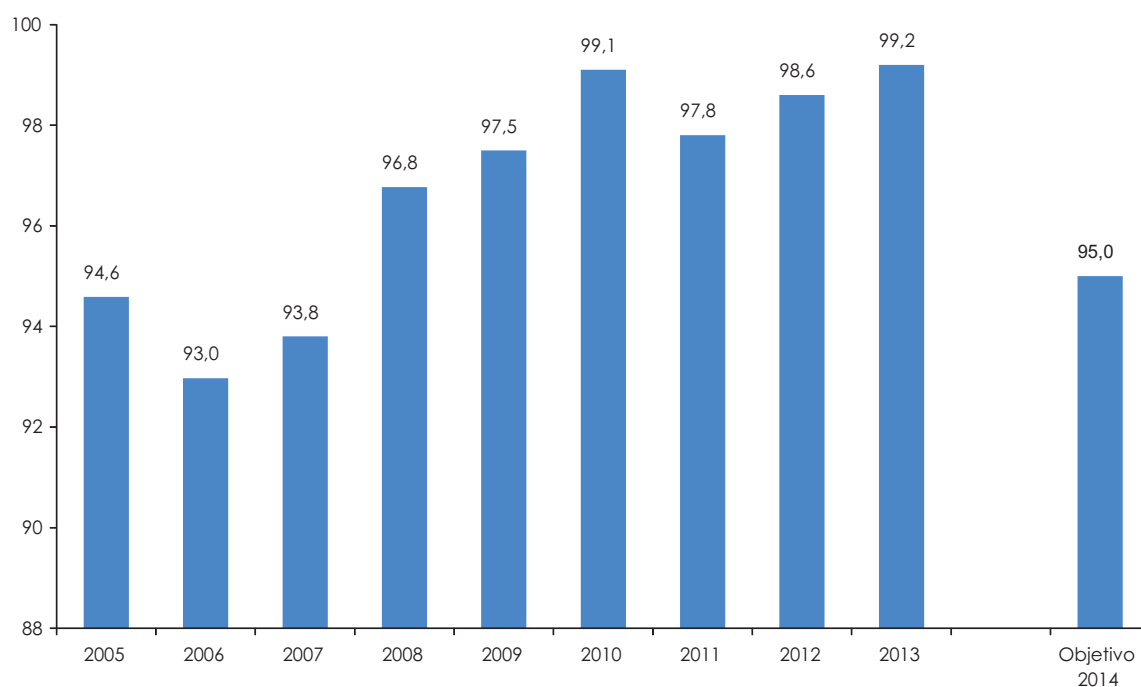
Una calidad de aire óptima es un requisito necesario para evitar impactos negativos sobre la salud humana y los ecosistemas. Uno de los indicadores básicos que nos proporciona información sobre los distintos niveles de contaminación atmosférica asociados a una región determinada es el índice de calidad de aire⁽⁴⁾.

⁽²⁾ Fuente: Encuesta de Condiciones de vida 2009.

⁽³⁾ Gabinete de prospección sociológica. Estudio monográfico de medio ambiente:
http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/contenidos/informe_estudio/o_13tef3_medioambiente/es_13tef3/adjuntos/13tef3.pdf

⁽⁴⁾ Se analizan las concentraciones de los siguientes contaminantes: SO₂ (dióxido de azufre), NO₂ (dióxido de nitrógeno), partículas de PM₁₀, O₃ (ozono troposférico) y CO (monóxido de carbono). El índice de calidad del aire está dividido en seis tramos, que definen los estados de calidad de aire: buena, admisible, moderada, mala, muy mala y peligrosa.

Gráfico 3 Calidad del aire en la C.A. de Euskadi. Años 2005-2013.



Fuente: Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial.

El objetivo estratégico 4 del último PMA “garantizar un entorno limpio y saludable” fija conseguir un índice de calidad del aire con categorías de buena y admisible superior al 95% y las categorías mala, muy mala y peligrosa por debajo del 1%.

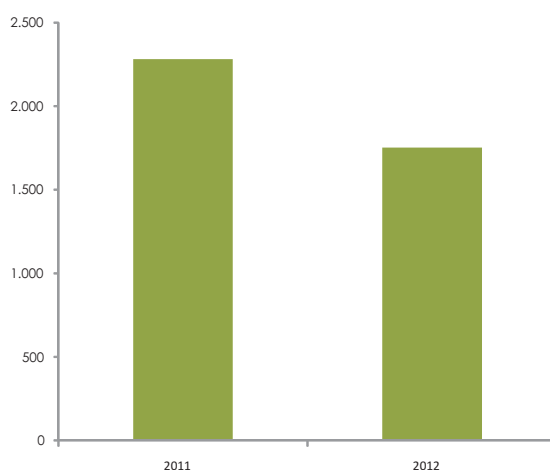
En este contexto, en los últimos años la evolución de este índice está siendo positiva, con pequeños avances año tras año. Los datos de 2013 indican que la calidad del aire (en porcentaje de días de aire bueno y admisible) ha alcanzado el 99,2%. Se produce, además, una reducción progresiva del número de días con una calidad del aire calificada de mala, muy mala y peligrosa, lo que demuestra que el nivel de calidad es bueno en la C.A. de Euskadi.

Merece destacar que el impacto de la industria ha disminuido sensiblemente, debido a los avances de la eficiencia y a una menor actividad económica, mientras que a la vez es mayor la influencia del tráfico rodado. De hecho, el transporte se configura como uno de los principales generadores de contaminación acústica.

2.1.2 Índice de población urbana expuesta a la contaminación del aire por ozono

Este indicador muestra la concentración media ponderada de ozono al cual la población urbana está potencialmente expuesta. Los efectos del ozono deberían ser evaluados a lo largo de un año completo. Se utiliza en las evaluaciones del impacto en la salud, aunque aún no hay un consenso sobre el nivel por debajo del cual no tiene ningún efecto sobre la mortalidad. En concreto, en la C.A. de Euskadi se ha producido una reducción del 23% de la población urbana expuesta a la contaminación del ozono en 2012.

Gráfico 4. Índice de población urbana expuesta a la contaminación del aire por Ozono (O_3) en la C.A. de Euskadi. Años 2011 y 2012.



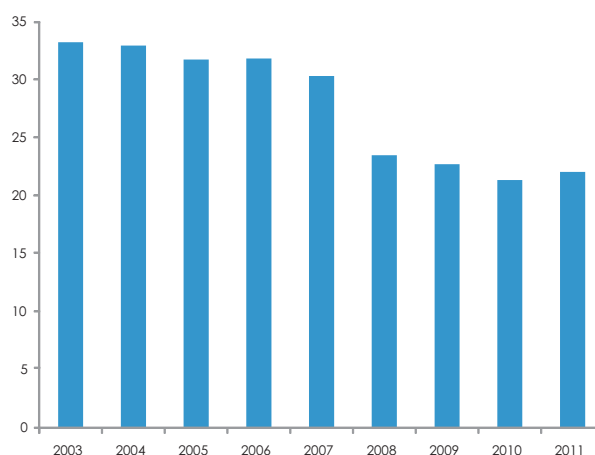
Fuente: Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial.

2.1.3 Población urbana expuesta⁽⁵⁾ a la contaminación del aire por material particulado PM10⁽⁶⁾

Otro indicador que nos da idea de la calidad del aire es la población expuesta a la concentración de partículas PM10. La mayoría de los estudios epidemiológicos y guías de calidad del aire de la OMS lo utilizan y se considera que contribuye a los efectos respiratorios en la salud observados en los entornos urbanos.

El PM10 representa la masa de las partículas que entran en el sistema respiratorio, incluye partículas gruesas y finas; las primeras se forman básicamente por medio de procesos mecánicos, como las obras de construcción, la resuspensión del polvo de los caminos y el viento, mientras que las segundas proceden sobre todo de fuentes de combustión.

Gráfico 5. Índice de población urbana expuesta a la contaminación del aire por material particulado PM10 en la C. A. de Euskadi. ($\mu\text{gr}/\text{m}^3$). Años 2003-2011.



Fuente: Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial.

⁽⁵⁾ Población urbana expuesta: Este indicador muestra la concentración media anual ponderada de PM10 a la cual la población urbana está potencialmente expuesta. El material particulado fino (PM10), esto es, las partículas cuyo diámetro es menor de 10 micrometros (micras) pueden llegar a los pulmones donde pueden causar la inflamación y el empeoramiento de la situación de aquellas personas con enfermedades de corazón y pulmón. De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la concentración media anual es el mejor indicador para la mediación y seguimiento de los efectos sobre la salud humana del material particulado fino.

⁽⁶⁾ PM10: Partículas con un diámetro inferior a 10 micras.

Este indicador se ha reducido en los últimos años en la C.A. de Euskadi, con una disminución superior al 30% en 2011 respecto a 2003 y, además, ha estado por debajo del valor medio de la UE 28 durante los últimos años.

2.1.4 Calidad del agua de consumo

Gracias al esfuerzo realizado por las administraciones locales y territoriales, los estándares de calidad de agua han mejorado. En concreto el porcentaje de población que se abastece de agua calificada como apta ha mejorado progresivamente, hasta situarse en 2012 en el 98% de la población que recibió agua con calidad satisfactoria en sus domicilios.

Tabla 1. Calidad del agua de consumo de la C.A. de Euskadi. Años 2004-2012.

C.A. de Euskadi	Satisfactoria (1)	Tolerable (1)	Deficiente (1)
2012	98,0	1,0	1,0
2011	96,0	2,4	1,4
2010	96,2	2,8	1,0
2009	94,9	2,9	2,1
2008	93,9	2,9	3,2
2007	95,8	2,3	1,9
2006	93,8	3,6	3,6
2005	92,9	3,1	4,0
2004	91,0	6,0	3,0

(1) Satisfactoria: Agua calificada como APTA PARA EL CONSUMO, al menos, en el 95% de los análisis
Tolerable: Agua calificada como NO APTA entre el 5 y el 10% de los análisis
Deficiente: Agua calificada como NO APTA en más del 10% de los análisis

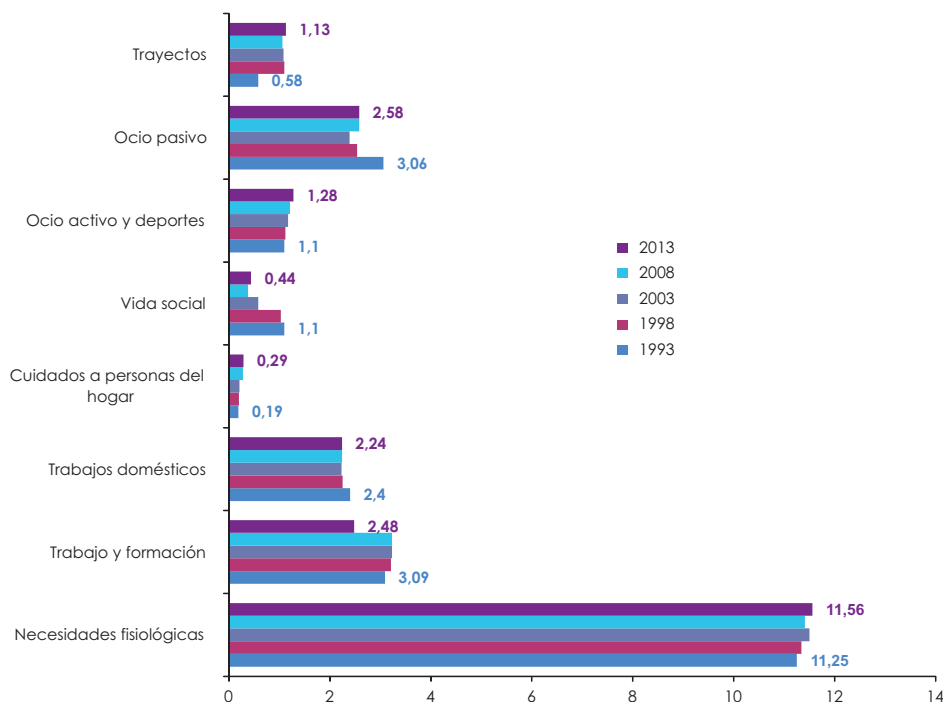
Fuente: Departamento de Salud. Unidades de Sanidad Ambiental.

2.2 ESTILOS DE VIDA Y CONDUCTAS SALUDABLES

Una de las perspectivas para conocer los hábitos cotidianos de la población vasca es a través del uso del tiempo⁽⁷⁾ que dedica a cada una de las actividades de la vida diaria (necesidades fisiológicas, trabajo remunerado y formación, trabajos domésticos, cuidado a personas del hogar, vida social, ocio activo y deportes, ocio pasivo y trayectos). En este contexto, podemos decir que los vascos en el año 2013 dedicaron más tiempo a las necesidades fisiológicas, cuidado de las personas en el hogar, a los trayectos y al ocio activo que hace 20 años y menos a las tareas domésticas, a la vida social y, desde el año 2008, al trabajo y la formación.

⁽⁷⁾ Fuente: Eustat. La Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT) ofrece información acerca de los hábitos sociales y de la vida cotidiana de la población desde la perspectiva del empleo de su tiempo diario. La operación proporciona información útil para el análisis social desde la perspectiva de género y también para elaborar la Cuenta Satélite de la Producción Doméstica de la C.A. de Euskadi

Gráfico 6. Tiempo Medio Social según el tipo de actividad (h:m). Años 1993-2013.



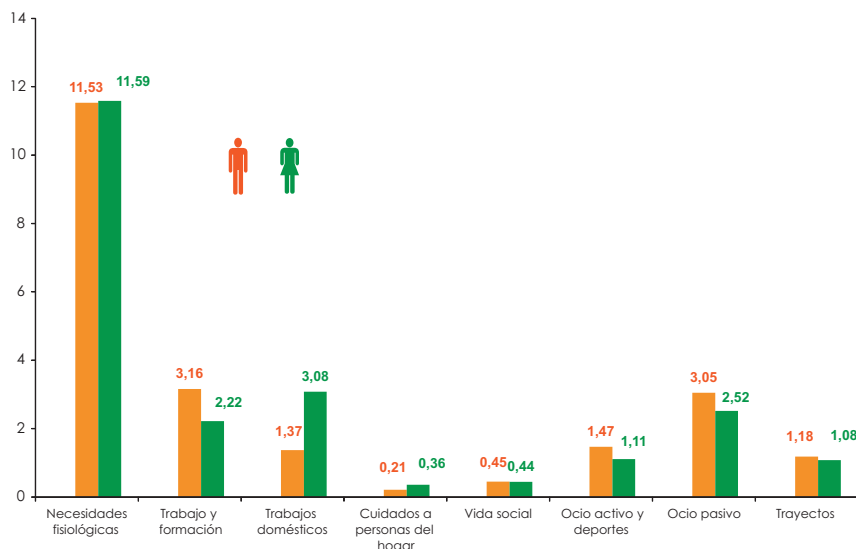
Fuente: Eustat. Encuesta de Presupuestos de Tiempo 2013.

El tiempo destinado en 2013 a las necesidades fisiológicas ha aumentado 15 minutos respecto al último quinquenio, porque se dedica más tiempo para comer en casa (aumenta en 15 minutos), a los cuidados médicos (7 minutos más) y a dormir (5 minutos más respecto a 2008).

Así mismo, aumenta el tiempo destinado al ocio activo (entendido como prácticas ligadas a deportes y al ordenador personal e internet). Las actividades relacionadas con internet y otros productos de la informática suman un tiempo medio de 19 minutos diarios, 7 más que en 2008.

Las desigualdades de género se acentúan en las tareas domésticas, el cuidado a personas del hogar y en el trabajo y formación. Las mujeres emplean en las tareas domésticas 1 hora y 26 minutos más que los hombres (aunque se ha reducido esta diferencia respecto a años anteriores) y 21 minutos más en el cuidado de menores y adultos; sin embargo las mujeres cuentan con una tasa de participación en el trabajo profesional de 8,7 puntos porcentuales menos que en el caso de los hombres (26,5% las mujeres y 34,8% los hombres).

Gráfico 7. Tiempo Medio Social según el tipo de actividad (h:m) por sexo. Año 2013.

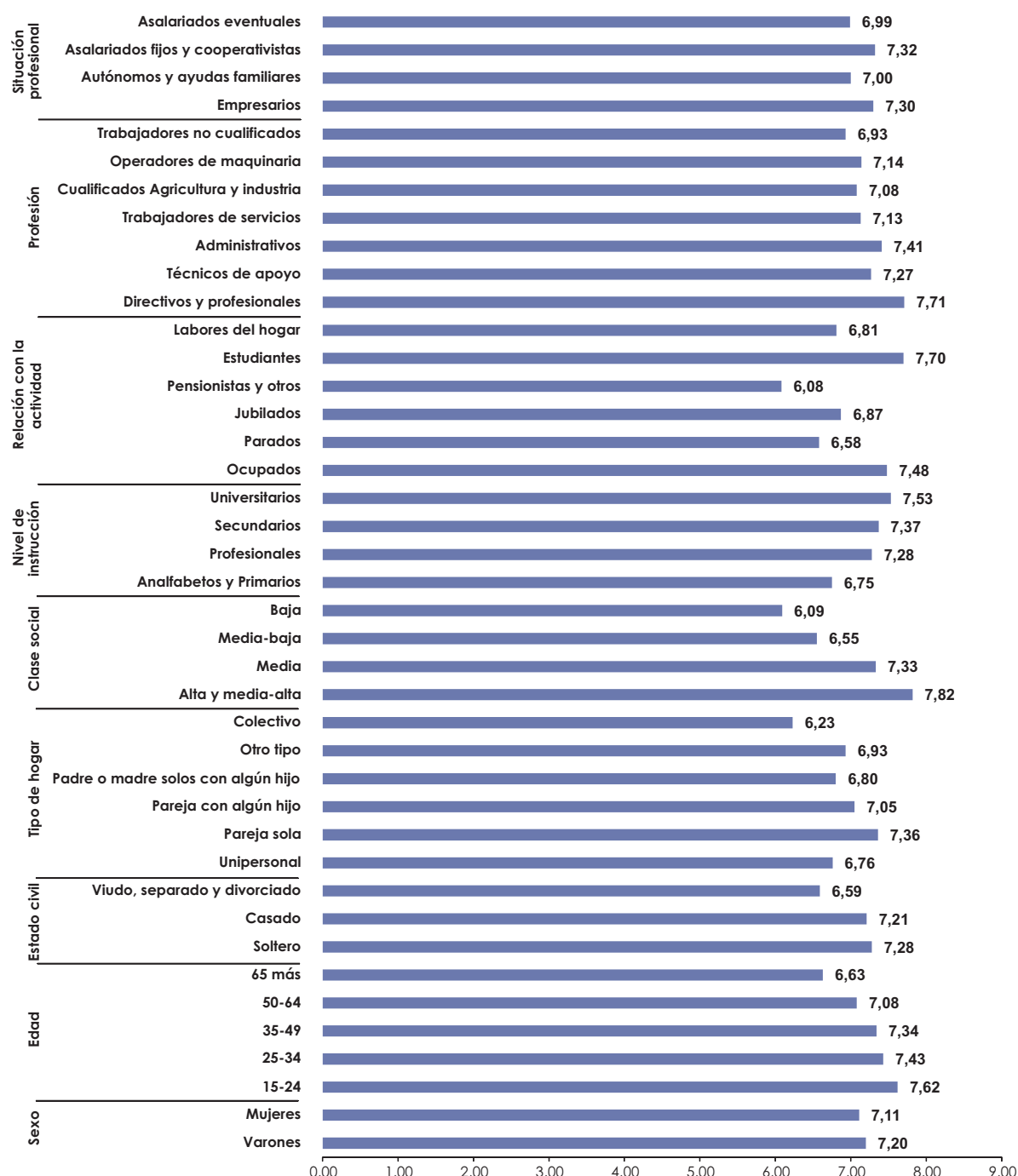


Fuente: Eustat. Encuesta de Presupuestos de Tiempo 2013.

Los últimos resultados de la encuesta sobre la conciliación de la vida laboral, familiar y personal (año 2013)⁽⁸⁾ evidencian aún más las diferencias de género. La mitad de las mujeres ocupadas (55,4%) destina 5 horas o más al día al cuidado de los menores, mientras que casi la mitad de los hombres ocupados (45,1%) colabora con 2 o menos horas a este tipo de tarea. Además el 34% de las personas afirma tener dificultades para compaginar trabajo con el cuidado de dependientes.

En 2013 aumenta la población que destina parte de su tiempo a la vida social (el 47% en 2013 y el 44% en 2008), si bien desciende el dedicado a recepciones y salidas (como visitar a los amigos o recibirlos, salir a pasear, tomar copas o asistir a verbenas o bailes).

Gráfico 8. Valoración media “felicidad y salud” por variables sociodemográficas. Año 2013.



Fuente: Eustat. Encuesta sobre Capital Social 2012.

⁽⁸⁾ Fuente: Eustat. La Encuesta sobre la conciliación de la vida laboral, familiar y personal. El objetivo genérico de la CVL es proporcionar a los responsables políticos, agentes económicos y sociales, Universidad, investigadores privados y ciudadanía en general información detallada y puntual sobre las posibilidades que las personas ocupadas residentes en la C.A. de Euskadi tienen de compatibilizar su vida laboral con la familiar y la personal.

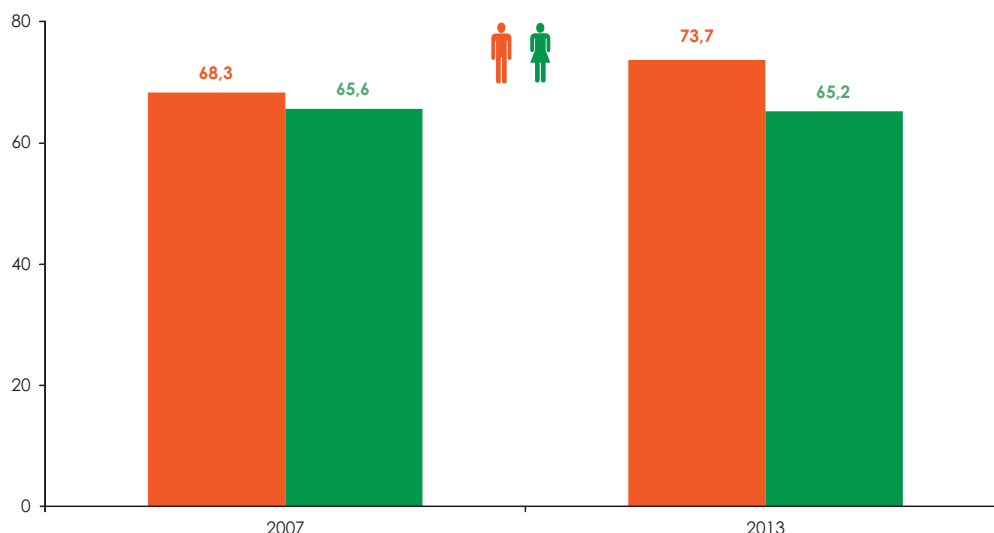
Entre los indicadores que recoge la Encuesta de Capital Social⁽⁹⁾ se encuentra el de “felicidad y salud” que relaciona el estado de salud percibido con el nivel de satisfacción con la vida y los ingresos. A pesar del contexto socioeconómico desfavorable, la valoración que la población de la C.A. de Euskadi da de este indicador es buena (7,5 sobre 10), de lo que se deduce que se siente bastante feliz y saludable, coincidiendo los más satisfechos con las siguientes características: personas jóvenes, de clase alta y media-alta, con estudios superiores, estudiantes y de profesión directivos o profesionales.

2.2.1 Actividad física

La actividad física⁽¹⁰⁾ mejora el estado de salud de las personas para al menos cinco condiciones crónicas: enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes, osteoporosis y trastornos mentales. Y desde luego ayuda a controlar el peso corporal si se añade a una alimentación equilibrada y adecuada.

La proporción de la población que realiza ejercicio físico saludable ha aumentado en los hombres (73% en 2013 frente al 68% en 2007) y se mantiene estable en las mujeres (65%). Los más jóvenes (15-24 años), junto a los añosos jóvenes (65-74 años), son los que realizan más actividad física (alrededor del 80% en los hombres y 70% en las mujeres); en el otro extremo están los más mayores (75 y más años) con valores del 64% en los hombres y 45% en las mujeres.

Gráfico 9. Evolución de la población que realiza actividad física por sexo. Años 2007 y 2013.

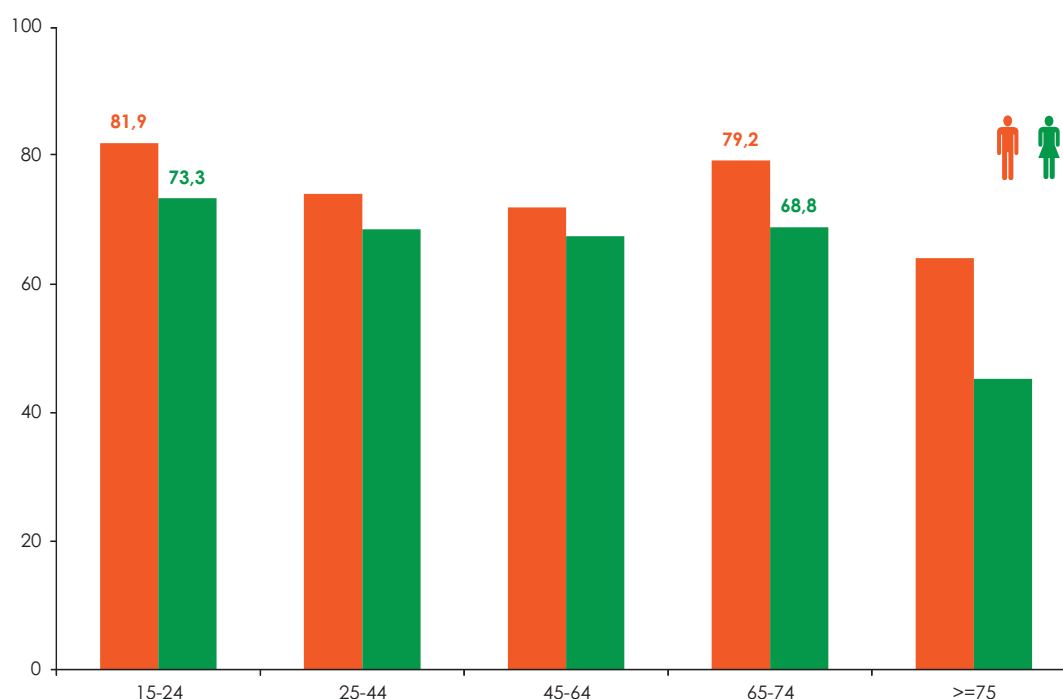


Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

⁽⁹⁾ Fuente: Eustat. La Encuesta de Capital Social (ECS) es una encuesta cuyo fin es conocer la riqueza social de la C.A. de Euskadi tratando las siguientes dimensiones: redes sociales, confianza y reciprocidad, participación y cooperación, información y comunicación, cohesión e inclusión social y felicidad y salud.

⁽¹⁰⁾ Se ha considerado población físicamente activa la que realiza ejercicio físico saludable.

Gráfico 10. Población que realiza alguna actividad física en su tiempo libre por edad y sexo. Año 2013.



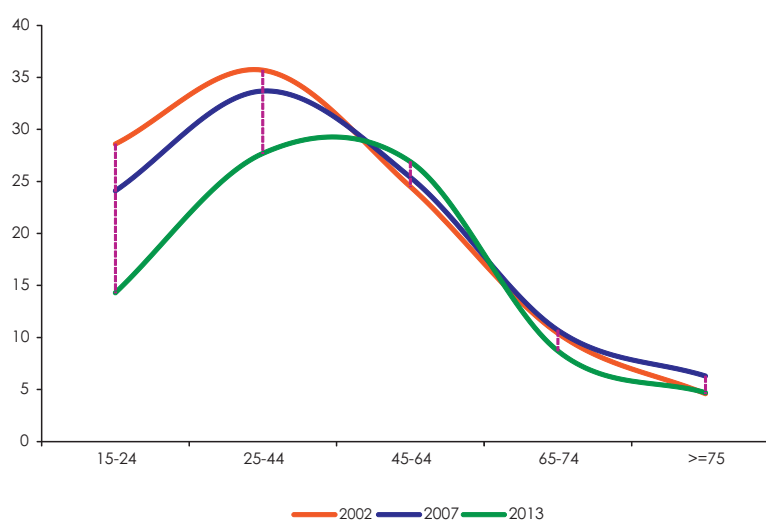
Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

2.2.2 Población fumadora

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y de muerte. El 25% de los hombres y el 18% de las mujeres fuman habitualmente según los últimos datos de la ESCAV; estas cifras suponen una reducción en la proporción de personas fumadoras, de un 15% en el caso de los hombres y un 14% en las mujeres, y confirman la tendencia descendente de años anteriores.

El porcentaje de personas con este hábito ha bajado de forma notoria en los grupos de edad extremos: edades tempranas (15-24 años) y edades más avanzadas (75 y más años), sin embargo ha aumentado un 6% en el colectivo de 45-64 años, siendo este tramo de edad uno de los que concentra mayor proporción de personas fumadoras (30% de los hombres y 24% de las mujeres).

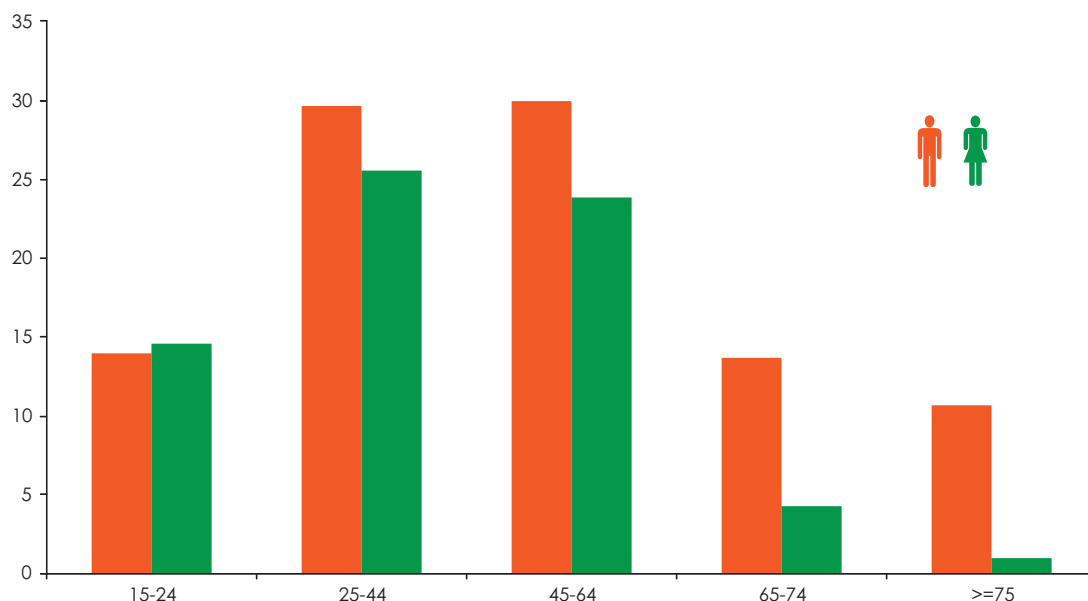
Gráfico 11. Población fumadora por sexo y grupos de edad (%). Años 2002-2007-2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

El porcentaje de hombres fumadores es mayor que el de las mujeres en todos los grupos de edad, salvo a edades tempranas (15-24 años) donde ambos sexos se sitúan a un nivel similar.

Gráfico 12. Población fumadora por sexo y grupos de edad (%). Año 2013.

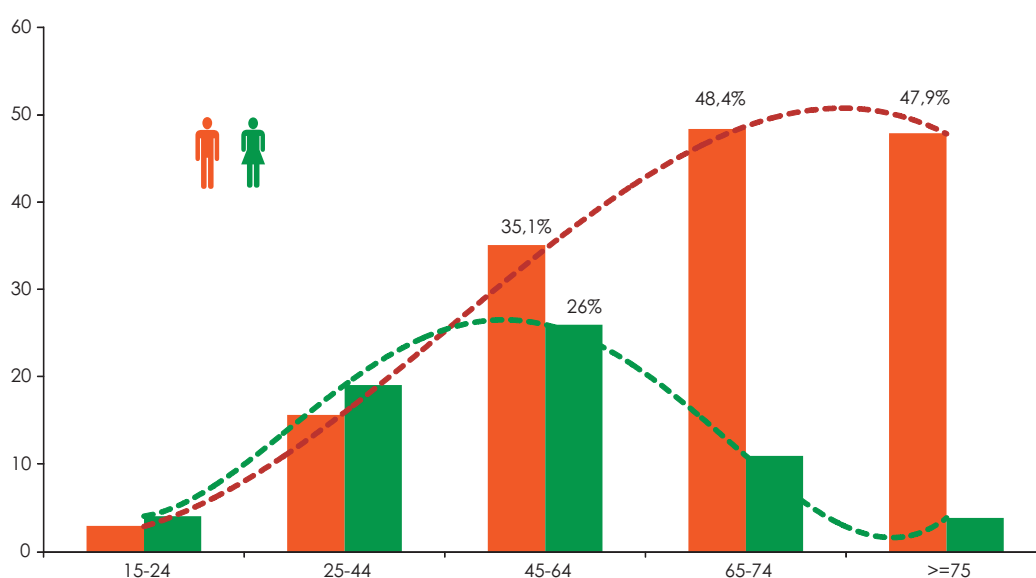


Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

2.2.3 Población exfumadora

El abandono del tabaquismo se hace patente con el incremento continuo de la población que se declara exfumadora, (27% de hombres y el 17% de mujeres). Los hombres dejan este hábito insano conforme avanzan en la edad, mientras que las mujeres lo abandonan más temprano, coincidiendo con la etapa de la adultez (45-64 años).

Gráfico 13. Población exfumadora por sexo y edad (%). Año 2013.



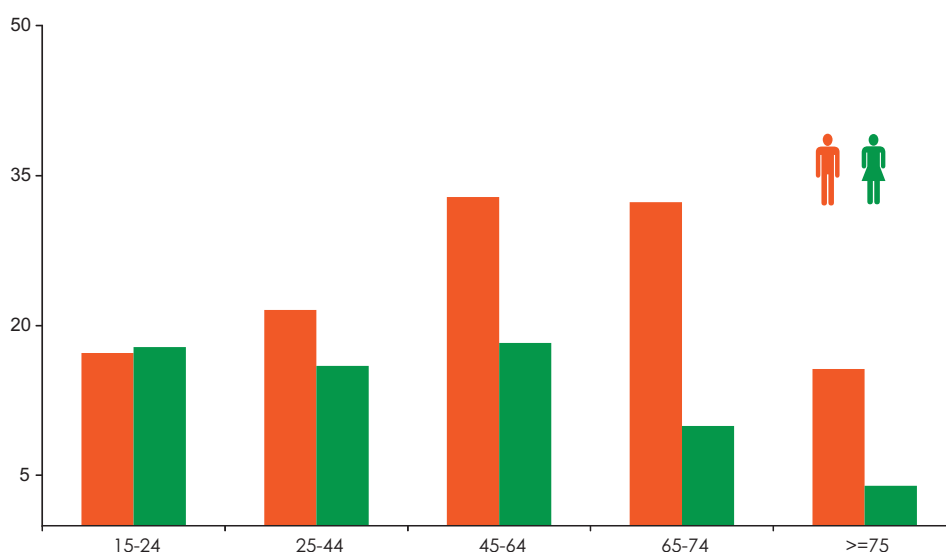
Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

2.2.4 Consumo de alcohol. Población bebedora de riesgo

La lucha contra el uso nocivo de alcohol constituye una prioridad en materia de salud pública. El consumo excesivo de alcohol⁽¹¹⁾ aumenta el riesgo de padecer cirrosis hepática, determinados tipos de cáncer, hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular y favorece la aparición de malformaciones congénitas. Además, genera problemas de tipo familiar, laboral y social y es el responsable de una parte importante de los accidentes, principalmente de tráfico.

La prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo para la salud es mayor en los hombres (25%) que en las mujeres (15%). La mayor proporción de este tipo de bebedores se encuentra en las etapas de final de la adultez (45-64 años) y principios de la vejez (65-74 años); en cuanto a su evolución, en 2013 desciende un 15% la proporción de hombres con consumo de alto riesgo, mientras que aumenta un 19% en las mujeres.

Gráfico 14. Población de alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud debido a su consumo de alcohol. Año 2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

2.2.5 Obesidad

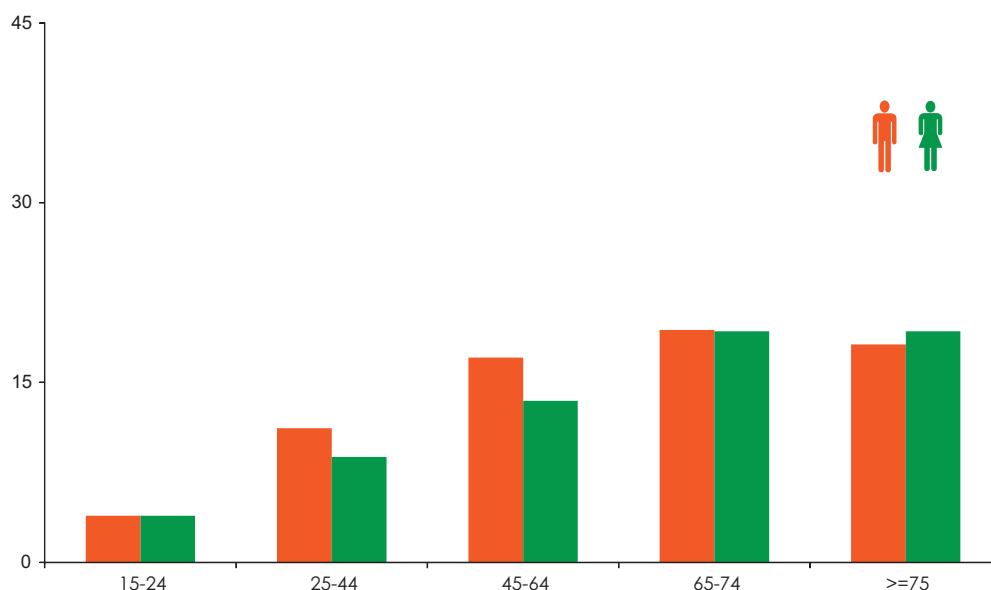
El dato más preocupante relacionado con el peso se refiere a la prevalencia de la obesidad; ésta se asocia a múltiples causas de mortalidad y de prevalencia de enfermedades (cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer de mama, colon y próstata), ya que la probabilidad de desarrollar un problema de salud es mayor para las personas obesas. Según los expertos, la pluripatología de una persona de edad avanzada obesa es un hecho y las más comunes a todas ellas son: arteriosclerosis, enfermedad hipertensiva, tromboflebitis con sus accidentes tromboembólicos, esclerosis renal, diabetes mellitus, colelitiasis y enfermedad degenerativa articular, entre otras.

El 14% de los hombres y el 13% de las mujeres son obesos. La proporción de población obesa aumenta con la edad; así la prevalencia más alta está entre la población de 65 y más años, afectando a casi un 20% de este colectivo en la C.A. de Euskadi.

En los últimos años, la prevalencia de obesidad ha ido aumentando aunque en los hombres se ha estabilizado respecto al año 2007.

⁽¹¹⁾ Se clasifica a la población según el riesgo a largo plazo de tener problemas de salud debido a su consumo de alcohol (No bebe, ocasional, bajo riesgo y alto riesgo).

Gráfico 15. Prevalencia de la población con obesidad. Año 2013.



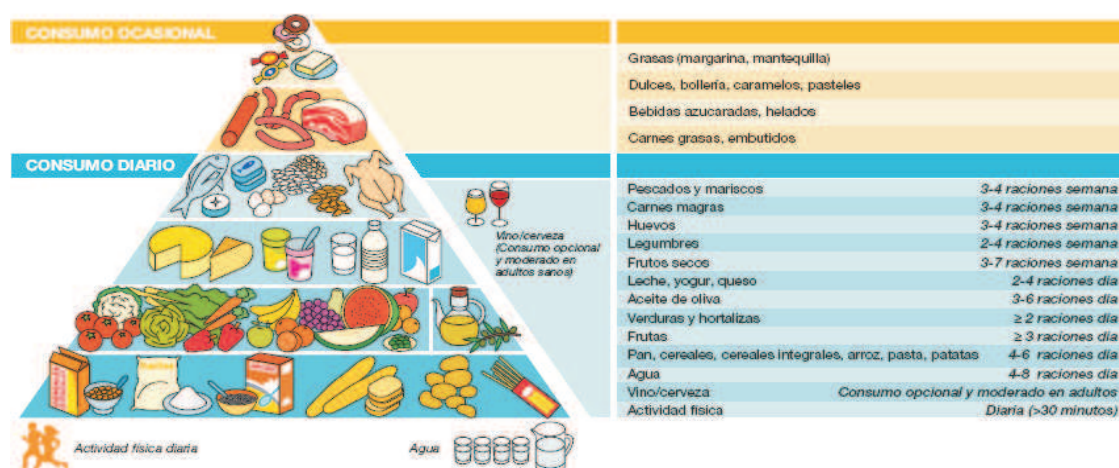
Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

2.2.6 Hábitos alimentarios

En un estilo de vida saludable, una alimentación equilibrada junto a otros hábitos saludables como el ejercicio físico, dormir las horas necesarias, la ausencia de consumo de tabaco, la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas..., entre otros, permiten prevenir multitud de enfermedades (cardiovasculares, algún tipo de cáncer, obesidad, trastornos del metabolismo, caries dental, osteoporosis y algunas alteraciones del sistema inmunitario).

La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria y semanal. La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SEC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) elaboraron una Pirámide de Alimentación Saludable.

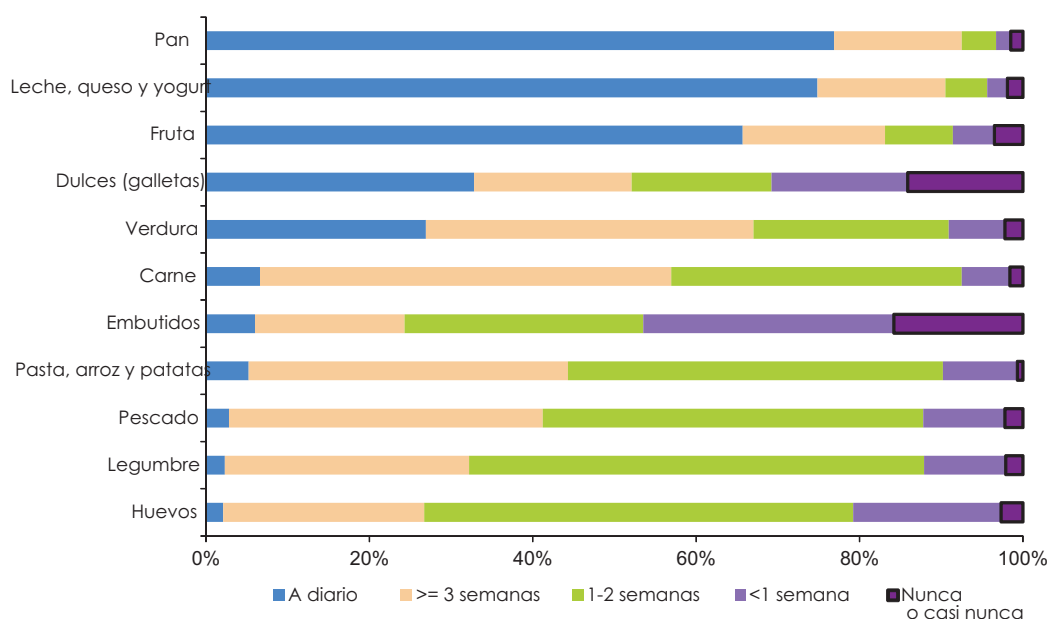
Gráfico 16. Pirámide de la Alimentación Saludable para adultos sanos según SemFYC.



Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC).

Los expertos sostienen que los patrones alimentarios más cercanos a la Dieta Mediterránea, caracterizados por el consumo de frutas y verduras, legumbres y pescado, junto al bajo consumo de grasas de origen animal y bollería industrial, se asocian con una disminución de la morbilidad, sobre todo de la atribuible a la patología cardiovascular.

Gráfico 17. Frecuencia de consumo de alimentos. Año 2013.

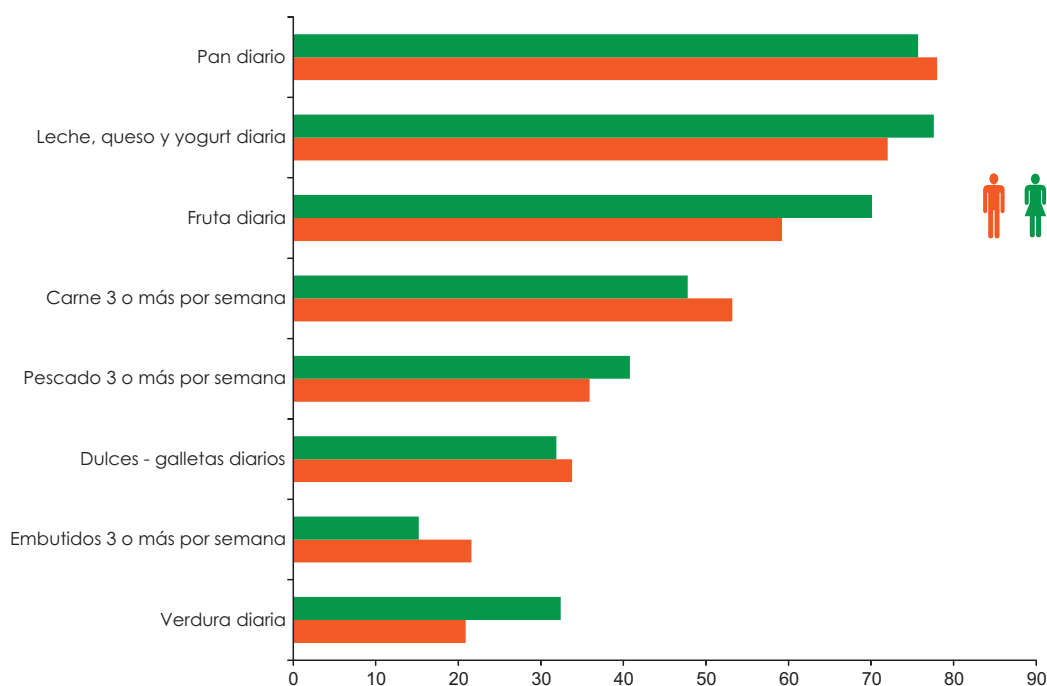


Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

De los alimentos que aconseja la SEC para consumir a diario, los datos de la Encuesta de Salud señalan que en torno al 75% de la población consume diariamente pan y lácteos y el 66% fruta. En cambio otro de los alimentos recomendados de consumo diario, como la verdura (27%), se sitúa por debajo de otros aconsejados para el consumo ocasional, como los dulces (33%).

De entre los otros alimentos que deben tomarse varias veces por semana, destaca el consumo de carne el 50% de la población come carne tres o más veces por semana; le sigue la pasta, el arroz, las patatas y el pescado. Las legumbres, alimento clave de la Dieta Mediterránea, se consumen mayoritariamente (56%) de una a dos veces por semana.

Gráfico 18. Consumo de alimentos. Año 2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

Por otro lado, se aprecian diferencias de género en los hábitos alimenticios; los hombres parecen ser más proclives al consumo de carne y embutidos mientras que las mujeres se inclinan más por las frutas, verduras y pescado que por el embutido y los dulces.

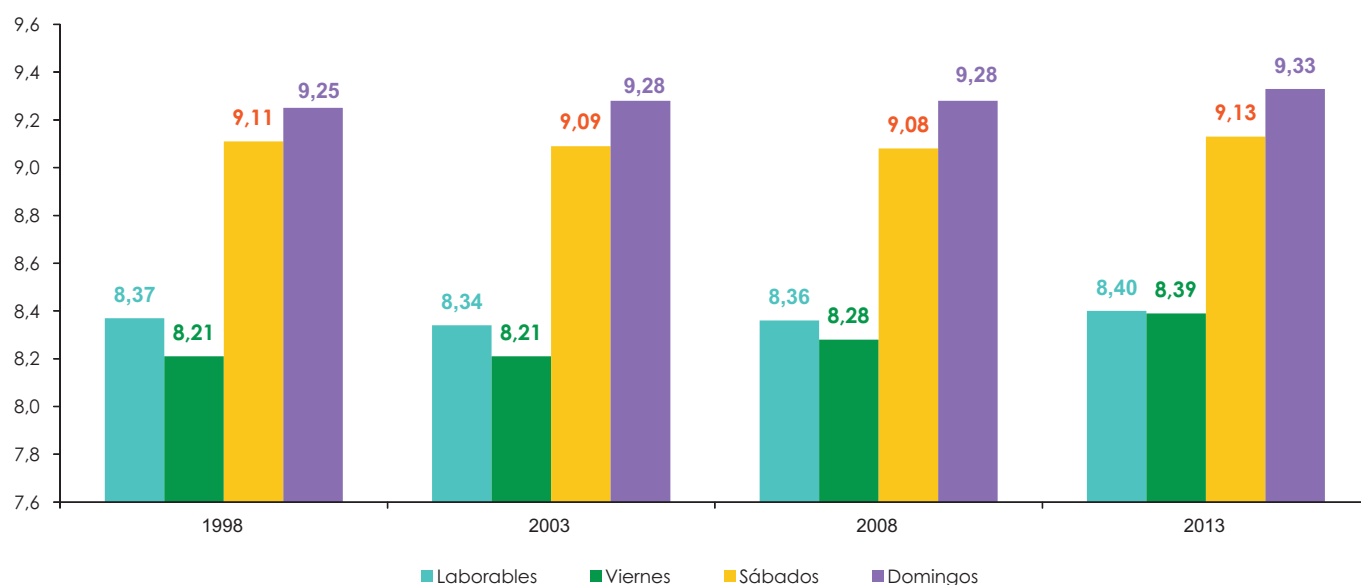
2.2.7 Hábitos de sueño

El sueño afecta a las funciones diarias y a la actividad física y mental. Dormir menos horas de las necesarias puede ocasionar serios problemas de salud como depresión, ansiedad, hipertensión y graves problemas de crecimiento. Así mismo, además de otras evidencias, un estudio realizado por la Doctora Kristen G. Hairston⁽¹²⁾ revela que los adultos jóvenes que duermen muy poco o demasiado tienden, con el tiempo, a una mayor acumulación de grasa abdominal, lo que eleva el riesgo de sufrir enfermedades como la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías. Los resultados de este estudio confirman la idea de que los hábitos de sueño afectan al peso y la salud en general: “dormir es una parte importante de la salud”⁽¹³⁾.

El tiempo medio social dedicado al sueño en la C.A. de Euskadi, según datos de la última Encuesta de Presupuestos de Tiempo, es de 8 horas y 52 minutos, once minutos más de lo que se destina en España (8 horas y 41 minutos en 2009-2010).

Respecto a años anteriores en 2013 se duerme más: cinco minutos más que en 2008 y siete más respecto a 2003; continúan siendo los días del fin de semana, sábado y domingo, los que más tiempo destinan a dormir (más de 9 horas) y preferentemente los domingos. En 2013 el viernes se duerme más tiempo, ha aumentado 11 minutos y 18 minutos respecto a 2008 y 2003, equiparándose al resto de los días de la semana (lunes a jueves).

Gráfico 19. Tiempo medio de horas de sueño por día. Años 1998-2003-2008- 2013.



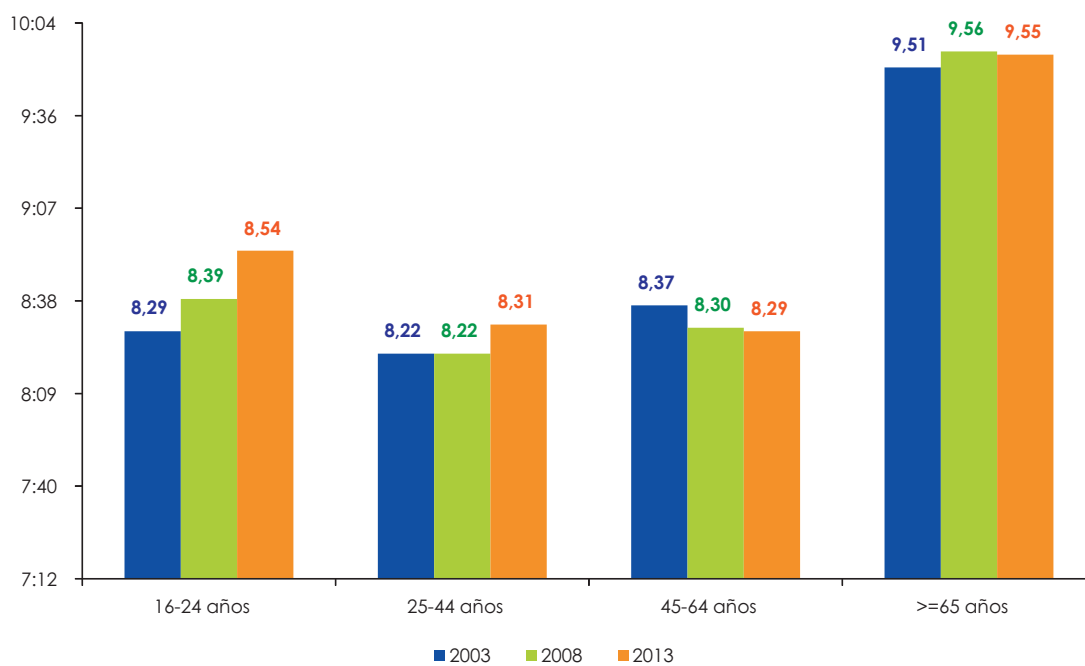
Fuente: Eustat. Encuesta de Presupuestos de Tiempo.

Las necesidades de sueño dependen de diversos factores, uno de ellos es la edad. El número de horas necesarias de sueño diario varía con la edad y con la persona. Así, según los datos de la EPT, las personas de 65 y más años son las que más duermen -destinan casi 10 horas diarias para dormir- en tanto que las de 45-64 años son las que menos (8 horas y 29 minutos), si bien todos los tramos de edad superan las 7-8 horas diarias que es aconsejable dormir para una buena salud. Respecto a años anteriores, los más jóvenes (16-24 años) y los adultos jóvenes (25-44 años) duermen más tiempo (15 minutos más y 9 minutos más respectivamente).

⁽¹²⁾ Doctora Kristen G. Hairston, de la Escuela de Medicina de la Wake Forest University, en Winston-Salem Carolina del Norte.

⁽¹³⁾ La Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT) en la C.A. de Euskadi la realiza el Eustat cada 5 años (últimos datos disponibles de 2013) y en el resto del Estado el INE con el nombre de Encuesta de Empleo de Tiempo (EET) (los datos más recientes corresponden al año 2009-2010).

Gráfico 20. Tiempo medio de horas de sueño por edad. Año 2013.



Fuente: Eustat. Encuesta de Presupuestos de Tiempo. 2013.

3. ESTADO DE SALUD

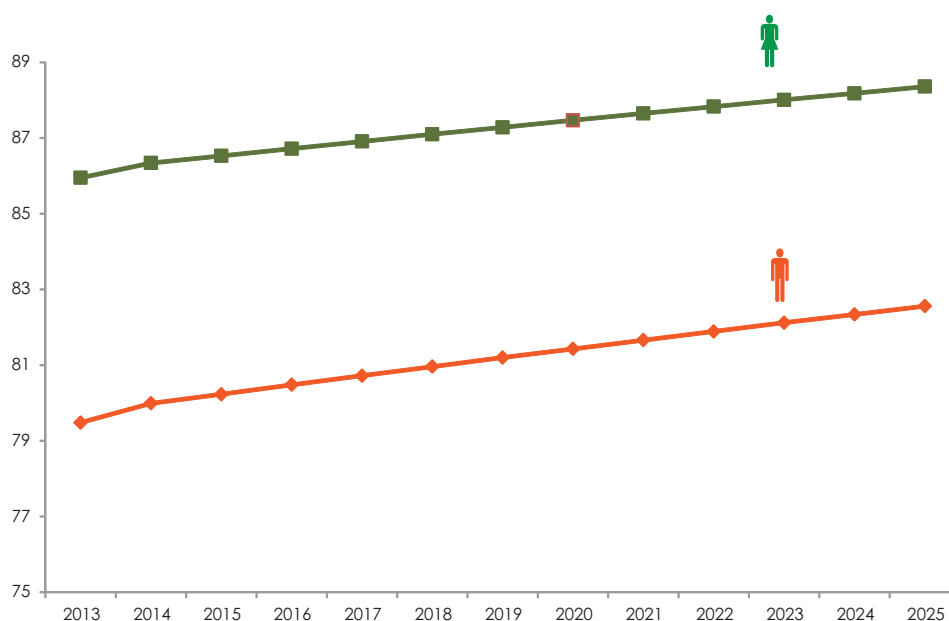
3.1 ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida es uno de los indicadores más empleados para determinar el nivel de bienestar existente en un país o región. La esperanza de vida ha aumentado progresivamente en los países desarrollados con motivo, principalmente, de los avances e innovaciones tecnológicas en el área de la medicina provocando un cambio de escenario donde se eleva la población de más edad y, con ella, las situaciones de enfermedades asociadas al propio envejecimiento, nuevas relaciones de dependencia y la demanda de atención socio-sanitaria, así como el gasto que ella supone. La población quiere vivir más, y también mejor, pero ¿puede seguir aumentando la esperanza de vida y mantenerse el Estado del Bienestar? Este es el reto a conseguir en el futuro.

En el caso de Euskadi, tanto los hombres como las mujeres han experimentado un aumento constante de su esperanza de vida⁽¹⁾. Atendiendo a los indicadores observados hace 35 años (69,6 años de esperanza de vida para varones y 76,9 para las mujeres en 1975), se constata que la esperanza de vida para varones se ha incrementado en 9,3 años respecto a hace 35 años y la de las mujeres en 8,5 años. Los varones han ganado 3,2 meses más de vida cada año hasta alcanzar los 78,9, mientras que las mujeres se han beneficiado de 2,9 meses más por año, llegando a los 85,4 años en 2010. La diferencia entre las esperanzas de vida de ambos sexos se ha reducido a 6,6 años desde la máxima de 8,7 que se dio hace 20 años.

Así mismo, las proyecciones de esperanza de vida hasta 2025⁽²⁾ evidencian que continuará su trayectoria ascendente y que la población vasca vivirá aún más años. La esperanza de vida al nacimiento alcanzará 82,6 años para los hombres y 88,4 años para las mujeres en 2025. La diferencia de esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y hombres pasará de 6,5 años en 2010 a 5,8 en 2026.

Gráfico 1. Evolución de la esperanza de vida al nacer (años) por sexo. Años 2013-2025.



Fuente: Eustat. Proyecciones Demográficas 2025.

En este contexto de países desarrollados con altas esperanzas de vida, los indicadores de salud clásicos, basados únicamente en la mortalidad, resultan limitados para describir la evolución del estado de salud de la población. Es necesario conocer si la mejora continua de la mortalidad viene acompañada también de un aumento en el nivel de salud de la población o si, por el contrario, es a costa de una mayor morbilidad y discapacidad. Para ello es necesario utilizar indicadores de salud que tengan en cuenta no sólo la mortalidad de una población sino también la experiencia de morbilidad o discapacidad.

⁽¹⁾ La esperanza de vida al nacer representa el número de años que, por término medio, viviría una persona de una determinada edad si estuviera sujeta durante el resto de la vida a la mortalidad de la época.

⁽²⁾ Fuente: Eustat. Proyecciones Demográficas 2025.

"La esperanza de vida se valora desde la cantidad y la calidad y se denomina esperanza de vida saludable o libre de discapacidad". La esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) es un indicador sintético que combina datos de mortalidad y discapacidad, y estima el número de años que una persona de una determinada edad esperaría vivir libre de discapacidad, si las tasas de mortalidad y las prevalencias de discapacidad por sexo y edad de la época se mantuvieran estables durante lo que le resta de vida.

Gráfico 2. Esperanza de vida de libre discapacidad (EVLD) y esperanza de vida con discapacidad (EVD). Años 2007 y 2013.



Fuente: Departamento de Salud.

La esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) se situó en el año 2013 en 69,3 años en hombres y 73,1 en mujeres. Respecto a 2007, la EVLD ha disminuido 0,3 años en los hombres y 1,8 años en las mujeres, mientras que los años vividos con discapacidad (EVD) han aumentado 1,7 en los hombres y 3 años en las mujeres.

3.2 MORTALIDAD

Los datos de mortalidad proporcionan información sobre el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa de defunción; nos indican su distribución por sexo, edad, localidad de residencia y mes de defunción. La Estadística de Defunciones recoge desde 1975 los datos de mortalidad, lo que permite hacer un análisis extenso de su evolución en el tiempo y puede ser de gran utilidad para evaluar los resultados de las políticas de salud.

La trascendencia sanitaria que tiene la mortalidad es diferente si ocurre en edades tempranas o en edades avanzadas; su relevancia es tal que la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas para personas menores de 65 años⁽¹⁾ se incluye entre los Indicadores de Desarrollo Sostenible de la Unión Europea. La incidencia y distribución por edad de la mortalidad presenta diferencias según sexo. En valores absolutos, el número de defunciones de los varones es superior al de las mujeres hasta llegar a las edades muy avanzadas, donde la relación se invierte: la mortalidad femenina es significativamente más alta a partir de los 85 años al ser superior el número de mujeres que alcanzan edades tan avanzadas.

Así mismo, un recorrido por los últimos diez años nos indica que el número de fallecimientos ha crecido un 5,1% y que la edad media al fallecimiento se ha retrasado. Ambos datos apuntan a una población cada vez más longeva; de hecho las últimas cifras señalan que el número de defunciones de personas centenarias se ha ido incrementando en los últimos años hasta alcanzar su máximo histórico en 2012.

Teniendo en cuenta la causa de defunción, los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio son las principales causas de muerte, ya que entre las dos representan más de la mitad de las defunciones. La prevalencia de estos dos grupos ha ido variando en la última década así como las muertes que afectan al sistema circulatorio han descendido, los tumores, por el contrario, han crecido paulatinamente hasta convertirse en la causa más frecuente de fallecimiento.

A pesar de que la C.A. de Euskadi se encuentra entre los territorios con la proporción de población de 65 y más años más alta de Europa (21,1% en 2010 frente al 17,4% en la UE-27), la tasa bruta de mortalidad de la C.A. de Euskadi, que osciló entre 8,7-9,2 por 1.000 habitantes a lo largo del periodo 2000-2010, siempre estuvo por debajo de la media EU-27 (9,6-10 por 1.000 habitantes).

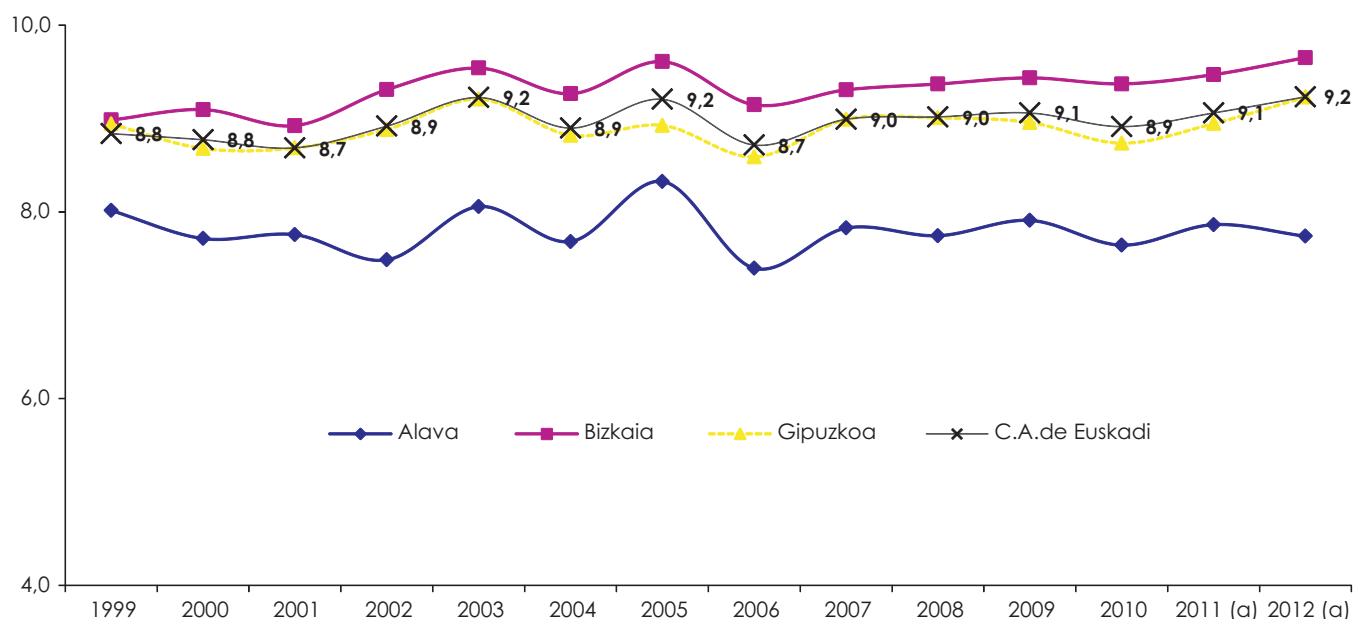
3.2.1 Evolución

El número de defunciones en la C.A. de Euskadi en 2012 ascendió a 20.281, lo que supuso un incremento del 2,3% respecto a 2011 y le sitúa con una tasa bruta de mortalidad de 9,2 por 1.000 habitantes, la misma que se obtuvo para los años 2003 y 2006.

A lo largo de todo el periodo 1999-2012 las tasas de mortalidad de la C.A. de Euskadi han oscilado entre un 8,7 (el valor más bajo) y un 9,2 (el más alto). Álava fue el territorio con las tasas de mortalidad más bajas mientras que Bizkaia registró las más elevadas y Gipuzkoa mantuvo una posición intermedia, la más próxima a la evolución del conjunto de la C.A. de Euskadi.

⁽¹⁾ La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas para personas menores de 65 años informa sobre las causas de muerte que podrían ser teóricamente evitables por ir asociadas a determinados estilos de vida. Establecer la relación entre estilos de vida y enfermedades crónicas es uno de los objetivos de la estrategia de desarrollo sostenible.

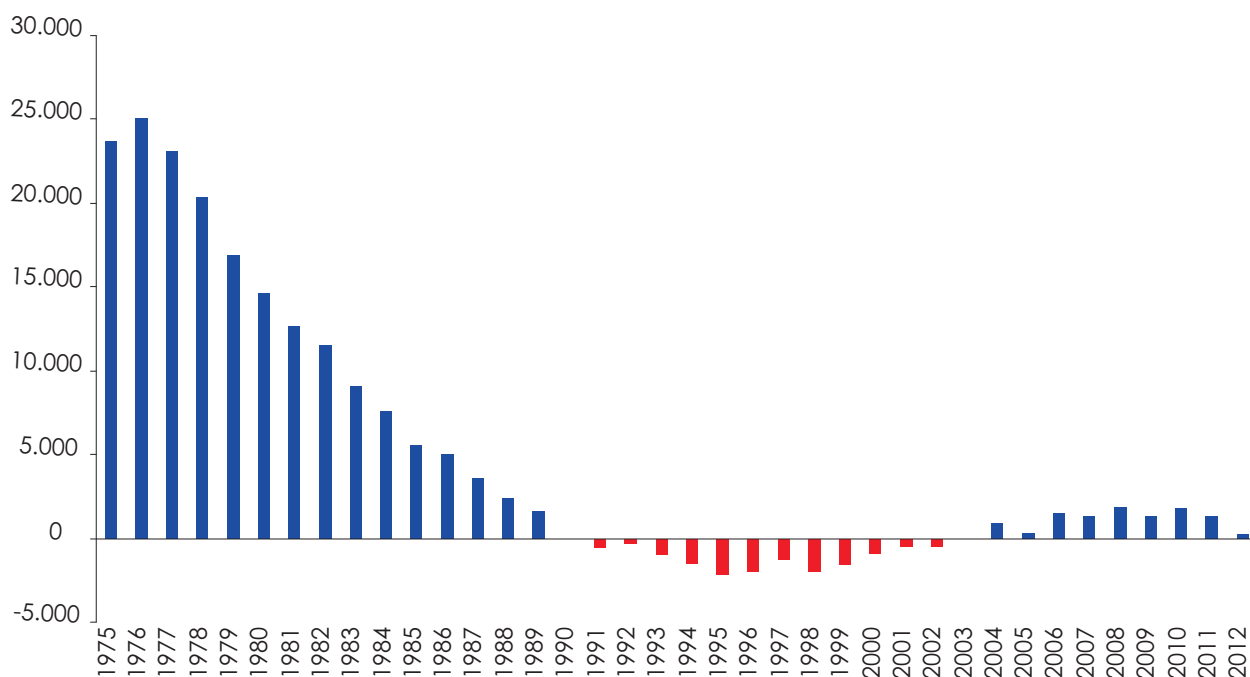
Gráfico 3. Evolución de la tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes. Años 1999-2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Las defunciones influyen en las variaciones de la población; el crecimiento vegetativo de la población, que es la diferencia entre el número de nacidos y el número de fallecidos, descendió durante 14 años consecutivos hasta 2004, año en el que hubo un saldo positivo de 910 personas; este signo positivo se ha mantenido en los años sucesivos y también en el año 2012 donde se produjeron 252 nacimientos más que muertes.

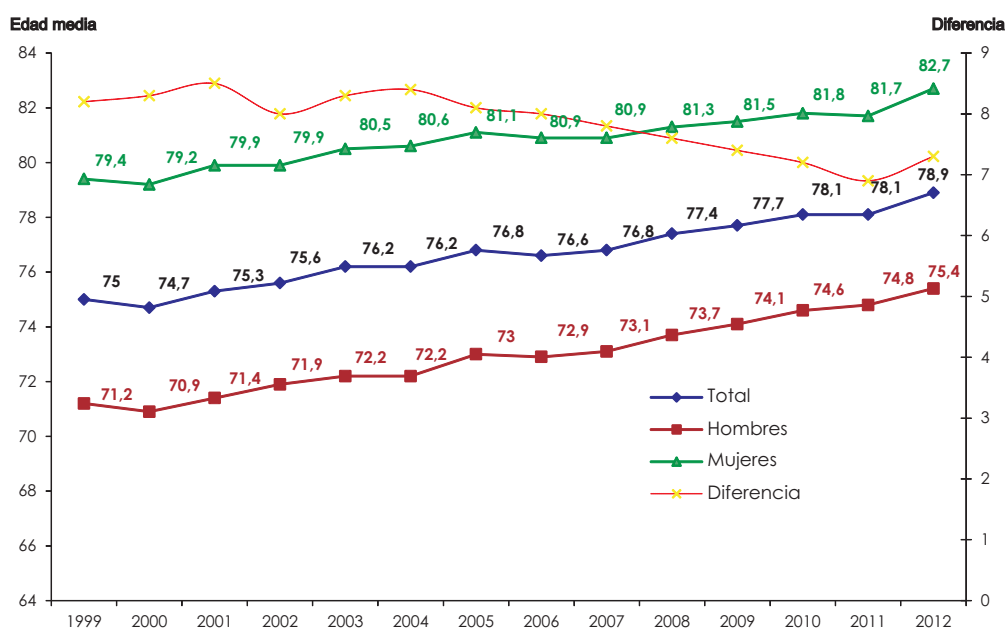
Gráfico 4. Evolución del crecimiento vegetativo C.A. de Euskadi. Años 1975-2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Pero en cuanto al territorio se refiere, el comportamiento fue diferente. En Álava y Gipuzkoa se produjeron saldos positivos que ganaron 772 y 384 personas, respectivamente; por el contrario, en el caso de Bizkaia, el número de defunciones superó al de nacimientos, con lo que el saldo fue negativo (-904).

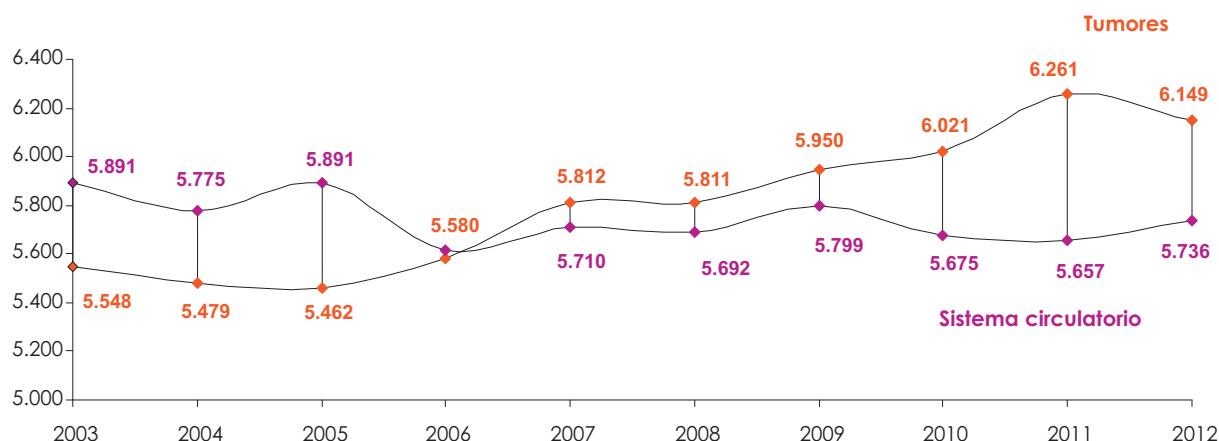
Gráfico 5. Evolución de la edad media a la defunción por sexo. Años 1999-2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

La edad media de fallecimiento es un indicador de longevidad de la población. En la C.A. de Euskadi desde 1999 a 2012 se ha incrementado en casi 4 años, situándose en 78,9 años en 2012. La edad media de fallecimiento en las mujeres fue de 82,7 años, 7,3 años más tarde que los hombres (75,4 años). Esta diferencia, que ha sido mayor en años anteriores, ha ido descendiendo en los últimos años.

Gráfico 6. Evolución de las dos principales causas de fallecimiento. Años 2003-2012.

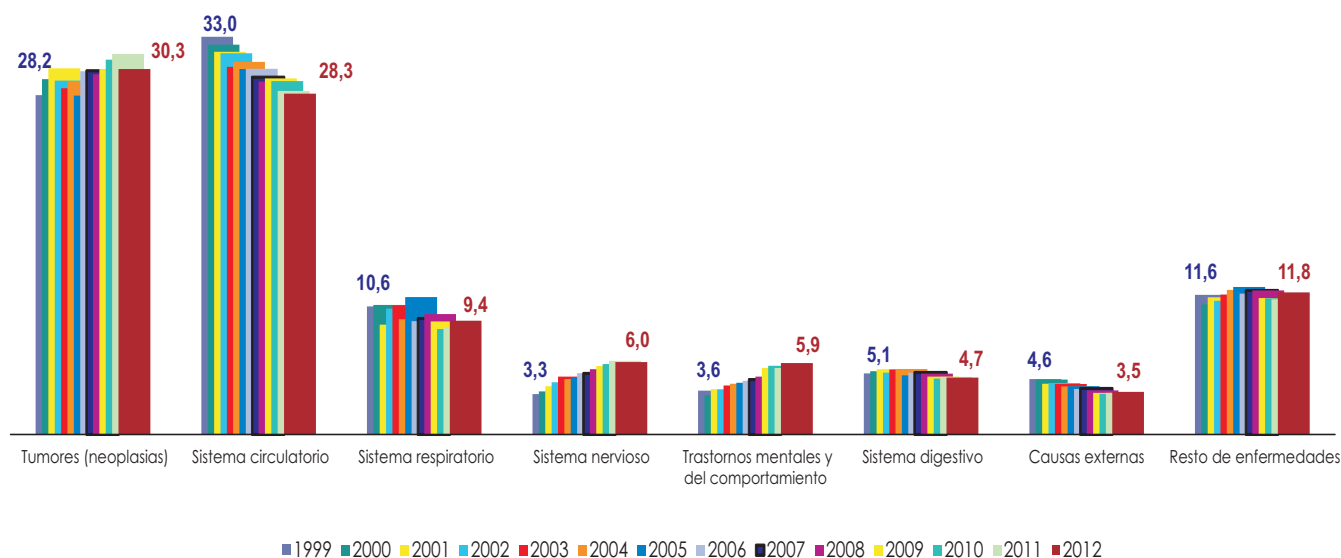


Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

En cuanto a las causas de defunción, los tumores y enfermedades del aparato circulatorio fueron las principales en la C.A. de Euskadi (seis de cada diez muertes corresponden a estas dos causas) durante estos diez últimos años. Debido a la alta frecuencia de estos dos grupos de enfermedades en la mortalidad, ambas han sido consideradas áreas prioritarias de los Planes de Salud.

Desde hace más de una década en la C.A. de Euskadi, los fallecimientos por causa de enfermedades circulatorias han ido descendiendo, a la inversa que los tumores, lo que supuso que estos se convirtieran a partir del año 2007 en la principal causa de fallecimiento en la C.A. de Euskadi.

Gráfico 7. Evolución de las causas de defunción por grupos de enfermedades (%). Años 1999-2012.

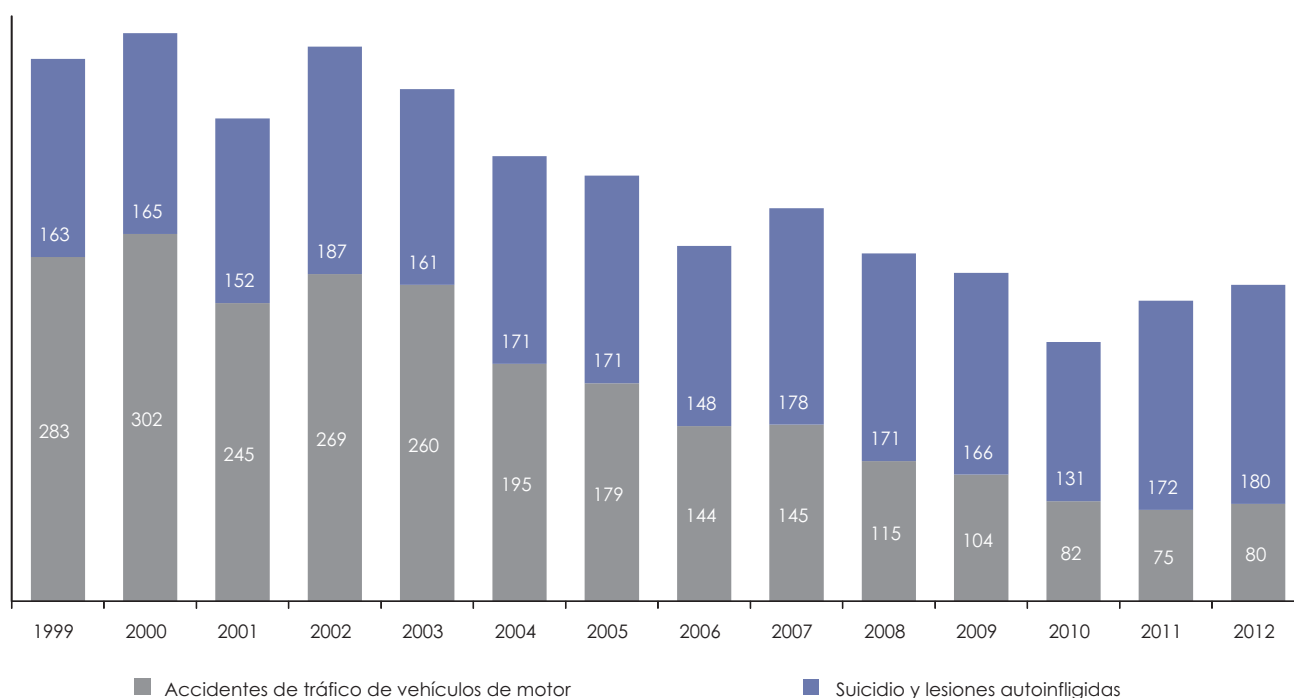


Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Las causas de fallecimiento que más han aumentado en esta última década guardan relación con situaciones de enfermedad asociadas al envejecimiento; entre ellas se encuentran los trastornos mentales orgánicos senil y presenil y el Alzheimer (esta última como enfermedad del sistema nervioso), cuya frecuencia aumenta conforme avanza la edad.

Dentro de las causas externas, los fallecimientos por accidentes de tráfico descendieron un 70,3% a lo largo de toda la década como resultado de las medidas preventivas de tráfico, mientras, contrariamente, los suicidios han aumentado y se sitúan como la primera causa externa de defunción en el año 2012.

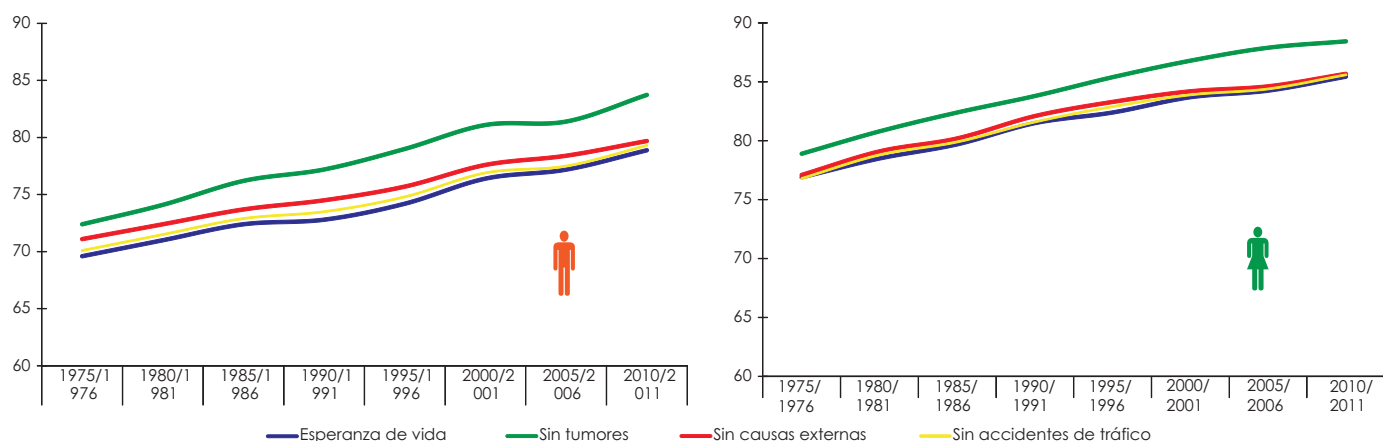
Gráfico 8. Evolución de los fallecimientos por causa de accidentes de tráfico y suicidio. Años 1999-2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Los tumores constituyen la principal amenaza a los años de esperanza de vida. Si se consiguieran eliminar su efecto, los hombres prolongarían su vida casi 5 años y las mujeres 3 años.

Gráfico 9. Evolución de la esperanza por causa, según sexo. Años 1975/1976-2010/2011.



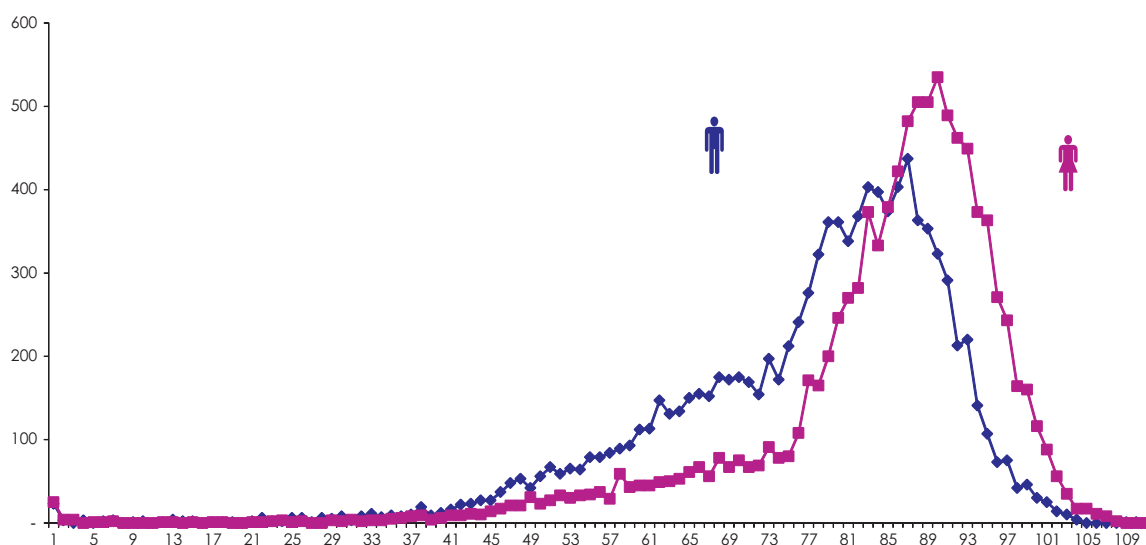
Fuente: Eustat. Indicadores demográficos.

Más suaves son, en cambio, los detrimentos provocados por las causas externas de defunción, que restan 9 meses de vida a los hombres y sólo 3 meses a las mujeres, y menos aún, si se tienen en cuenta únicamente los accidentes de tráfico (incluidos entre las causas externas); la reducción se cifra en 4 meses para los hombres y en sólo 2 meses para las mujeres.

3.2.2 Mortalidad 2012

Tal como adelantábamos al inicio del apartado, la mortalidad presenta diferencias según sexo y edad. En valores absolutos, prácticamente a todas las edades el número de defunciones de varones es superior al de mujeres (la mayor diferencia las encontramos a la edad de 78 años), sin embargo a partir de los 84 años la relación se invierte y a los 91 años las defunciones de las mujeres superan en algo más del doble a las registradas en los hombres, ya que la mortalidad femenina es significativamente más alta al ser superior el número de mujeres que alcanzan edades tan avanzadas.

Gráfico 10. Número de defunciones por edad y sexo. Año 2012.

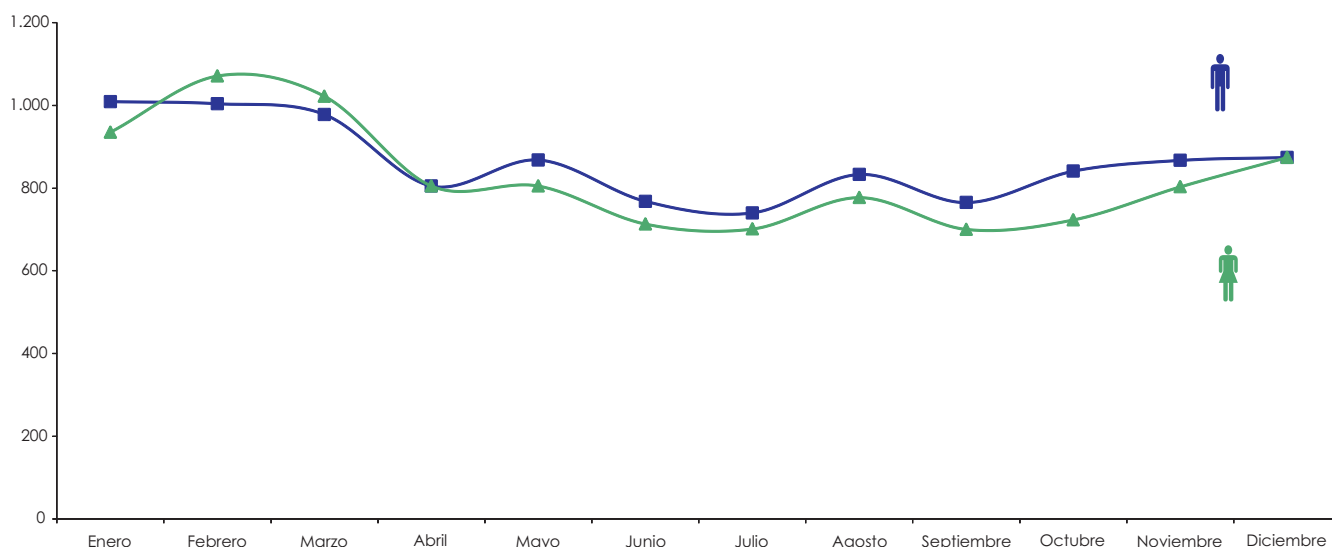


Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Además, durante el año 2012 fallecieron 289 personas con 100 ó más años, entre las que las mujeres representaban el 81%. Los recientes avances en la disminución de la mortalidad se han producido en edades avanzadas; así el número de defunciones de personas centenarias se ha ido incrementando en los últimos años hasta alcanzar su máximo histórico en 2012.

Otro dato de interés sobre la mortalidad de 2012 señalan a febrero como el mes en el que se produjeron más muertes (2.075) y julio en el que menos (1.441). Salvo los meses de febrero y marzo, el número de defunciones de los hombres fue superior al de mujeres.

Gráfico 11. Evolución de fallecimientos por meses, según sexo. Año 2012.



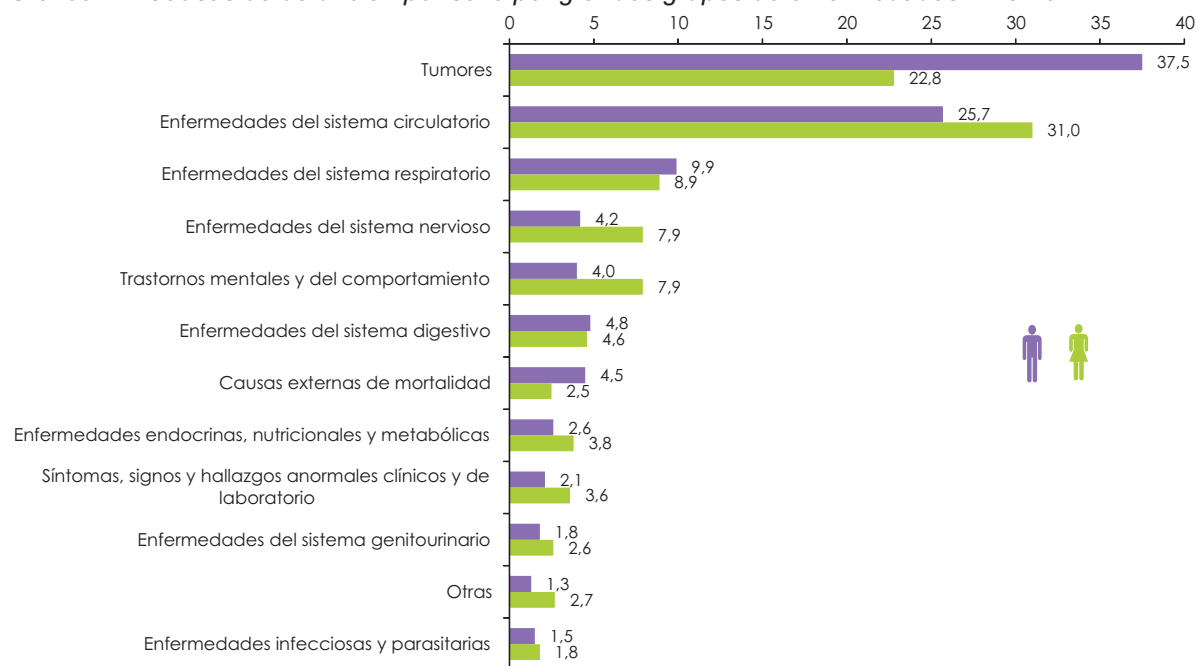
Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

3.2.3 Causas de defunción

El 30,3% de las defunciones ocurridas en 2012 (6.149 muertes) se debió a tumores; a continuación se situaron las enfermedades del aparato circulatorio con un 28,3% (5.736 defunciones) y, en tercer lugar, a mayor distancia, las enfermedades respiratorias, que supusieron el 9,4% (1.915); solo estas tres causas representan el 68% de las defunciones.

La prevalencia de estos tres grupos de enfermedades más importantes ha ido variando en la última década; así como las muertes por tumores han crecido un 12,5%, las otras dos, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias, han disminuido un 2,6% y un 1,5%, respectivamente.

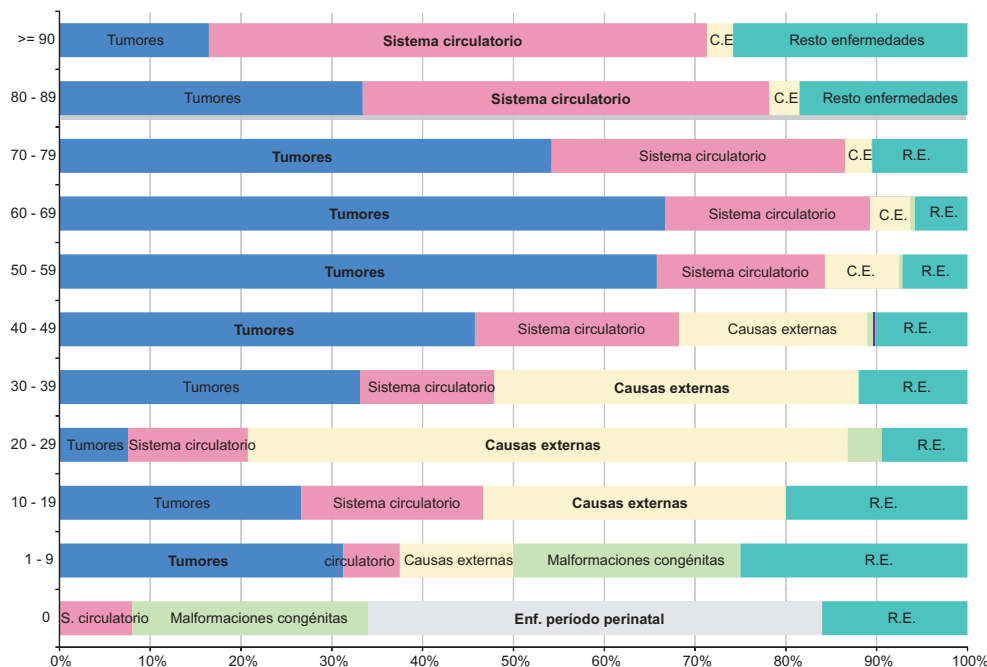
Gráfico 12. Causas de defunción por sexo por grandes grupos de enfermedades. Año 2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

El motivo de las defunciones fue distinto según el sexo, entre los hombres los tumores superaron a las enfermedades del aparato circulatorio, mientras que entre las mujeres fue a la inversa; primero las enfermedades cardiovasculares y luego los tumores.

Gráfico 13. Mortalidad proporcional por grupos de enfermedades según edad. Año 2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

La causa de defunción varía con la edad. En los menores de un año, las defunciones más frecuentes fueron las debidas a enfermedades originadas en el período perinatal y a malformaciones congénitas; de 1 a 9 años fueron los tumores y a partir de ese momento hasta los 40 años fueron las causas externas, entre ellas los accidentes y los suicidios; de 40 a 79 años los tumores (tráquea, bronquios o pulmón, colon y mama de mujer) y, a partir de los 80 años, las enfermedades del sistema circulatorio (cerebrovasculares).

Tabla 1. Causas específicas de muerte más frecuentes. Año 2012.

Hombres		Mujeres	
Causas más frecuentes	Casos	Causas más frecuentes	Casos
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	860	Enf. cerebrovasculares	821
Enf. cerebrovasculares	611	Trastornos mentales orgánicos senil y presenil	770
Otras enf. del corazón	546	Otras enf. del corazón	601
Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores (excepto asma)	542	Insuficiencia cardíaca	528
Otras enf. isquémicas del corazón	522	Enfermedad de Alzheimer	496
Tumor maligno del colon	422	Enf. hipertensivas	383
Trastornos mentales orgánicos senil y presenil	378	Otras enf. del sist. respiratorio	373
Tumor maligno de la próstata	364	Tumor maligno de la mama	341
Infarto agudo de miocardio	323	Otras enf. isquémicas del corazón	309
Otras enf. del sist. respiratorio	293	Otras enfermedades sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	280
Insuficiencia cardíaca	270	Otras enf. del sist. digestivo	277

Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

La mortalidad por causas específicas y sexo señala al tumor maligno de tráquea, bronquios o pulmón, con 860 fallecimientos (6%), como la principal causa de fallecimiento en los varones, mientras que en las mujeres fueron las enfermedades cerebrovasculares, con 821 defunciones (8,3%).

Dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, cabe destacar el importante descenso del infarto de miocardio como causa de muerte. En el año 2002 fueron 849 las personas fallecidas por esta causa mientras que fueron 563 en 2012, lo que supone un descenso del 33,7%.

Entre las defunciones causadas por la enfermedad de Alzheimer, 73,7% correspondió a mujeres (496 muertes en 2012), la mayoría de edad avanzada (80-89 años), y el 26,3% restante a los hombres (177 muertes en 2012).

Las causas externas de defunción manifiestan una mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres. Así, las muertes por suicidio afectaron a 133 hombres frente a 47 mujeres. En cuanto a las muertes por accidente de tráfico, 60 correspondieron a hombres frente a las 20 mujeres fallecidas por esta causa.

3.2.4 Mortalidad infantil

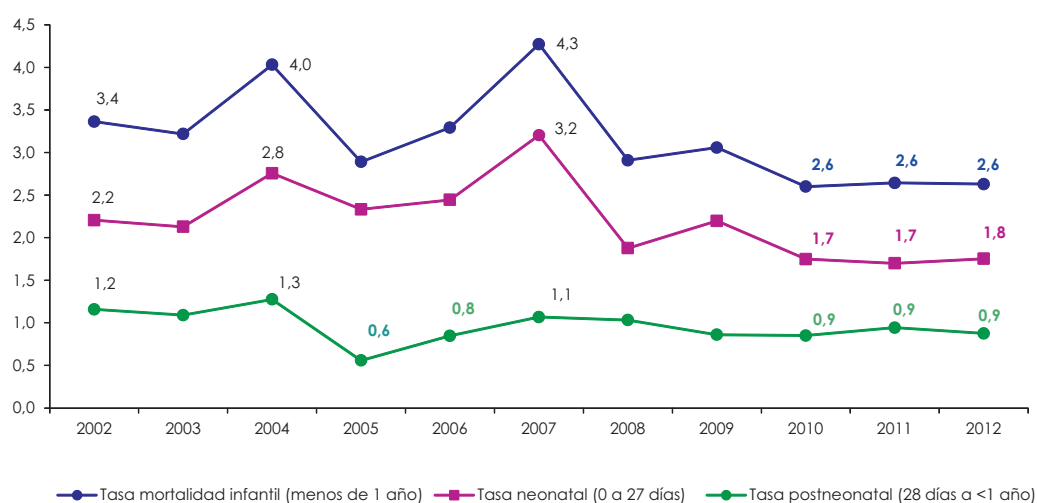
La mortalidad en el periodo infantil, dentro del cual se incluyen también la neonatal y postneonatal, son indicadores muy utilizados por las organizaciones internacionales a la hora de valorar el estado de salud de la población de un determinado país, lo que justifica su análisis periódico incluso en países desarrollados donde las tasas han descendido considerablemente.

Las cifras de mortalidad durante el periodo infantil señalan que en el año 2012 fallecieron 54 niños antes de cumplir el primer año de vida (mortalidad infantil), de los cuales 36 correspondieron a los primeros 28 días de vida (mortalidad neonatal) y 18 fallecieron entre los 28 y 364 días (mortalidad postneonatal). Entre los menores de un año, las defunciones de niñas (29) superaron a la de los niños (25).

En los últimos tres años (2010-2012), las tasas de mortalidad infantil en la C.A. de Euskadi, junto a la neonatal y postneonatal se han mantenido estables y han sido las más bajas de los diez últimos años⁽²⁾.

⁽²⁾ A excepción de la tasa de mortalidad postneonatal de los años 2005-2006.

Gráfico 14. Evolución de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal. Años 2002-2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

3.3 ESTADO DE SALUD: PERCIBIDO Y DECLARADO

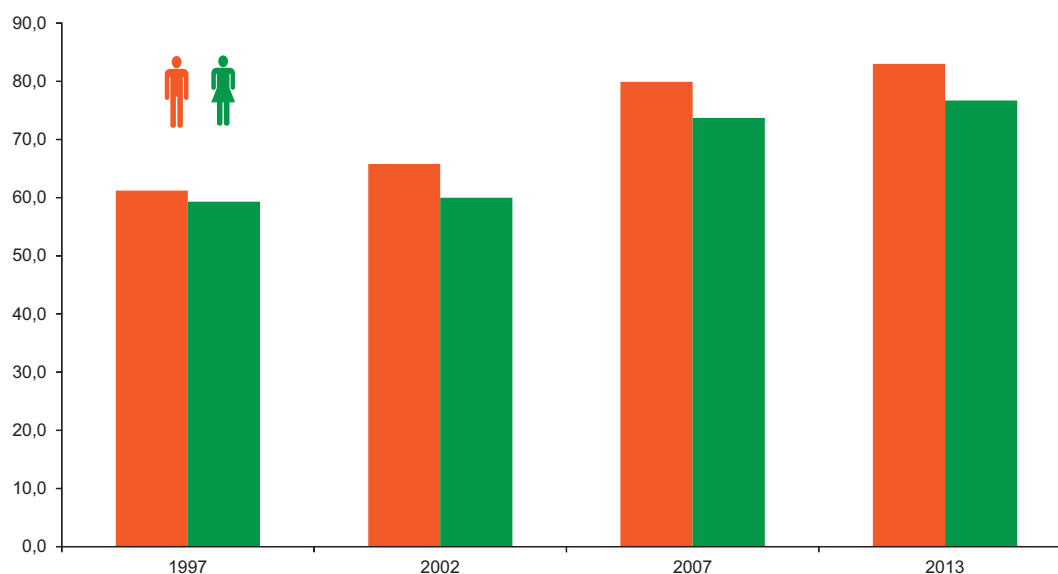
El conocimiento del estado de salud de la población acoge un amplio espectro de indicadores y fuentes. Entre ellas, destacan dos en particular: la morbilidad percibida o sentida, que es la autovaloración que la población hace de su estado de salud y cuyos datos se recogen en la "Encuesta de Salud " (ESCAV), y la morbilidad diagnosticada, que es la que registra las enfermedades/problemas de salud de la población que acude a un centro sanitario para ser atendida y tratada, entre cuyas fuentes sobresale la "Morbilidad Hospitalaria" por ser una de las más extendidas y reconocidas internacionalmente.

La autopercepción que las personas hacen de su propia salud⁽¹⁾, así como el reflejo de los diferentes hábitos y comportamientos que conforman los diferentes estilos de vida relacionados con la salud que se recogen en la Encuesta de Salud, pueden ayudar a desvelar otros problemas de salud que puedan quedar enmascarados en los registros convencionales de los servicios de salud.

3.3.1 Autovaloración de la salud

El 83% de los hombres y el 77% de las mujeres perciben su salud como buena o muy buena según los últimos datos de la ESCAV 2013. Estos datos manifiestan una mejora de la autovaloración de la salud respecto a años anteriores (2007 y 2002), mejora progresiva, ya que los valores de satisfacción han ido aumentando conforme han ido avanzando los años.

Gráfico 15. Evolución de la percepción de la salud. Años 1997-2002, 2007-2013.

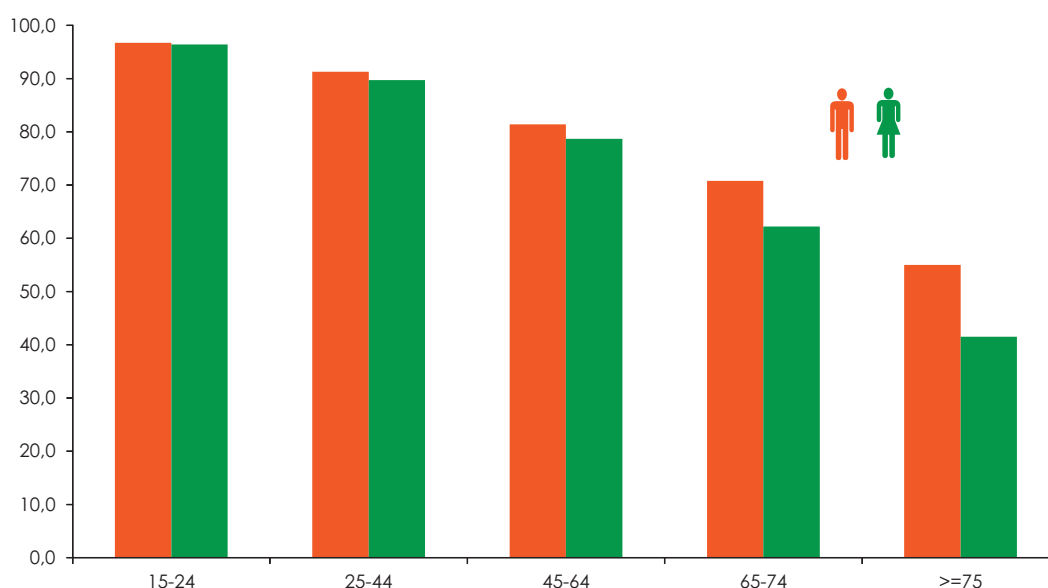


Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

La autopercepción de la salud tiene matices según consideremos el género, la edad, el grupo socioeconómico y el nivel de estudios. La percepción de la salud propia es peor en las mujeres que en los hombres y empeora con la edad, sobre todo a partir de los 65 años en adelante, cuando los problemas de cronicidad (como veremos más adelante) afectan a casi la mitad de la población.

⁽¹⁾ La Encuesta de Salud es realizada por el Departamento de Sanidad con una periodicidad de 5 años. Los datos más recientes corresponden a 2013 (años anteriores: 1992-1997-2002-2007). Describe los principales indicadores del estado de salud y de sus factores determinantes desde la perspectiva de las personas encuestadas.

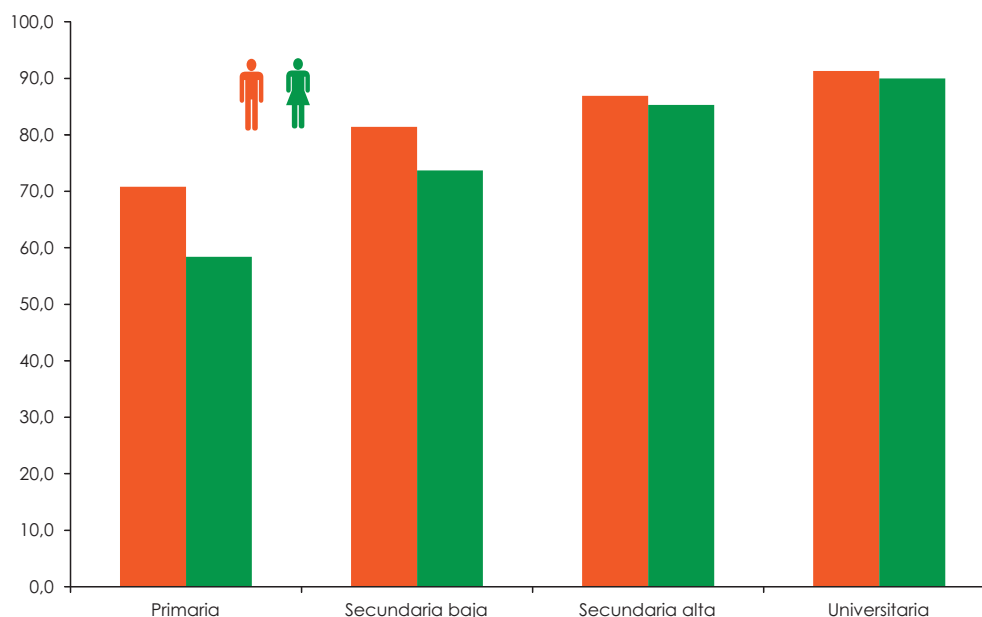
Gráfico 16. Percepción de buena salud según la edad. Año 2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

Los grupos económicos más desfavorecidos han manifestado tener peor salud y la apreciación mejora conforme avanzamos en el escalafón social; lo mismo sucede con el nivel de estudios, donde las personas con estudios universitarios son los que tienen mejor autopercepción de la salud.

Gráfico 17. Personas con buena salud declarada según nivel de estudios. Año 2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de la Salud (ESCAV).

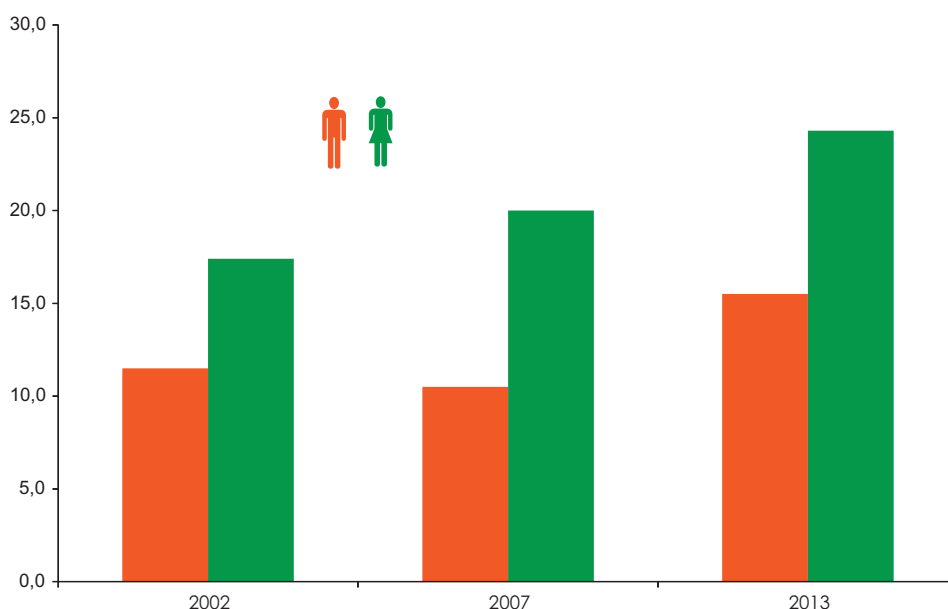
También, la Encuesta de Capital Social (año 2012)⁽²⁾ recoge la valoración que la población vasca da a su estado de salud, resultando una calificación media de notable (7,6 los hombres y 7,5 las mujeres), esta desciende conforme avanzamos en la edad, pasando del 8,4 entre los de 15-24 años a 6,6 de 65 y más años.

⁽²⁾ La Encuesta de Capital Social es una operación estadística de periodicidad quinquenal contemplada en el Plan Vasco de Estadística y realizada por Eustat. En el cuestionario hay un apartado destinado a Felicidad y Salud y la pregunta que se formula es ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad? En una escala del 0 al 10, en la que 0 significa muy malo y 10 muy bueno.

3.3.2 Salud Mental

La salud mental, medida en prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, ha empeorado, en especial en el colectivo de mujeres, que ha visto como a lo largo de los años ha aumentado el porcentaje que presenta síntomas de depresión y ansiedad, como así lo demuestran las cifras: casi una de cada cuatro (24,3%) en 2013 frente al 17,4% en el año 2002.

Gráfico 18. Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad. Años 2002-2007-2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

Además en las mujeres hay un avance de los síntomas de depresión a edades más tempranas afectando a un 22% de las mujeres de 25-44 años, mientras que en los hombres se producen a edades más avanzadas: 24% con 75 y más años. La mayor distancia entre hombres y mujeres se produce en el tramo de 65-74 años donde la diferencia es casi de quince puntos porcentuales.

Gráfico 19. Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad edad y sexo. Año 2013.

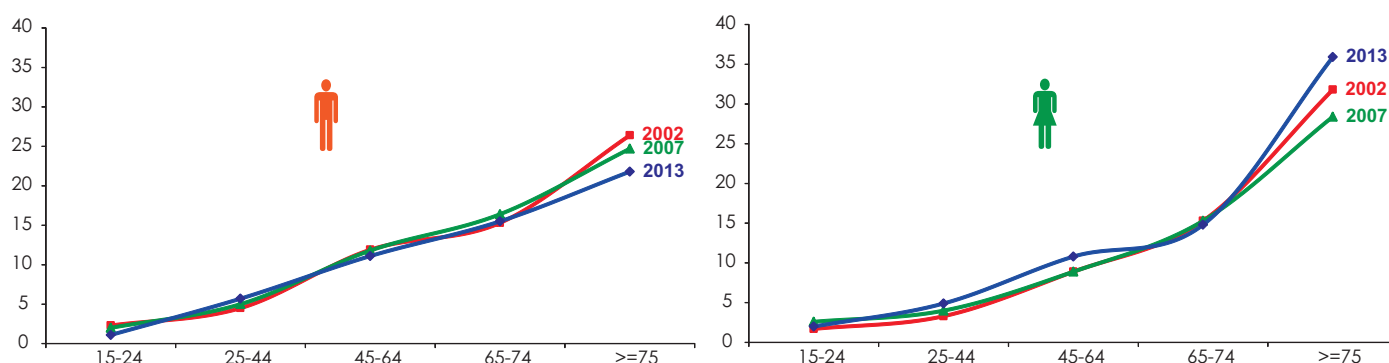


Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

3.3.3 Limitación crónica de la actividad

La discapacidad (entendida como limitación crónica a la hora de realizar las actividades de la vida cotidiana) afecta a casi un 10% de las personas de la C.A. de Euskadi, lo cual supone un aumento respecto a años precedentes (8,4% en 2007 y 7,9% en 2002); así mismo la prevalencia es mayor en las mujeres (11%) que en los hombres (8,6%), donde a su vez ha aumentado entre las de mayor edad (36% de las mujeres de 75 y más años en 2013), al contrario de lo que se ha producido en los hombres de ese mismo grupo de edad, donde el porcentaje de afectados por limitación crónica ha descendido un 12% respecto a 2007.

Gráfico 20. Prevalencia de limitación crónica de la actividad. Años 2002-2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

En más del 80% de los casos el origen de la limitación crónica de la actividad está asociado a la enfermedad común, seguida a bastante distancia de la enfermedad derivada del trabajo.

Tabla 2. Causas de limitación crónica de la actividad. Año 2013.

	Total	Hombres	Mujeres
Accidente laboral	2,6	5,0	0,8
Accidente de tráfico	3,0	4,5	1,9
Accidente doméstico	2,4	0,7	3,7
Otro tipo de accidente	2,3	2,1	2,5
Enfermedad común	83,3	78,9	86,6
Enfermedad derivada del trabajo	5,9	8,3	4,1
Violencia física	0,2	0,2	0,2
Otras causas	0,2	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

3.3.4 Problemas crónicos

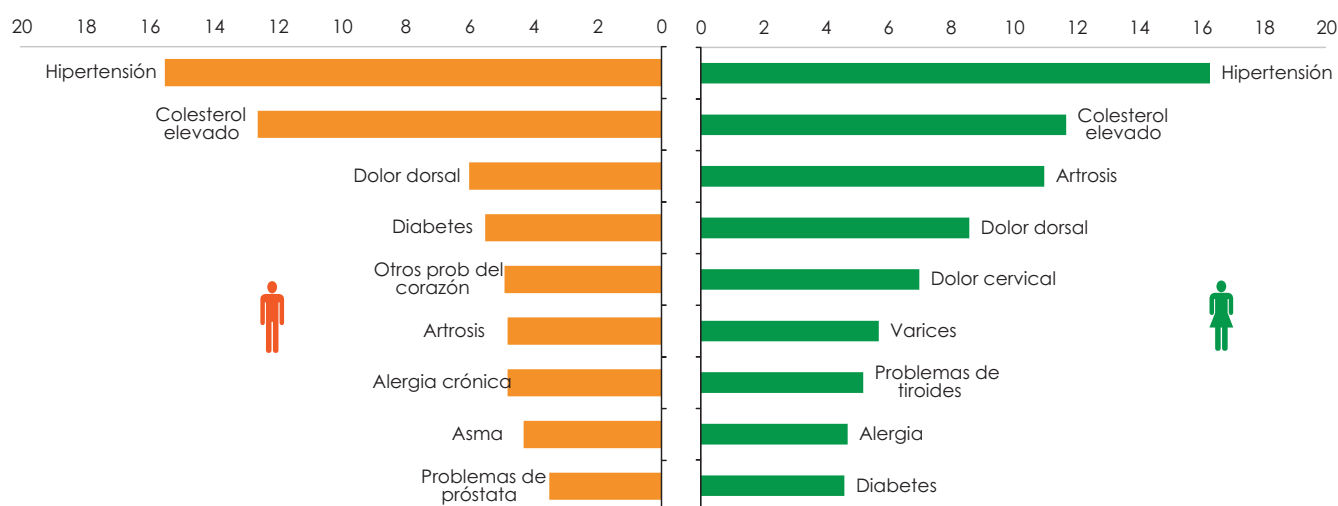
Si ampliamos la cronicidad para referirnos a la existencia de algún problema crónico, la proporción de personas afectadas se extiende a casi la mitad de la población: 44,7% en los hombres y 46,8% en las mujeres, proporción que supera el 80% cuando nos referimos al colectivo de 65 y más años, lo que demuestra que los problemas crónicos aumentan con la edad.

De estos problemas crónicos los más declarados fueron la hipertensión (15,5% en hombres y 16,3% en las mujeres) junto al colesterol elevado (12,6% en hombres y 11,7% en mujeres).

La artrosis también cobra especial relevancia por su incidencia entre las mujeres. El 11% de las mujeres con problemas crónicos padece esta enfermedad, situándose casi al mismo nivel del colesterol (segunda causa más frecuente); con un porcentaje próximo al 9% padecen dolor dorsal.

Los últimos datos de la ESCAV revelan que el 50% de la personas con 65 y más años que padecen algún problema crónico sufre hipertensión, el 40% de los hombres entre los 65 y 74 años colesterol elevado y el 40% de las mujeres con 75 y más años artrosis. También los jóvenes padecen enfermedades crónicas, donde el asma y la alergia figuran entre las más frecuentes.

Gráfico 21. Problemas crónicos más frecuentes. Año 2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

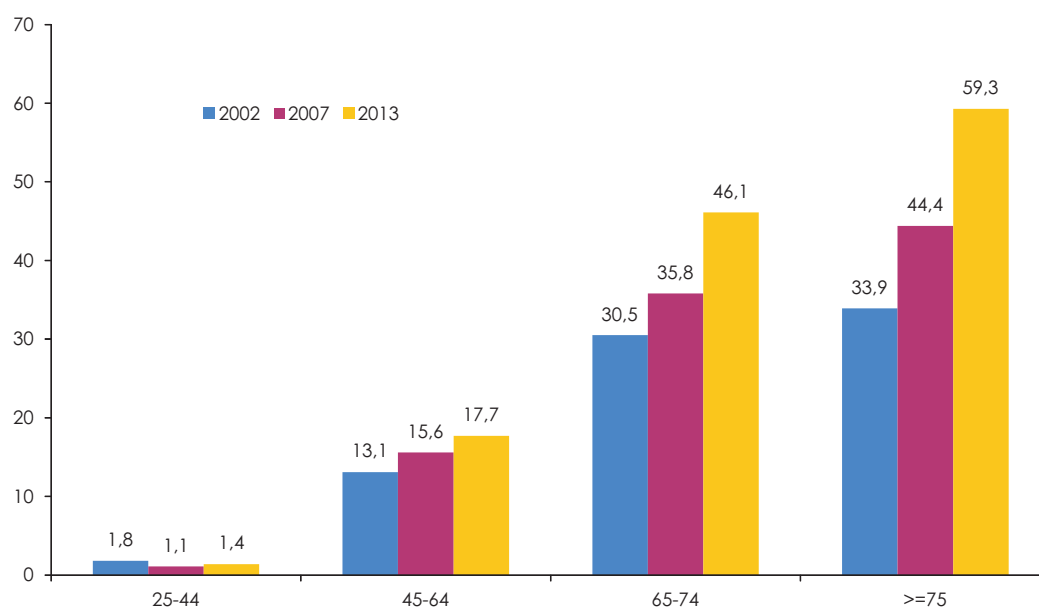
3.3.5 Hipertensión

La prevalencia de la hipertensión a nivel mundial aumenta con la edad y se considera la causa más importante de muerte a nivel mundial. Con el aumento de la esperanza de vida, se incrementa el grupo poblacional de edad avanzada; este grupo poblacional es cada vez más grande e importante además de ser en el que es más común la hipertensión arterial.

La proporción de personas con hipertensión declarada en la C.A. de Euskadi ha aumentado respecto a años anteriores, especialmente entre las personas de edad avanzada, que son las más afectadas por esta dolencia: 46% entre los de 65-74 años en 2013 (frente al 36% y 31% en los años 2007 y 2002) y el 60% entre los de 75 y más años (44% y 34%, en 2007 y 2002).

Esta alta prevalencia de población hipertensa que se incrementa en función de la edad ha llevado a que la toma de tensión arterial figure entre las prácticas preventivas habituales, llegando ésta alcanzar al 90% de la población que tiene 65 y más años.

Gráfico 22. *Proporción de personas con hipertensión declarada. Años 2002-2007-2013.*



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de la Salud (ESCAV).

3.4 MORBILIDAD HOSPITALARIA

El término morbilidad se emplea para referirse a los efectos de la enfermedad en una población, lugar y periodo determinados. La fuente principal para el estudio del comportamiento de las enfermedades que requieren hospitalización es la Estadística de Morbilidad Hospitalaria⁽¹⁾. Y aunque la morbilidad atendida en un medio hospitalario no refleja todos los problemas de salud de la población, sí refleja los más importantes, siendo un elemento destacado para su aproximación.

Esta estadística recoge información sobre el número de enfermos dados de alta en los hospitales públicos y privados, según el diagnóstico principal⁽²⁾, junto a características demográficas asociadas al paciente (edad, sexo, lugar de residencia, etc.); nos permite construir indicadores, según patologías, que dan cuenta, entre otros, del grado de uso de los servicios hospitalarios y de las necesidades actuales y futuras de la población.

Dos características definen principalmente la morbilidad hospitalaria de esta última década: el aumento de las personas atendidas de 65 y más años, consecuencia del progresivo envejecimiento de la población, y la creciente ambulatorización de la actividad hospitalaria, a través del uso de nuevos procedimientos quirúrgicos que reducen el tiempo de recuperación y acortan el tiempo de permanencia en el hospital.

3.4.1 Morbilidad hospitalaria. Año 2012

Los hospitales de la C.A. de Euskadi declararon 310.389 altas de pacientes que estuvieron ingresados en 2012, de las cuales el 76,5% correspondió a hospitales públicos y el 23,5% a privados.

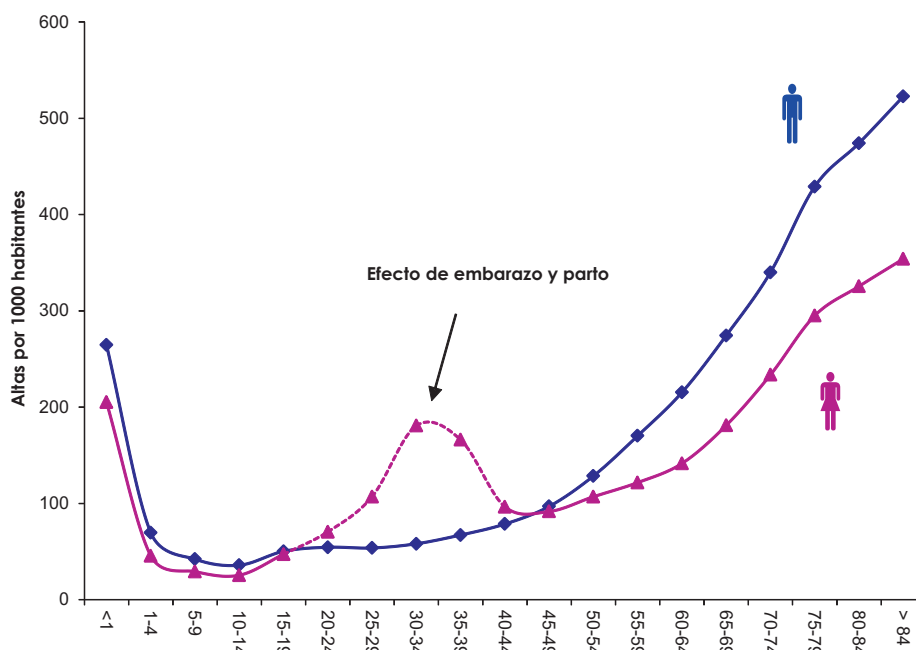
El 97,3% de las personas hospitalizadas residía en la C.A. de Euskadi (48,8% en Bizkaia, 33,2% en Gipuzkoa y 15,3% en Álava), el 2,6% en otras provincias (Cantabria y Burgos aparecen entre las más frecuentes) y el 0,1% en el extranjero.

Los hombres representaron el 48,4 % y las mujeres el 51,6%. Respecto a la edad, el grupo más numeroso fue el colectivo de 65 y más años, cuyo peso ha ido aumentando en los últimos años, pasando del 39,5% en el año 2000 al 44,4% en 2012, situándose en 79 años la edad más frecuente de hospitalización; el segundo grupo en importancia fue el de 15-54 años, que disminuyó en 2012 por la caída del número de partos.

⁽¹⁾ La fuente de información de la estadística de morbilidad hospitalaria procede del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) de los centros hospitalarios de agudos de la C.A. de Euskadi, donde queda registrado cada episodio de hospitalización desde que el paciente es ingresado en el hospital hasta el momento en que recibe el alta médica. A partir del diagnóstico principal que ha motivado el ingreso y aparece en el informe de alta, las enfermedades son clasificadas según la CIE-9-MC.

⁽²⁾ Dada la existencia de una gran cantidad y variedad de enfermedades y con el fin de armonizar datos sobre el estado de salud que permitan realizar comparaciones a nivel nacional e internacional las enfermedades son clasificadas según la CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica).

Gráfico 23. Pacientes hospitalarios por 1.000 habitantes según grupos de edad y sexo. Año 2012.

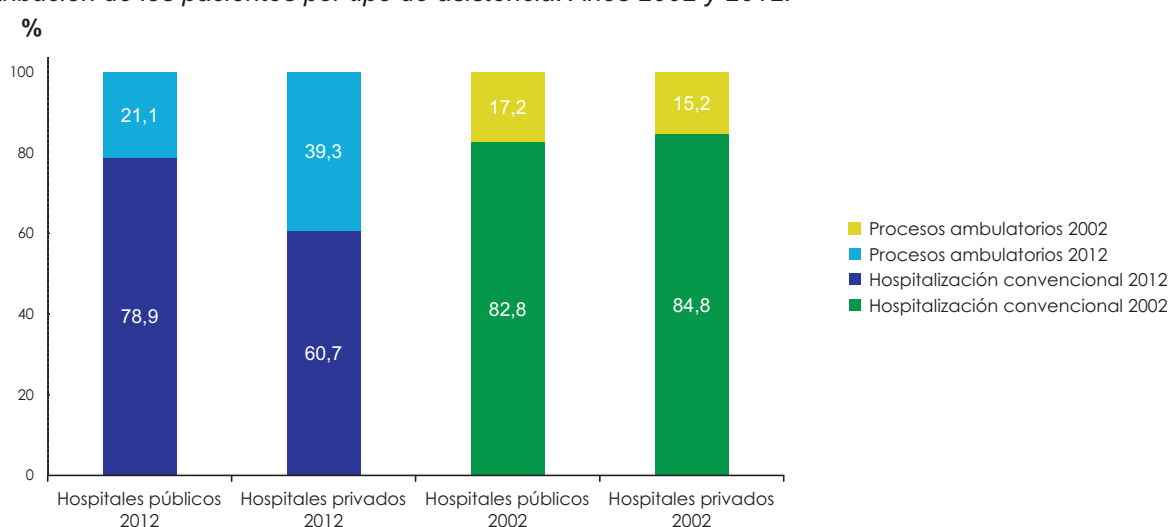


Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Las tasas más elevadas de morbilidad hospitalaria se concentran en los años extremos de vida; por género los valores más altos corresponden a los hombres en todos los grupos de edad, salvo en los tramos de edad fértil y de mayor fecundidad de las mujeres (15-44 años), donde los episodios por embarazo, parto y puerperio acaparan la mayor parte de la actividad hospitalaria.

La ambulatorización⁽³⁾ de la actividad hospitalaria ha sido la tónica general de esta última década. Según los últimos datos, los episodios atendidos ambulatoriamente supusieron el 25% del total de altas médicas en 2012 (17% en el año 2000) y se elevaron a casi el 40% en los hospitales privados.

Gráfico 24. Distribución de los pacientes por tipo de asistencia. Años 2002 y 2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

⁽³⁾ En los hospitales privados no siempre ha habido un criterio uniforme en la declaración de algunos procesos ambulatorios dentro del Registro de Altas Hospitalarias (CMBD), entre ellos, podemos destacar el tratamiento de quimioterapia (CIE-9-MC: V58.1 admisión para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica) que no siempre ha sido declarado en el CMBD.

La principal causa de morbilidad hospitalaria fue debida a las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, con el 12,3% del total de altas hospitalarias; la mayoría de los casos (80%) fue atendida mediante procesos ambulatorios⁽⁴⁾, destacando en particular, la catarata.

Tabla 3. Distribución de los pacientes por grandes grupos de diagnóstico. Año 2012.

Grandes grupos de diagnóstico	Total altas	% Altas
I. Infecciosas	4.266	1,4
II. Tumores	29.399	9,5
III. Endocrinas	4.389	1,4
IV. Sangre	3.362	1,1
V. Mentales	5.011	1,6
VI. Nerviosas y órganos sentidos	38.191	12,3
VII. Circulatorias	36.480	11,8
IX. Digestivas	36.403	11,7
X. Genitourinarias	18.540	6,0
XI. Parto	24.603	7,9
XII. Piel	4.672	1,5
XIII. Osteomusculares	28.697	9,2
XIV. Congénitas	2.407	0,8
XV. Perinatales	2.375	0,8
XVI. Mal Definidos	12.955	4,2
XVII Traumatismos	22.173	7,1
Otras causas	8.587	2,8
Total	310.389	100,0

Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

La catarata es una patología sobre la que se practica un alto número de intervenciones (más de 20.000 en el año 2012), actualmente casi en su totalidad de forma ambulatoria. Un tercio de las intervenciones realizadas con cirugía mayor ambulatoria (CMA) correspondió a esta dolencia.

Tabla 4. Pacientes por grandes grupos de diagnóstico más frecuentes por tipo de asistencia. Año 2012.

Grandes grupos de diagnóstico	Hospitalización Convencional	% Altas	Grandes grupos de diagnóstico	Procesos Ambulatorios	% Altas
VII. Circulatorias	31.887	10,3	VI. Nerviosas y órganos sentidos	31.790	10,2
IX. Digestivas	30.349	9,8	XIII. Osteomusculares	9.151	2,9
VIII. Respiratorias	24.850	8,0	II. Tumores	6.332	2,0
II. Tumores	23.067	7,4	IX. Digestivas	6.054	2,0
XI. Parto	22.756	7,3	VII. Circulatorias	4.593	1,5
XVII Traumatismos	19.754	6,4	X. Genitourinarias	4.448	1,4
XIII. Osteomusculares	19.546	6,3	VIII. Respiratorias	3.029	1,0
X. Genitourinarias	14.092	4,5	XVII Traumatismos	2.419	0,8
XVI. Mal Definidos	12.039	3,9	XI. Parto	1.847	0,6
VI. Nerviosas y órganos sentidos	6.401	2,1	XVI. Mal Definidos	916	0,3

Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

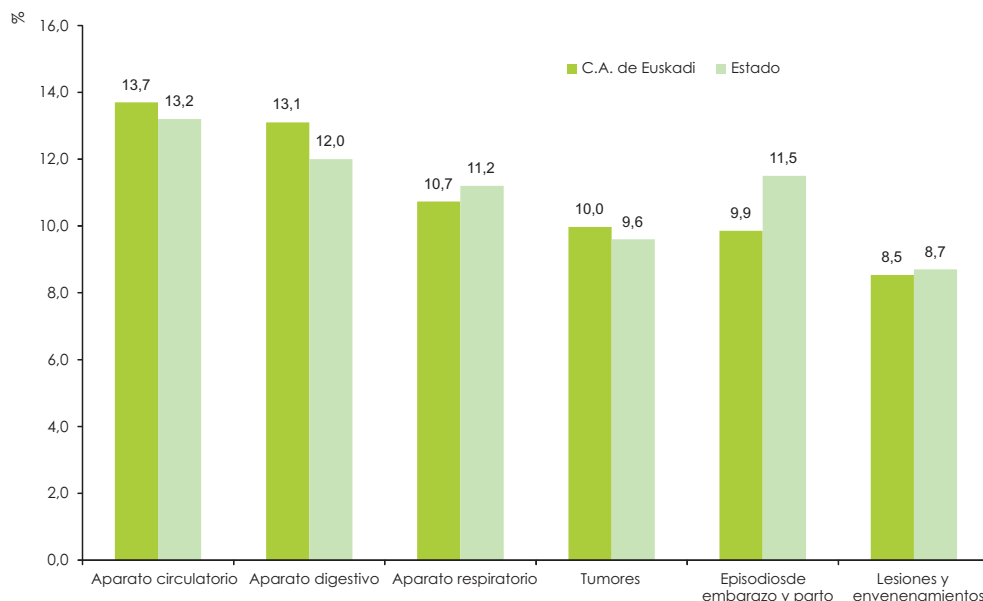
Las enfermedades circulatorias (11,8%) y digestivas (11,7%), con casi el mismo número de casos, ocuparon la segunda y tercera posición; les siguieron (con algo menos de 30.000 altas) los tumores (9,5%) y las osteomusculares (9,2%). Más de la mitad (55%) de las altas hospitalarias se concentran en cinco grandes grupos de enfermedades.

Si comparamos la C.A. de Euskadi con el conjunto del Estado⁽⁵⁾, ambos señalan como causas principales de hospitalización las enfermedades del aparato circulatorio y aparato digestivo; sin embargo, esta coincidencia desaparece al comparar el resto de las causas más frecuentes. El descenso del número de partos en la C.A. de Euskadi coloca al grupo de embarazo y parto en quinta posición frente a la tercera que ocupa en el Estado.

⁽⁴⁾ El tipo de asistencia se ha categorizado en dos grandes grupos: Hospitalización convencional, que incluye todos los ingresos con estancia > 0 y los traslados a otro hospital, las altas voluntarias o defunciones, y procesos ambulatorios, en los que se incluyen todos los ingresos programados con estancia cero y los ingresos urgentes con estancia cero que no hayan sido traslados a otro hospital, alta voluntaria o defunción.

⁽⁵⁾ La comparación de nuestros datos con la Encuesta de morbilidad hospitalaria del INE (EMH) se realiza con los casos de Hospitalización convencional, ya que la EMH recoge solo las altas hospitalarias que hayan dado lugar como mínimo a un día de estancia.

Gráfico 25. Pacientes por grandes grupos de enfermedades más frecuentes. Año 2012.



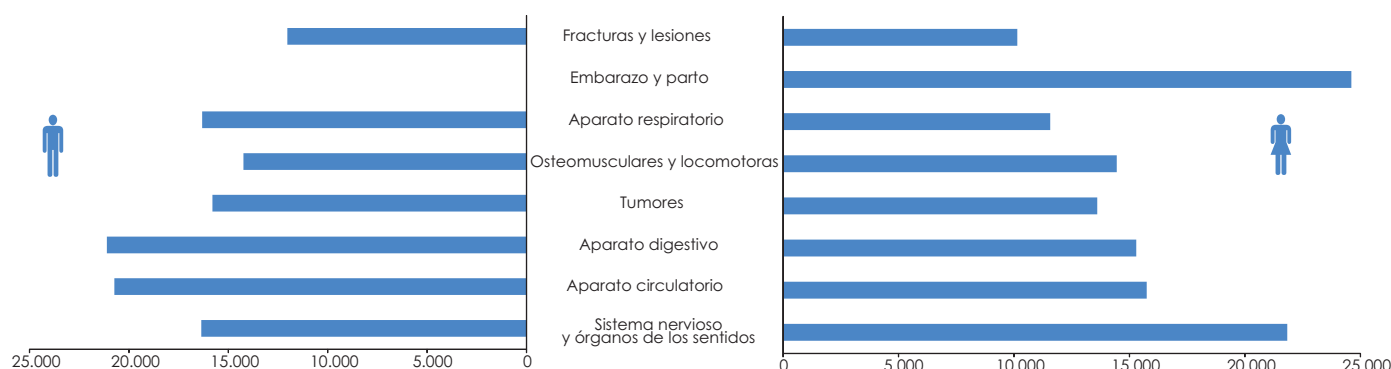
Fuente: Eustat. (Estadística de Morbilidad Hospitalaria) e INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria).

La estancia media hospitalaria fue de 5,8 días en el año 2012, lo que supuso una disminución respecto al año anterior (6 días en 2011). Las estancias más prolongadas correspondieron a los trastornos mentales (14,4 días), las enfermedades de origen perinatal (11,2 días), las enfermedades infecciosas (9 días) y los tumores (7,9 días).

3.4.2 Morbilidad hospitalaria por género, edad y enfermedades más frecuentes

Las causas de morbilidad hospitalaria no se dan con la misma intensidad según el género y la edad.

Gráfico 26. Pacientes por grandes grupos de diagnósticos más frecuentes y sexo. Año 2012.



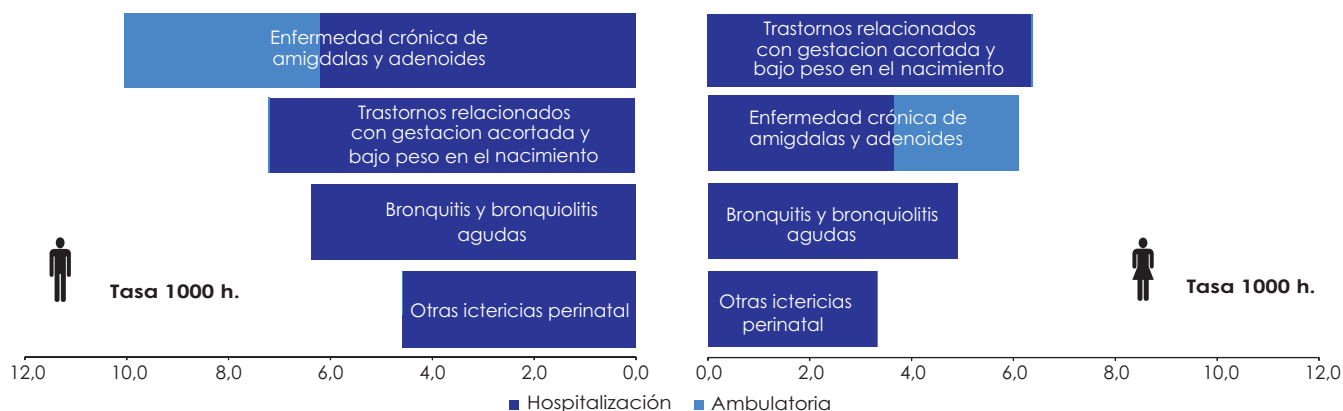
Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Por género, observamos diferentes patrones de morbilidad; mientras en los hombres las enfermedades del aparato digestivo (14%) y las del aparato circulatorio (13,8%) fueron las principales causas de ingreso hospitalario, en las mujeres fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (15,4%) y después, los del sistema nervioso y órganos de los sentidos (13,6%).

Como ocurre con el género, la aparición de determinadas patologías y episodios tiene estrecha relación con la edad (por ejemplo: las enfermedades perinatales y los episodios de embarazo y parto) y con el riesgo de padecerlas a medida que esta avanza (catarata, bronquitis crónica...).

Un recorrido por los distintos tramos de edad nos permitirá conocer las patologías que se asocian a un mayor riesgo de hospitalización, su frecuencia y prevalencia, además del tipo de tratamiento preferente que reciben en los centros hospitalarios: ambulatorio – hospitalización convencional.

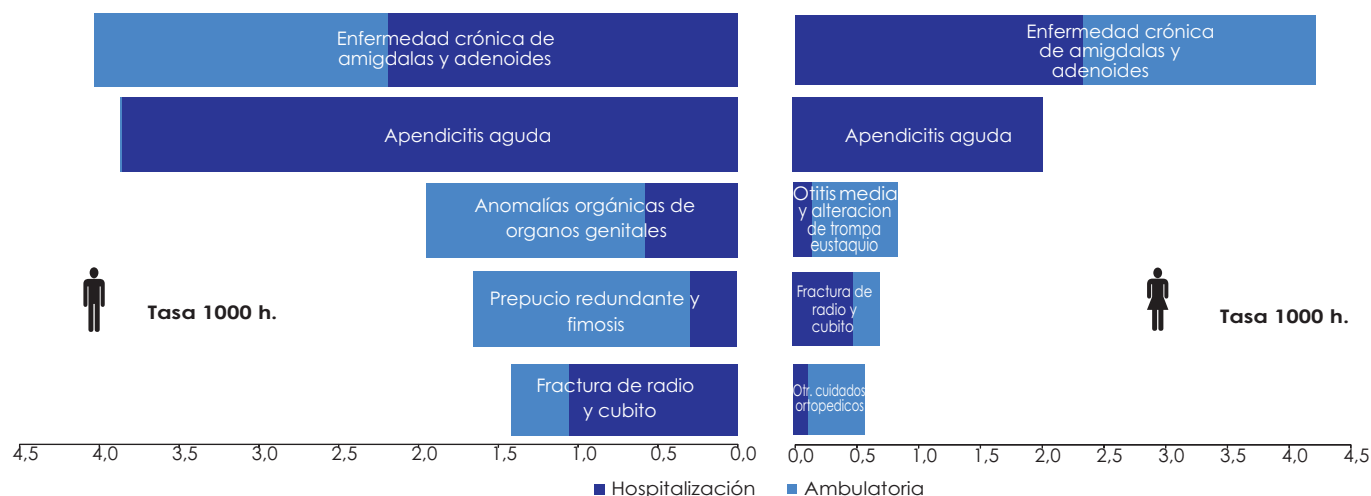
Gráfico 27. Altas por patologías más frecuentes en edades de 0 a 4 años. Año 2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

En las edades más tempranas (0 a 4 años) predominan las enfermedades del aparato respiratorio (enfermedad crónica de amígdalas y adenoides así como la bronquitis y bronquiolitis agudas) junto a las propias del periodo perinatal (trastornos relacionados con la gestación acortada y bajo peso en el nacimiento).

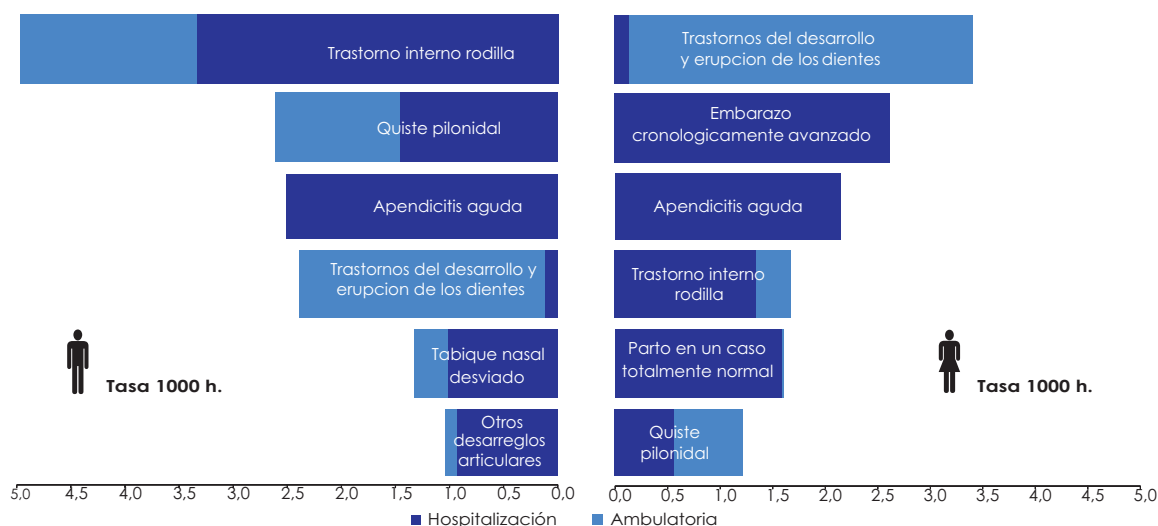
Gráfico 28. Pacientes por patologías más frecuentes en edades de 5 a 14 años. Año 2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Continuando con la población pediátrica (5 a 14 años), la apendicitis aguda cobra especial importancia, además de la fractura de radio y cúbito y anomalías de los órganos genitales (esta última con una tasa de morbilidad más elevada en los niños).

Gráfico 29. Pacientes por patologías más frecuentes en edades de 15 a 24 años. Año 2012.

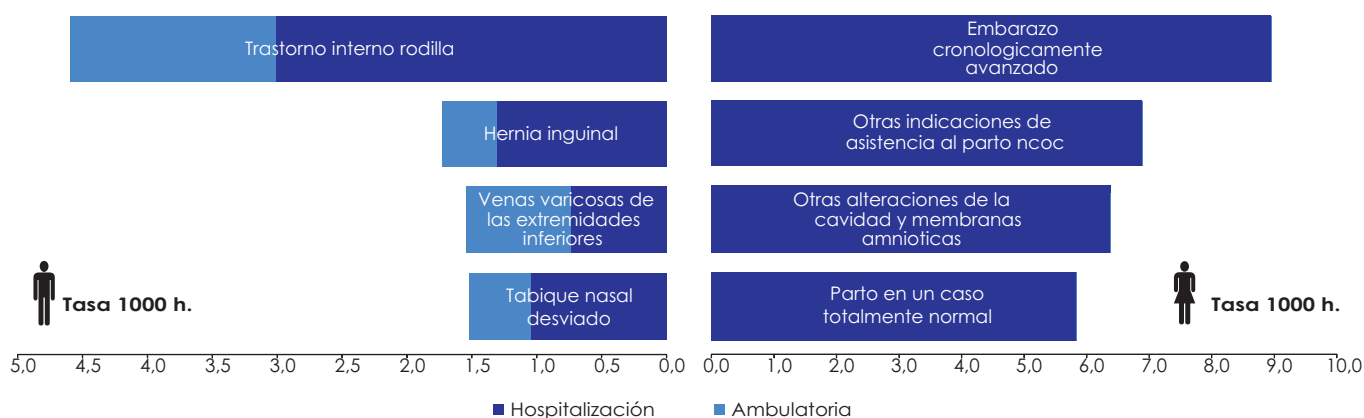


Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

En la edad adulta temprana, de 15 a 24 años, se intensifican las diferencias de género. Si el trastorno interno de rodilla (enfermedad osteomuscular) destaca en los hombres, en las mujeres son los trastornos de la erupción dentaria, cuyo tratamiento es fundamentalmente ambulatorio.

Además, coincidiendo con el comienzo de la edad fértil de las mujeres, las causas obstétricas (parto normal y embarazo cronológicamente avanzado) comienzan a aparecer entre las principales causas de ingreso hospitalario.

Gráfico 30. Pacientes por patologías más frecuentes en edades de 25 a 44 años. Año 2012.

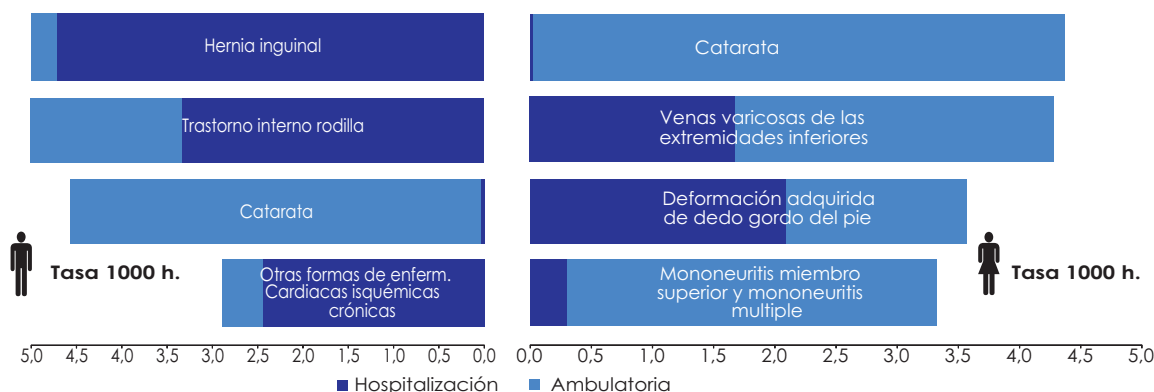


Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

En el grupo de edad de 25 a 44 años, periodo de fertilidad en las mujeres, las causas de embarazo, parto y puerperio son las más frecuentes (un 35% de las asistencias hospitalarias).

Otras causas con prevalencia entre esta población femenina fueron las varices y el leiomioma uterino, mientras en los hombres, además del trastorno interno de rodilla, surgen otras como el tabique nasal y la hernia inguinal.

Gráfico 31. Pacientes por patologías más frecuentes en edades de 45 a 64 años. Año 2012.

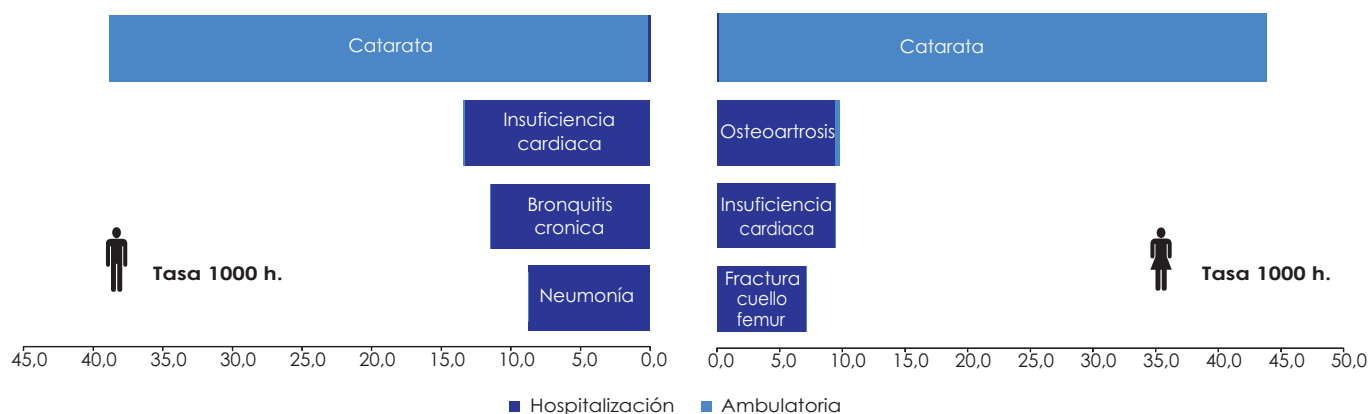


Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Entre la población adulta de 45 a 64 años de edad, además de las ya habituales (trastorno interno de rodilla, hernia inguinal y varices), destacan la mononeuritis (trastorno del sistema nervioso) y la deformación del dedo gordo del pie en las mujeres y en los hombres las enfermedades cardíacas crónicas.

Las neoplasias ocupan también un lugar destacado en este grupo de edad, al situarse como la tercera principal causa de hospitalización. Las localizaciones tumorales más frecuentes en las mujeres fueron mama y útero y en los hombres, tráquea, bronquios y pulmón y vejiga.

Gráfico 32. Pacientes por patologías más frecuentes en edades de 65 y más años. Año 2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

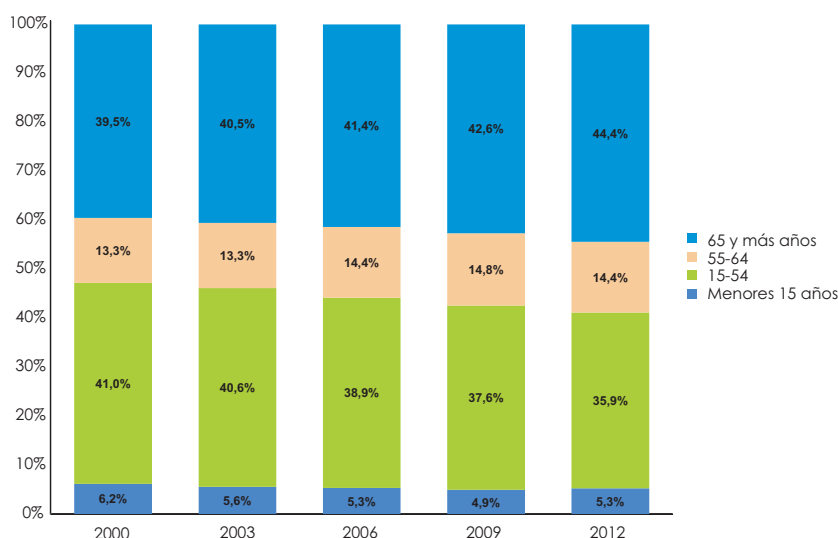
Aunque los problemas crónicos afectan a todo el espectro de edades, éstos se acentúan en edades más avanzadas. Así podemos observar en los hombres el predominio de enfermedades respiratorias crónicas (bronquitis) y enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca), mientras en las mujeres destacan las enfermedades osteoarticulares.

La catarata senil, patología asociada al propio envejecimiento, constituye la causa más frecuente entre la población de 65 y más años se estima que un 50% de este grupo padece este tipo de dolencia.

3.4.3 Morbilidad en la población de 65 y más años

En los últimos años asistimos a un incremento del número de las personas mayores, consecuencia del progresivo envejecimiento de la población, siendo el sistema sanitario una de las áreas más afectadas. El peso de este colectivo no ha dejado de aumentar; tanto es así que en 2012 representó un 44,4% de las altas.

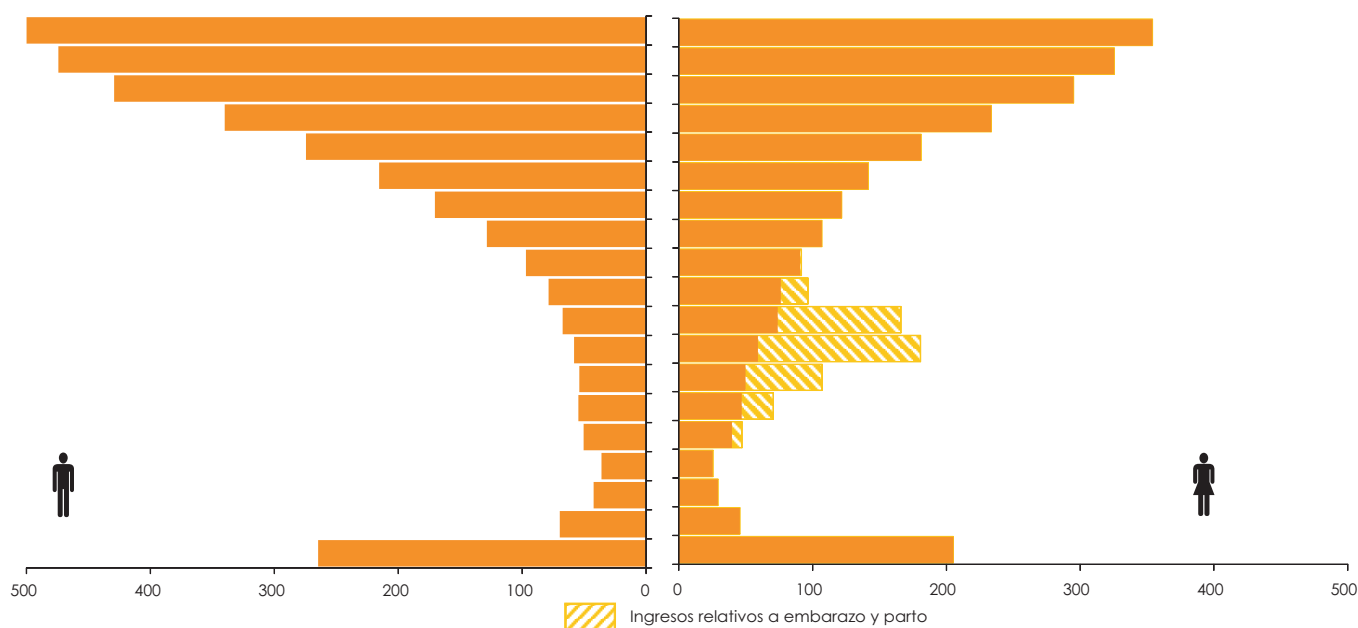
Gráfico 33. Pacientes por grupos de edad. Años 2000-2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Las personas de 65 y más años utilizan la asistencia hospitalaria con una frecuentación superior al resto de población. Los cambios degenerativos propios del envejecimiento son los responsables de las altas tasas hospitalarias a partir de los 65 y más años y que se elevan conforme avanza la edad.

Gráfico 34. Tasa de pacientes hospitalarias por 1.000 habitantes según sexo y edad. Año 2012.

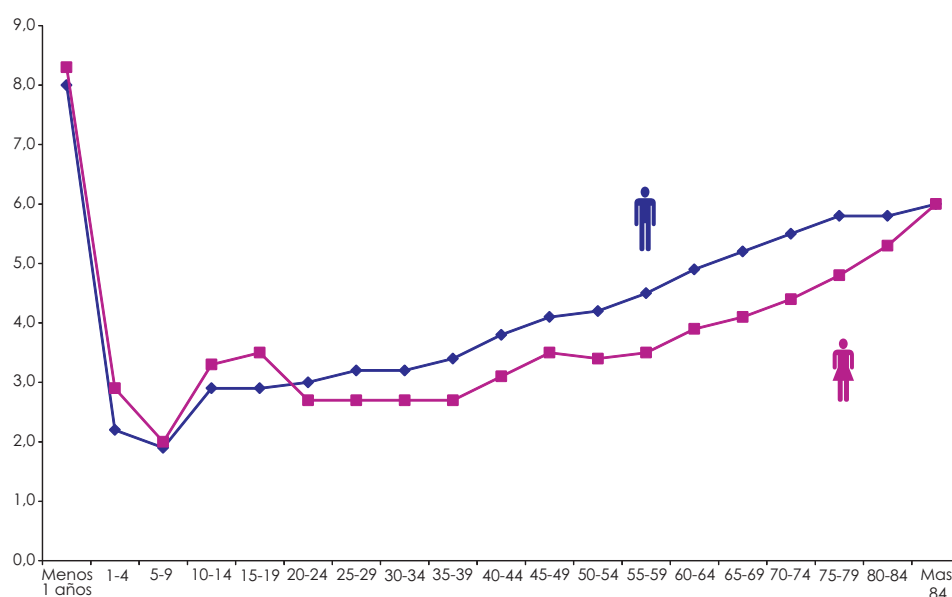


Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Así, podemos observar como la tasa de morbilidad⁽⁶⁾ en los hombres de 65 -79 años es de 339 y se eleva a 493 en los de 80 y más años; en las mujeres es algo más baja, de 233 en el grupo de 65-79 años y sube a 340 entre las que tienen 80 y más años.

⁽⁶⁾ Siguiendo los pasos de otras investigaciones sobre la morbilidad hospitalaria de las personas mayores (65 y más años), hemos distinguido dos grupos de edad: 65-79, 80 y más años.

Gráfico 35. Estancia media hospitalaria por sexo y edad. Año 2012.

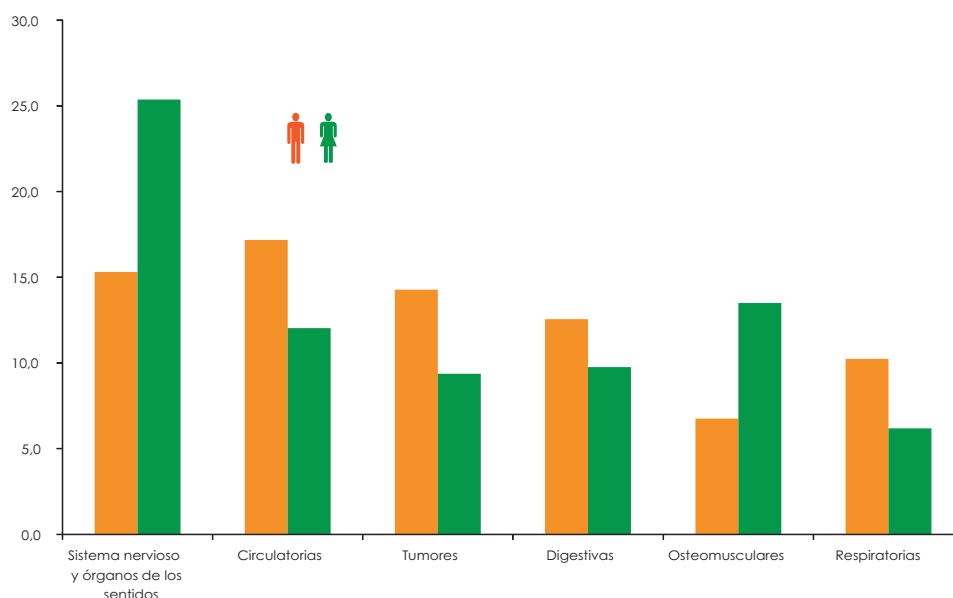


Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Además de ser el colectivo más numeroso y con las tasas de morbilidad hospitalaria más elevadas, es también el que ocasiona el mayor número de estancias hospitalarias y episodios con estancias más prolongados (sobre todo operaciones osteomusculares y cardiovasculares), las cuales se intensifican conforme avanza la edad.

Después de los 65 años de edad, el riesgo de enfermedades cardiovasculares afecta tanto a hombres como a mujeres y se agudiza en edades más avanzadas (80 y más años) hasta el punto de convertirse en la principal causa de ingreso. Además, la insuficiencia cardíaca es la que ocasiona el mayor número de fallecimientos en los hospitales.

Gráfico 36. Pacientes por grupos más frecuentes de diagnóstico, según sexo en personas 65-79 años. Año 2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

En cuanto a las causas de morbilidad más frecuentes en las personas de 65-79 años, seis grupos de patologías concentran la mayor parte de los ingresos hospitalarios (68%): aparato nervioso y órganos de los sentidos (20%), enfermedades del aparato circulatorio (15%), tumores (12%), enfermedades del aparato digestivo (11%) y aparato musculoesquelético (10%).

Tabla 5. Pacientes por causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria en personas de 65-79 años. Año 2012.

Hombres		Mujeres	
Diagnóstico principal	Casos	Diagnóstico principal	Casos
Catarata	4.785	Catarata	7.063
Hernia inguinal	1.563	Osteoartritis/enf afines	1.965
Osteoartritis/enf afines	1.280	Deformación adquirida de dedo gordo del pie	955
Bronquitis crónica	1.264	Colelitiasis	837
Insuficiencia cardíaca	1.124	Otros trastornos retinianos	675
Otras formas de enferm. Cardíacas isquémicas crónicas	1.022	Insuficiencia cardíaca	674
Neoplasia maligna prostata	946	Disritmias cardíacas	603
Disritmias cardíacas	880	Complicaciones propias de ciertos procedimientos especificad	585
Neoplasia maligna de la vejiga	854	Prolapso genital	522
Resto	32.511	Resto	24.459
Total	46.229	Total	38.338

Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

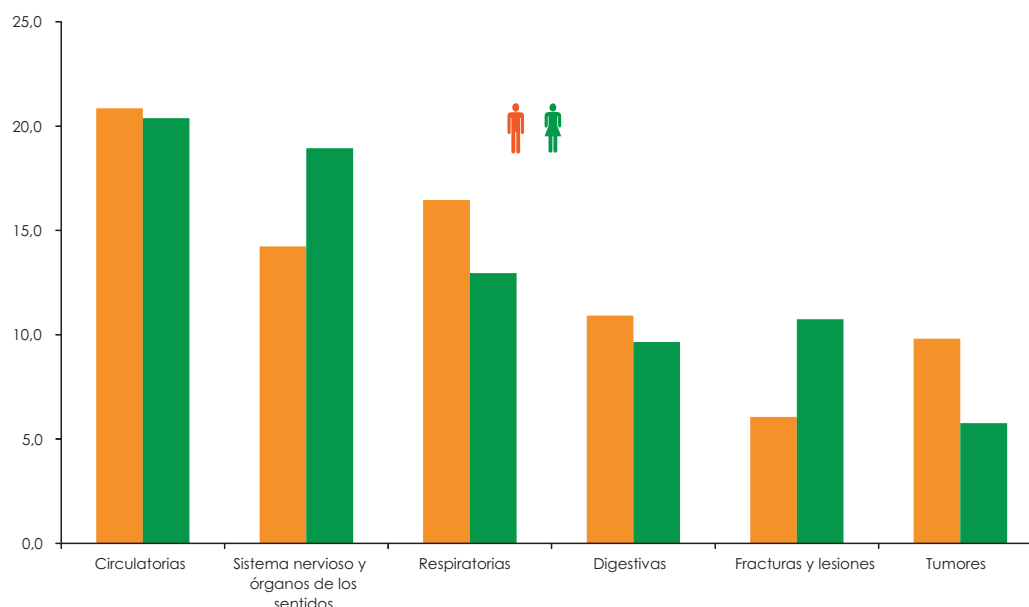
La catarata y la mononeuritis (esta última especialmente en las mujeres) cobran gran notoriedad en este grupo de edad favoreciendo que las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos se conviertan en la principal causa de ingreso.

Otras dolencias habituales que aparecen con el paso de la edad son la osteoartritis y las enfermedades cardíacas (insuficiencia y disritmias cardíacas).

En este grupo de edad, las causas tumorales tienen una mayor prevalencia en los hombres (próstata y vejiga), junto con las del aparato respiratorio (tráquea, bronquios y pulmón), que guardan una estrecha relación con las causas más frecuentes de mortalidad hospitalaria de este colectivo.

La deformación del dedo gordo del pie, dolencia que aparece a edades preseniles, y la colelitiasis (cálculos de vesícula), se acentúan en las mujeres de 65 y más años.

Gráfico 37. Pacientes por grupos más frecuentes de diagnóstico, según sexo en personas de 80 y más años. Año 2012.



Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Conforme avanza la edad (80 y más años), el patrón de morbilidad hospitalaria presenta algunos cambios. Las enfermedades del aparato circulatorio se convierten en la principal causa de ingreso hospitalario en ambos géneros (representando el 21% del total), siendo las más relevantes la insuficiencia cardiaca y la oclusión de arterias cerebrales.

Tabla 6. Pacientes por causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria en personas de 80 y más años. Año 2012.

Hombres		Mujeres	
Diagnóstico principal	Casos	Diagnóstico principal	Casos
Catarata	2.335	Catarata	4.040
Insuficiencia cardiaca	1.333	Insuficiencia cardiaca	1.718
Bronquitis crónica	841	Fractura del cuello de femur	1.410
Neumonía organismo sin especificar	795	Otras enfermedades del aparato respiratorio	865
Otras enfermedades del aparato respiratorio	573	Oclusión de arterias cerebrales	743
Otras alteraciones de uretra y vías urinarias	534	Disrritmias cardíacas	694
Síntomas generales	532	Neumonía organismo sin especificar	687
Disrritmias cardíacas	515	Otras alteraciones de uretra y vías urinarias	669
Resto	22.761	Resto	24.459
Total	30.219	Total	38.338

Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

La insuficiencia cardiaca se agudiza en las personas de 80 y más años y se convierte, después de la catarata, en la principal causa de ingreso hospitalario, y de fallecimiento; también la oclusión de arterias cerebrales se acentúa, especialmente en las mujeres de esta edad.

Aumentan los casos por enfermedades del aparato respiratorio, con patologías infecciosas, tales como bronquitis crónica y neumonía (esta última entre las causas más frecuentes de fallecimiento hospitalario).

La fractura del cuello del fémur (conocida por "cadera"), lesión muy común en las mujeres de edad avanzada, también origina una elevada frecuentación hospitalaria y aparece entre los episodios hospitalarios de mayor duración (promedio de 11 días).

Tabla 7. Procedimientos quirúrgicos más frecuentes en las personas de 65 y más años. Año 2012.

Procedimientos	TOTAL Frecuencia	HOMBRES %	MUJERES %
Operaciones sobre el cristalino	18.272	39,1	60,9
Operaciones de reparación y plástica sobre estructura articular	5.405	35,2	64,8
Reparación de hernia	3.198	75,4	24,6
Operaciones sobre retina, coroides, cuerpo vítreo y cámara posterior	2.733	41,8	58,2
Reducción de fractura y luxación	2.494	19,6	80,4
Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo	2.304	53,6	46,4
Procedimientos e intervenciones, no clasificados bajo otros conceptos	2.163	69,9	30,1
Operaciones sobre vesícula biliar y tracto biliar	2.111	49,2	50,8
Otras operaciones sobre corazón y pericardio	1.973	62,6	37,4
Operaciones sobre próstata y vesículas seminales	1.893	100,0	0,0
Operaciones sobre vejiga urinaria	1.870	80,9	19,1
Incisión, excisión y división de otros huesos	1.481	16,3	83,7
Incisión y escisión de estructura de la articulación	1.381	43,2	56,8
Otras operaciones sobre vasos	1.347	73,9	26,1
Incisión, excisión y oclusión de vasos	1.250	46,6	53,4
Operaciones sobre nervios craneales y periféricos	1.115	33,0	67,0

Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes entre los pacientes de 65 y más años fueron la catarata y las operaciones de reparación sobre estructura articular (especialmente rodilla y cadera); éstas últimas, con una mayor incidencia en las mujeres, conllevan una estancia hospitalaria algo más prolongada (promedio de 8 días). En cambio, en los hombres la reparación de hernia junto a las operaciones sobre el aparato cardiovascular (corazón y pericardio) fueron las más comunes.

4. SISTEMA DE SALUD

4.1 PRÁCTICAS PREVENTIVAS

4.1.1 Vacunación antigripal

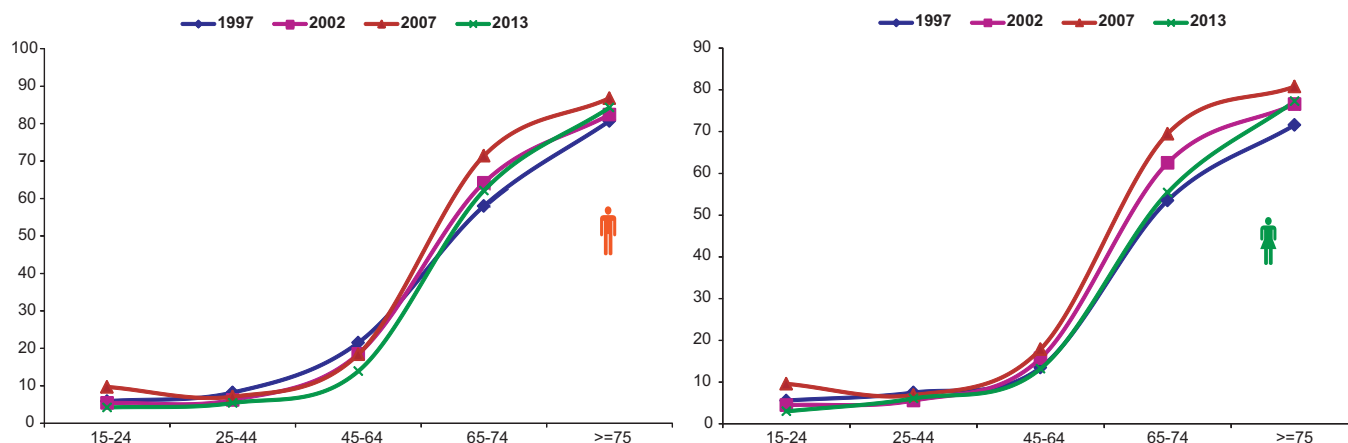
La gripe es una enfermedad infecciosa que puede afectar a cualquier persona. En general es benigna, pero puede ocasionar complicaciones graves a determinados grupos de población, bien porque son personas con alto riesgo de sufrir complicaciones en caso de padecer la gripe, bien porque están en contacto con ellas y pueden transmitírsela. Sanidad recomienda la inmunización a los siguientes grupos: mayores de 65 años, enfermos crónicos cardiovasculares o pulmonares, diabéticos, embarazadas, niños menores de 2 años de edad y trabajadores de centros sanitarios.

A lo largo de los años ha ido aumentando la adhesión a esta práctica preventiva incluso entre la población que no supera los 50 años; sin embargo la última Encuesta de Salud de 2013 refleja una disminución de la proporción de personas que se han vacunado contra la gripe tanto en hombres como en mujeres. En el año 2007, el 71% de los hombres y casi el 70% de las mujeres entre 65-74 años habían recibido la vacuna, mientras que en 2013 fueron el 69% y 55%, respectivamente.

Sin embargo, los datos sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) señalan un aumento del número de casos de gripe en 2013 (incremento del 20% respecto a 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea (UE) recomiendan que se inmunice al 75% de los mayores de 65 años. De hecho, el último informe que recoge el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades sostiene que, salvo Holanda, ningún país europeo ha conseguido llegar al objetivo del 75% de cobertura vacunal en los mayores de 65 años.

La C.A. de Euskadi alcanza la cobertura vacunal recomendado por UE a edades más tardías, 75 años y más años, con valores del 84% en los hombres y un 77% en las mujeres. Para los expertos, la labor del personal de atención primaria (el médico de familia y las enfermeras) son elementos fundamentales para la recomendación de la vacunación antigripal, aunque en el caso de la población más joven también lo son la familia, el entorno cercano y los medios de comunicación.

Gráfico 1. Personas que se vacunan de gripe por sexo y grupos de edad (%). Años 1997-2002-2007-2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

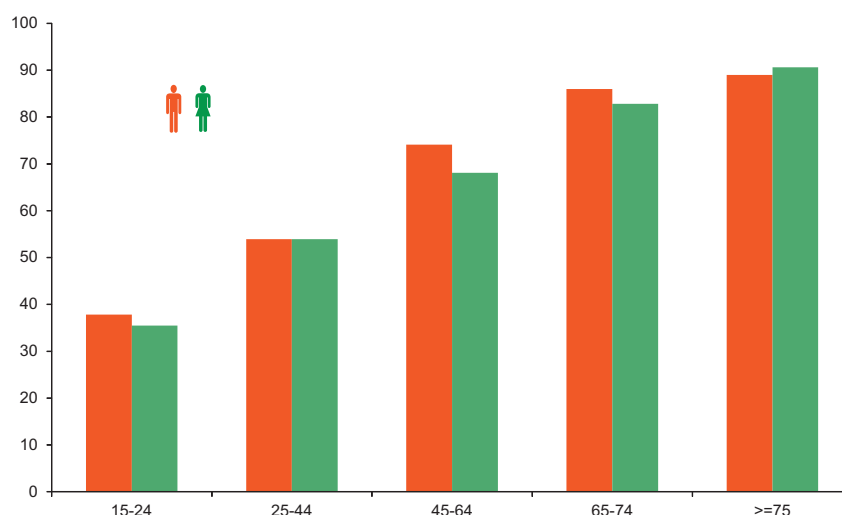
4.1.2 Tensión arterial

La hipertensión es uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares y que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Los investigadores estiman que esta enfermedad provoca cada año, a nivel mundial, casi 9,4 millones de muertes. También contribuye a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y de ceguera.

Con ocasión del Día Mundial de la Salud, que se celebró el 7 de abril 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el lema “Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo” hace un llamamiento para intensificar los esfuerzos encaminados a prevenir y controlar la hipertensión. La medida rutinaria de la tensión arterial permite que las personas conozcan el nivel de su tensión y puedan actuar para controlarla y, de esta forma, prevenir múltiples problemas de salud.

Esta práctica preventiva aumenta conforme avanza la edad, cuando el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento son mayores; la ESCAV señala que la toma de tensión se realizó a un 86% del colectivo de 65-74 años, porcentaje que se eleva aún más en los de 75 años y más (90%).

Gráfico 2. Prevalencia (%) de personas a las que les ha tomado la tensión arterial un/a profesional sanitario/a en los últimos 12 meses por sexo y edad. Año 2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

4.1.3 Mamografías

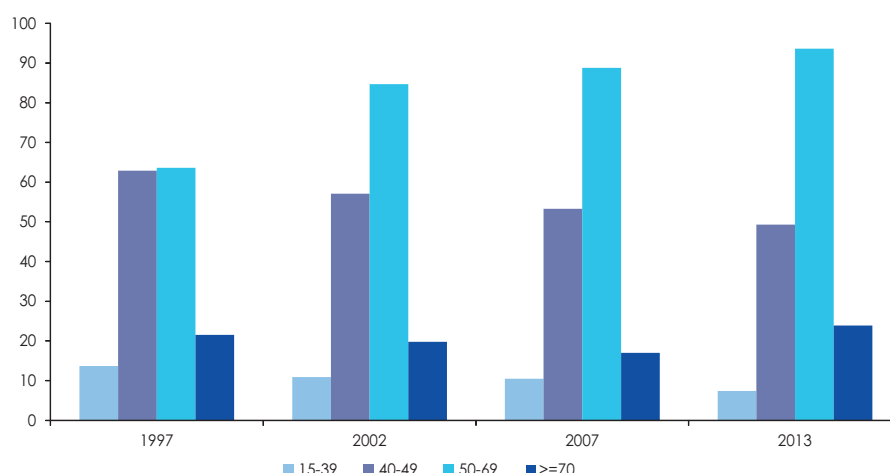
La C.A. de Euskadi cuenta desde 1997 con un Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) ofertado por Osakidetza que al comienzo iba dirigido a todas las mujeres de 50 a 64 años de edad. En 2006, se aprobó el aumento hasta los 69 años y en 2011 se amplió al grupo de mujeres de 40-49 años, con antecedentes de cáncer de mama en familiares de primer grado.

La importancia de este programa se apoya en los datos de mortalidad. En 2012 el tumor maligno de mama aparece como la octava causa más frecuente de fallecimiento en las mujeres y la principal entre las de 40-49 años. Los datos también apuntan una subida en el colectivo de 80-89 años.

Además, las cifras de morbilidad hospitalaria señalan a la mama como la localización tumoral más frecuente entre las mujeres, de forma particular en los intervalos de edad de 50-54 años y 65-74 años. Según la Encuesta de Salud de 2013, ha aumentado más de 8 puntos porcentuales el número de mujeres vascas que se han hecho una mamografía en los últimos tres años.

Un 93,6% de las mujeres de 50-69 años (grupo diana del PDPCM) se ha hecho una mamografía, porcentaje que baja en las de menos 50 años, coincidiendo este hecho con la recomendación de algunos especialistas en el sentido de emplear criterios selectivos en la elección de pruebas para la población de menor riesgo, con el fin de evitar una práctica superior a la necesaria.

Gráfico 3. Mujeres que se han hecho una mamografía en los últimos tres años. Años 1997-2002-2007-2013.



Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

4.1.4 Citologías

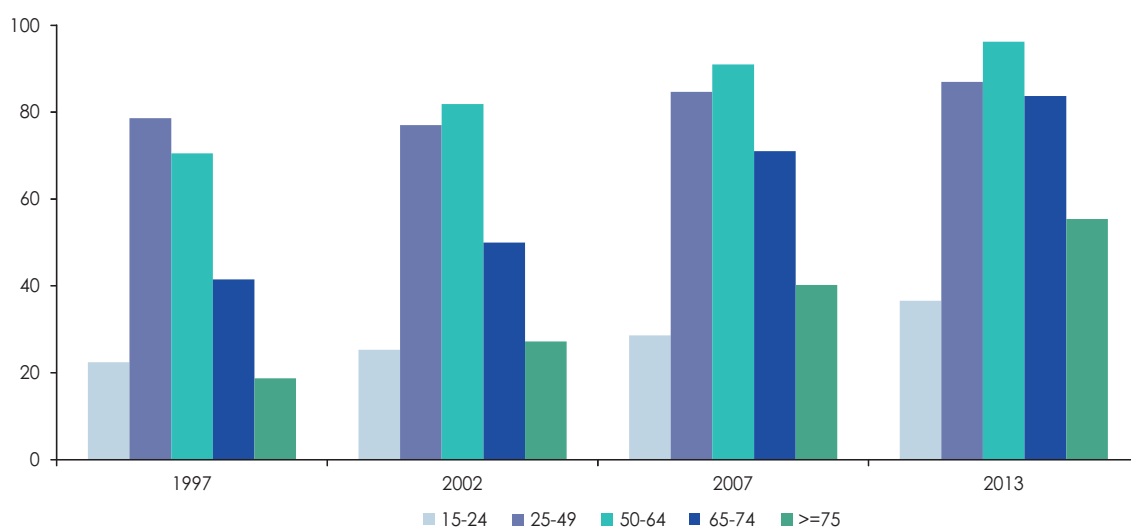
El cáncer de cérvix (conocido también como cáncer de cuello uterino) es una neoplasia que presenta una baja incidencia en la C.A. de Euskadi: 92 nuevos casos en 2009⁽¹⁾ (dentro de los cánceres del aparato genital ocupa la tercera posición, por detrás del cuerpo del útero y ovario) y una mortalidad de 26 mujeres (el último dato de defunciones refleja 29 mujeres en 2012).

Las previsiones apuntan a un descenso de la mortalidad de esta localización tumoral con la inclusión de las vacunas frente al virus del papiloma humano cuyo objetivo es la reducción de las infecciones por este virus y de sus posibles consecuencias sobre el cáncer de cérvix. Aun teniendo en cuenta la baja incidencia de este tipo de cancer, no se puede obviar que afecta a mujeres jóvenes dando lugar a una morbilidad y a una mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable.

Además es conocido que el cribado del cáncer de cérvix mediante citología cervical disminuye la mortalidad. La evidencia aportada por estudios internacionales reconoce que la mayor eficacia para la disminución de las tasas de incidencia y mortalidad por esta causa se ha obtenido en países donde se ha implantado un programa de base poblacional y se han conseguido coberturas superiores al 80%. Por todo ello, el reto será intentar mejorar las tasas de cobertura alcanzadas, con las mujeres que cumplan los requisitos de población diana (toda mujer a partir de los 25 años y hasta los 65 años).

⁽¹⁾ Informe "Incidencia del cáncer en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2008-2009" realizado por el Departamento de Salud (Servicios de Registros e Información Sanitaria).

Gráfico 4. Mujeres que se han hecho una citología en los últimos dos años. Años 1997-2002-2007-2013.

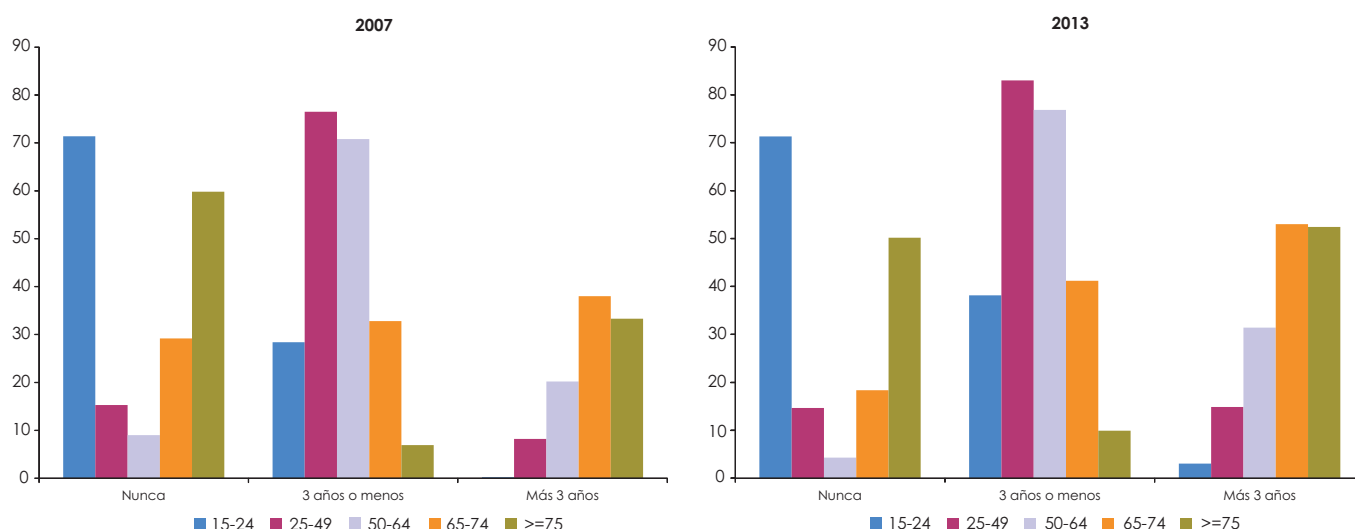


Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

Los datos más recientes de la Encuesta de Salud 2013 revelan que un 79,7% de las mujeres se hizo una citología, cifra por encima del año 2007 (73,4%). Este aumento se produjo principalmente en la población diana, y alcanzó al 87% de las mujeres de 25-49 años y al 96% de 50-64 años.

En todas las edades ha aumentado la proporción de mujeres que se realizan una citología; sin embargo se ha reducido el porcentaje de las mujeres que la realiza con cierta asiduidad (en los tres años previos) y aumenta las que lo hacen con una frecuencia menor (superan los 3 años).

Gráfico 5. Distribución porcentual de las mujeres por grupos de edad según año de realización de la citología. Años 2007 y 2013.



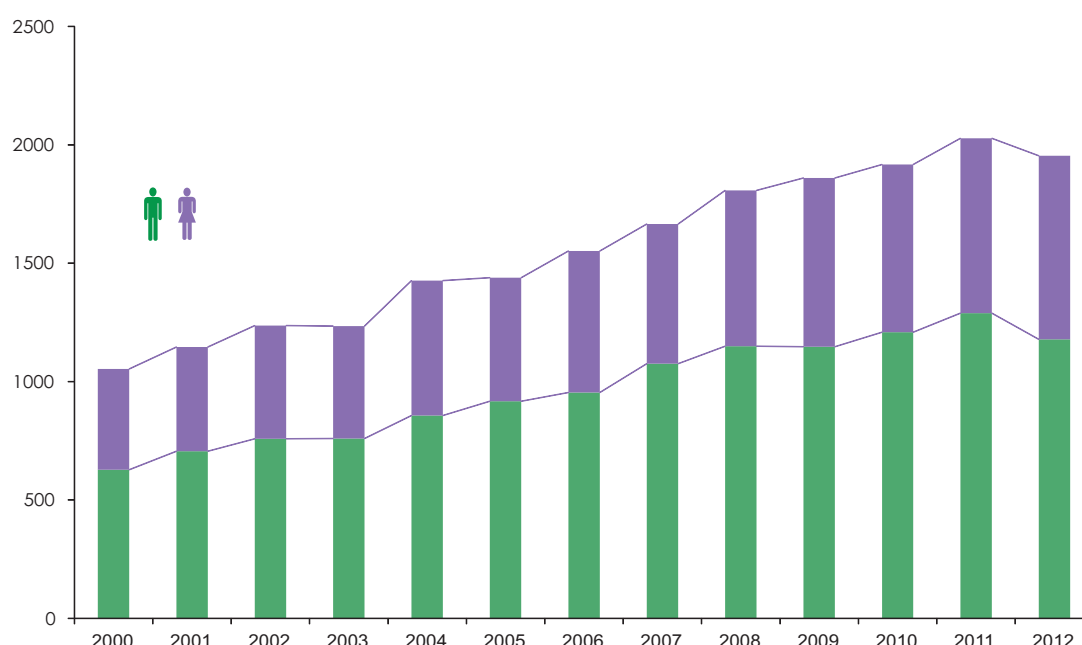
Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

4.1.5 Cribado de cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente entre la población general, el segundo en las mujeres tras el de mama y el tercero en hombres tras los de pulmón y próstata. El número de casos nuevos de cáncer colorrectal⁽²⁾ registrado en la C.A. de Euskadi en el año 2009 fue de 1.965 (1.242 hombres y 723 mujeres) lo que supone un incremento del casi el 5% respecto al año 2008 (1.876 casos: 1.230 hombres y 646 mujeres).

Las personas que han ingresado en los hospitales con diagnóstico de cáncer de colon han aumentado significativamente durante estos últimos trece años (2000-2012); en concreto en 2012 fue el segundo tumor más tratado después del de vejiga. Este tumor tiene mayor incidencia en los hombres que en las mujeres y la edad constituye un factor de riesgo importante a partir de los 50 años. Además entre los fallecidos por causas tumorales, el de colon ocupa la segunda posición.

Gráfico 6. Evolución de pacientes dados de alta por causa de tumor de colon. Años 2000-2012.



Fuente: Eustat. Estadística de morbilidad hospitalaria.

En este contexto el Departamento de Salud del Gobierno Vasco inició un programa de detección precoz del cáncer colorrectal en Euskadi a hombres y mujeres de entre 50 y 69 años⁽³⁾, basado en la constatación de que se puede disminuir la mortalidad por esta causa entre el 16 y el 33% e incluso puede prevenirlo al eliminar pólipos precancerosos. Los datos de la Encuesta de Salud 2013 reflejan que cerca del 80% de la población diana, de 50 a 69 años de edad de ambos sexos ha participado en este programa.

⁽²⁾ El cáncer colorrectal incluye los códigos (C18-C21) de la CIE 10: cáncer de colon, rectosigmoidea, recto y ano-conducto anal. Los datos proceden del Informe "Incidencia del cáncer en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2008-2009" realizado por el Departamento de Salud (Servicios de Registros e Información Sanitaria).

⁽³⁾ El programa de Cribado de Cáncer Colorrectal, se aprobó en mayo de 2008 y empezó su andadura en 2009.

4.2 RECURSOS

4.2.1 Centros sanitarios

La asistencia extrahospitalaria, que incluye la atención primaria y la especializada fuera de los hospitales, contó en el año 2010 con una red de 475 establecimientos de diferente tamaño y contenido.

Sobresalen en número los Centros de Salud (133 en el año 2010), cuya actividad se centra en la atención primaria (medicina de familia y pediatría) y constituyen el nivel básico y puerta de entrada al sistema sanitario, y los Centros Periféricos (111), relacionados funcionalmente con un Centro de Salud, a los cuales se desplaza el personal sanitario con el fin de acercar los servicios básicos de salud a la población que reside en núcleos dispersos y garantizar así la accesibilidad.

Con poco más de 50 centros se encuentran las Mutuas de Accidentes de Trabajo, en su función de prestar asistencia a los empleados frente a los riesgos derivados de su actividad profesional, los consultorios, que formando parte de la red de atención primaria pueden contar en algún caso con un especialista (principalmente odontólogo), y los centros de salud mental que junto a los psiquiátricos integran la red de salud mental.

Por último, están los servicios de atención urgente, con 37 centros, integrados por los Puntos de Atención Continuada (conocidos por PAC) ubicados en los Centros de Salud y las Unidades de Emergencia, que canalizan la asistencia urgente fuera del centro, en domicilio y vía pública, y los ambulatorios o centros de especialidades funcionalmente dependientes de los hospitales (28), que atienden los procesos que superan las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en atención primaria.

Tabla 1. Centros extrahospitalarios. Años 2000-2010.

	2000	2004	2007	2008	2009	2010
Total Establecimientos	435	450	467	472	472	475
Ambulatorio	28	28	28	28	28	28
Consultorio	55	51	52	51	50	51
Centro de salud	101	108	128	130	131	133
Servicio de atención urgente	37	37	37	37	36	37
Centro periférico (casa de médico)	118	119	112	112	112	111
Consultorio de salud mental	47	50	50	50	51	50
Centro asistencial mutua	39	46	48	50	50	51
Otros	10	11	12	14	14	14

Fuente: Departamento de Salud. Estadística Extrahospitalaria.

Desde el año 2008, el número global de centros extrahospitalarios de la red pública se ha mantenido estable. Ha habido algunas variaciones por tipo de centro, pero éstas no han sido especialmente significativas.

Por otra parte, la atención hospitalaria de la C.A. de Euskadi contó en el año 2011 con 44 hospitales⁽⁴⁾: 18 hospitales públicos (11 agudos, 3 de media y larga estancia y 4 psiquiátricos) y 26 privados (18 de agudos, 2 de media y larga estancia y 6 psiquiátricos).

Tabla 2. Hospitales por camas instaladas. Año 2011.

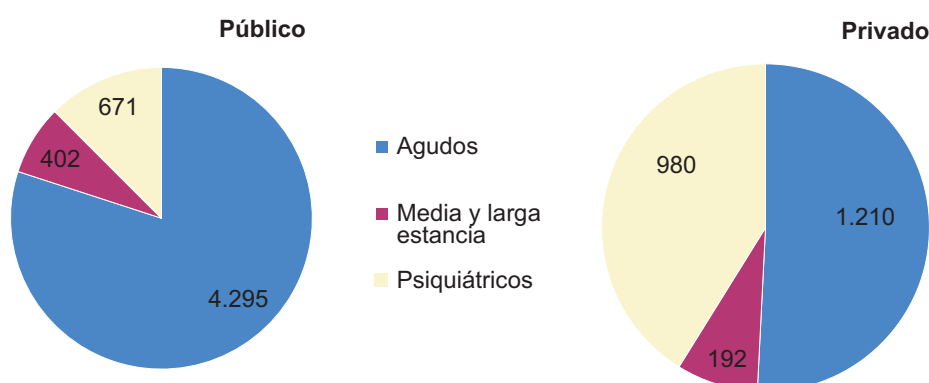
	Total	< 51	51 - 100	101 - 200	201 - 400	401 - 800	> 800
Total	44	10	10	14	4	4	2
Público	18	.	2	8	3	3	2
Agudos	11	.	1	4	1	3	2
Media y larga estancia	3	.	1	1	1	.	.
Psiquiátricos	4	.	.	3	1	.	.
Privado	26	8	6	4	.	.	.
Agudos	18	8	6	4	.	.	.
Media y larga estancia	2	.	.	2	.	.	.
Psiquiátricos	6	2	2	.	1	1	.

Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

⁽⁴⁾ Los hospitales pueden clasificarse según su dependencia funcional (persona física o jurídica que gestiona el centro) en públicos y privados y por su finalidad (actividad asistencial a la que destina la mayor parte de sus recursos) en agudos, media y larga estancia y psiquiátricos.

El sector público cuenta con un número menor de centros hospitalarios que el privado; sin embargo, éstos son de mayor tamaño: 8 hospitales públicos tienen capacidad para más de 200 camas (principalmente hospitales de agudos).

Gráfico 7. Camas por dependencia y finalidad de los hospitales. Año 2011.

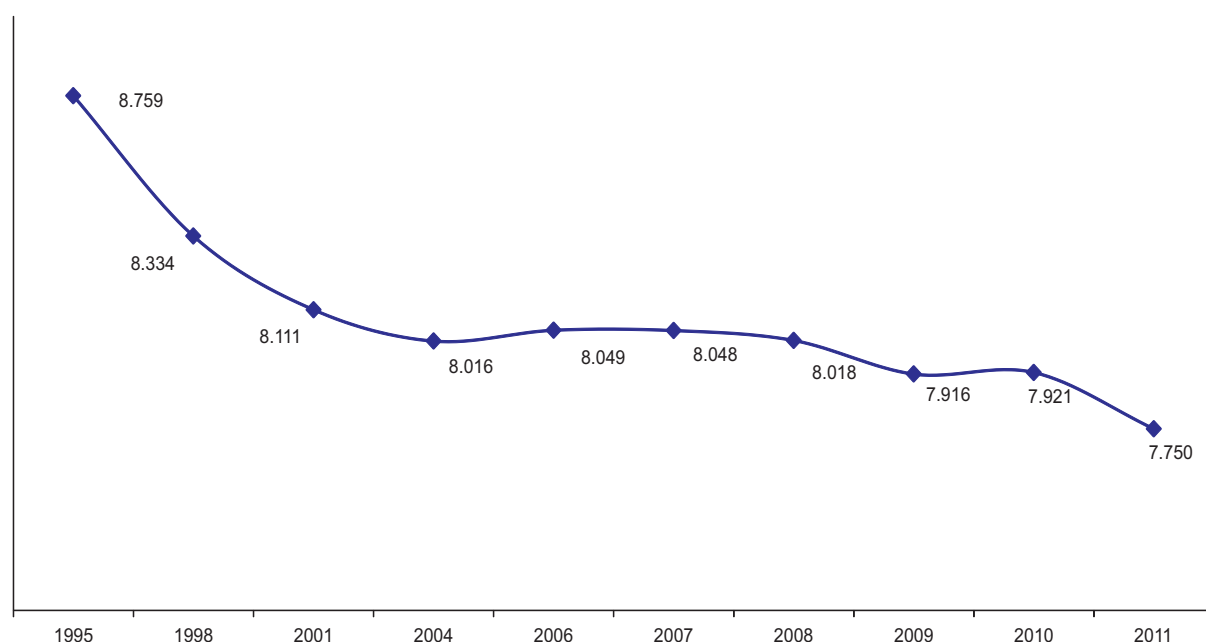


Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

En los hospitales, la cama es el recurso básico y central para medir los recursos materiales de los que disponen los centros hospitalarios en su función principal de atención a pacientes en régimen de internado.

La red hospitalaria vasca en 2011 estuvo dotada de 7.750 camas, de las que el 69,3% correspondió al sector público y el 30,7% al privado. El sector público (Osakidetza /Servicio Vasco de Salud) destina la mayor parte de sus camas (80%) al tratamiento de patologías agudas, mientras que el sector privado supera en dotación al público en unidades de hospitalización destinadas a cuidados psiquiátricos.

Gráfico 8. Camas en funcionamiento. Años 1995-2011.



Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

El número de camas en la C.A. de Euskadi ha disminuido durante el período 1995-2011, tanto en los hospitales privados de agudos como en los públicos. Esta tendencia descendente es generalizada en otros países de la OCDE, barajándose razones tales como el desarrollo de nuevas tecnologías médicas que permiten la reducción de días de hospitalización y alternativas a la hospitalización clásica y el aumento de procedimientos quirúrgicos ambulatorios y hospitalización a domicilio.

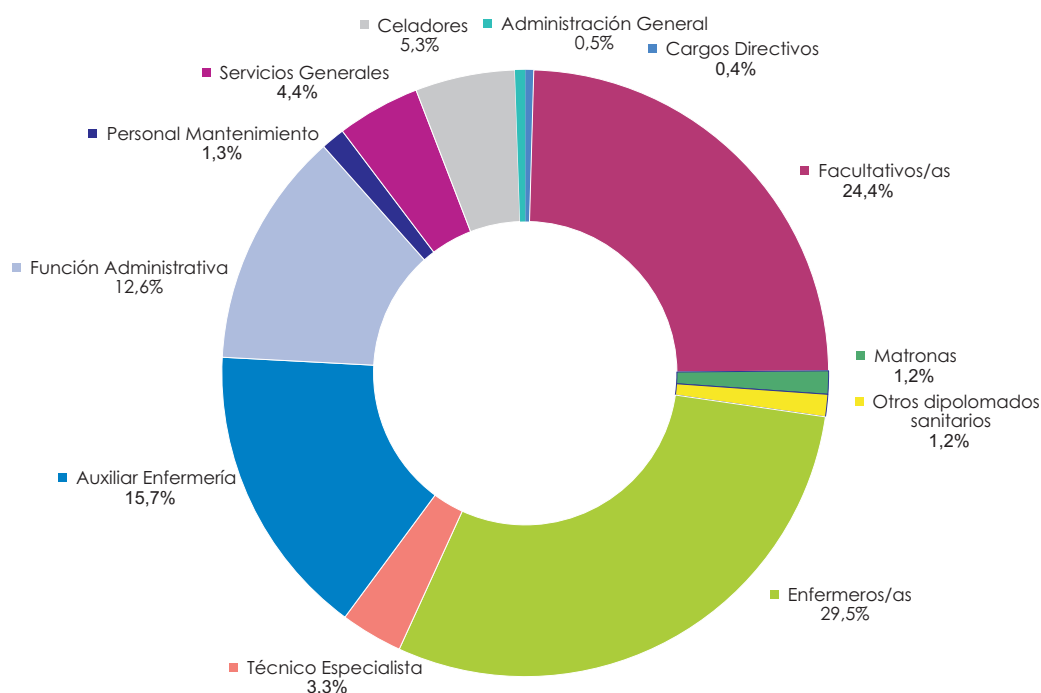
4.2.2 Recursos Humanos

Los recursos humanos, al igual que ocurre en otros ámbitos del sector servicios, son uno de los elementos de los que depende esencialmente el desarrollo del sistema sanitario. Nos da idea de la capacidad, potencial productivo y terapéutico que se ocupa de la prestación de servicios de salud para una población determinada.

La cobertura universal del sistema sanitario público vasco (Osakidetza) absorbe la mayor parte de los recursos humanos de los servicios sanitarios vascos. La plantilla de la red sanitaria pública en 2012 estuvo formada por un total de 25.814 personas.

Tres cuartas partes del total lo compone el personal sanitario-asistencial (facultativos, enfermería, auxiliares de enfermería, etc.) y un 25% el no sanitario (administración, dirección, mantenimiento, etc.). La cuantificación del personal sanitario-asistencial señala al personal de enfermería como el colectivo más numeroso (29,5%), seguido del personal médico (24,4%) y auxiliares de enfermería (15,7%).

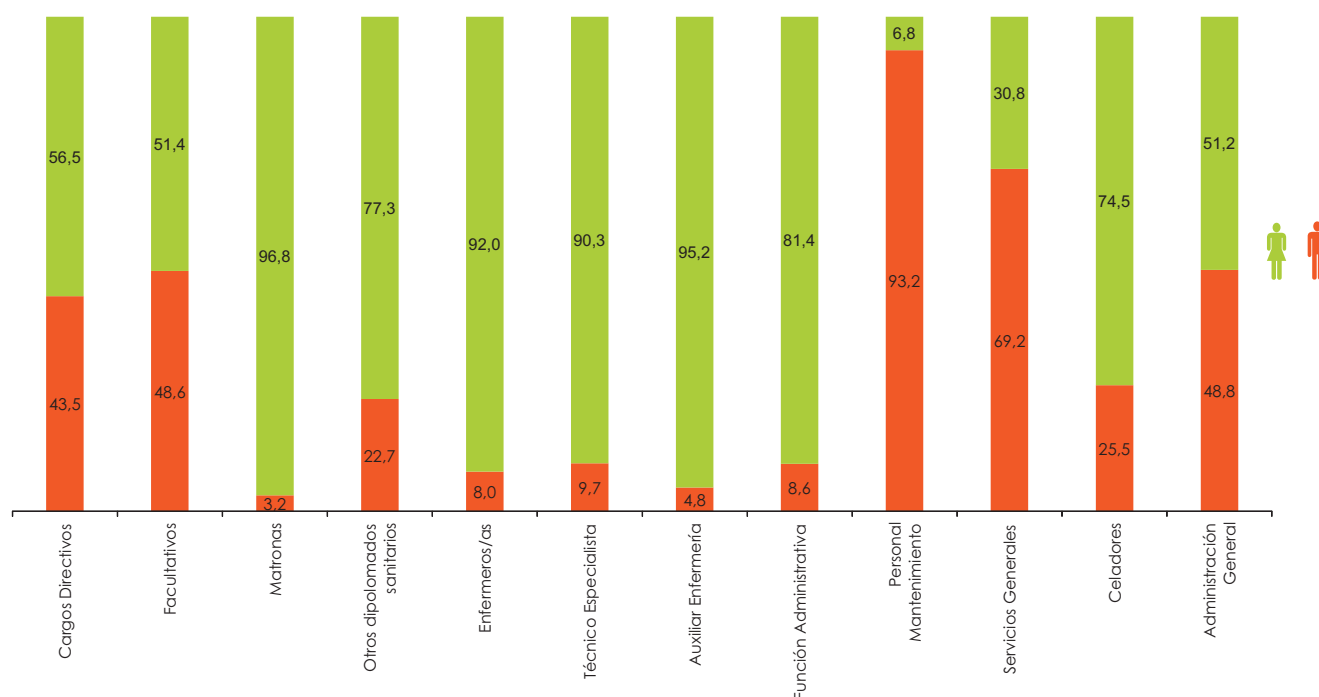
Gráfico 9. Distribución de la plantilla por colectivos profesionales. Año 2012.



Fuente: Osakidetza. Memoria 2012.

Dentro de la plantilla hay una alta tasa de mujeres, un 76%, las cuales dominan en las siguientes categorías: matronas, enfermería, técnico especialista y auxiliares de enfermería.

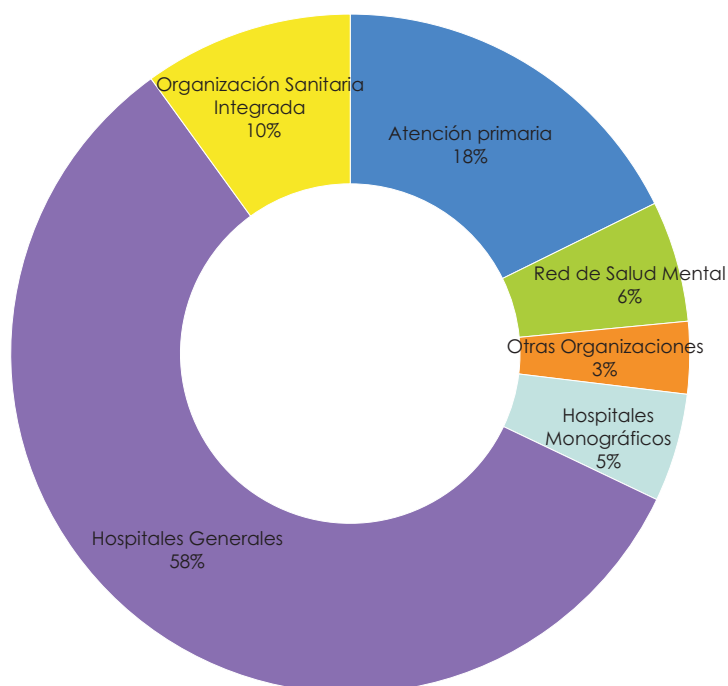
Gráfico 10. Distribución de la plantilla por colectivos profesionales, sexo y categoría. Año 2012.



Fuente: Osakidetza. Memoria 2012.

Por tipo de organización, la mayor parte del personal de la red pública trabaja en los hospitales (más del 60%), el 18% en los centros de atención primaria (centros de salud, consultorios...) y el 10% en una Organización Sanitaria Integrada (OSI).

Gráfico 11. Distribución de la plantilla por tipo de organización (%). Año 2012.



Fuente: Osakidetza. Memoria 2012.

La OSI es una nueva modalidad organizativa que ha creado Osakidetza y que modifica la antigua organización: atención primaria (centros de salud, consultorios...) y especializada (centros de especialidades -ambulatorios- y hospitales) con el objetivo de agrupar diferentes organizaciones asistenciales en una única organización sanitaria integrada (hospital comarcal junto con su centros de salud de referencia).

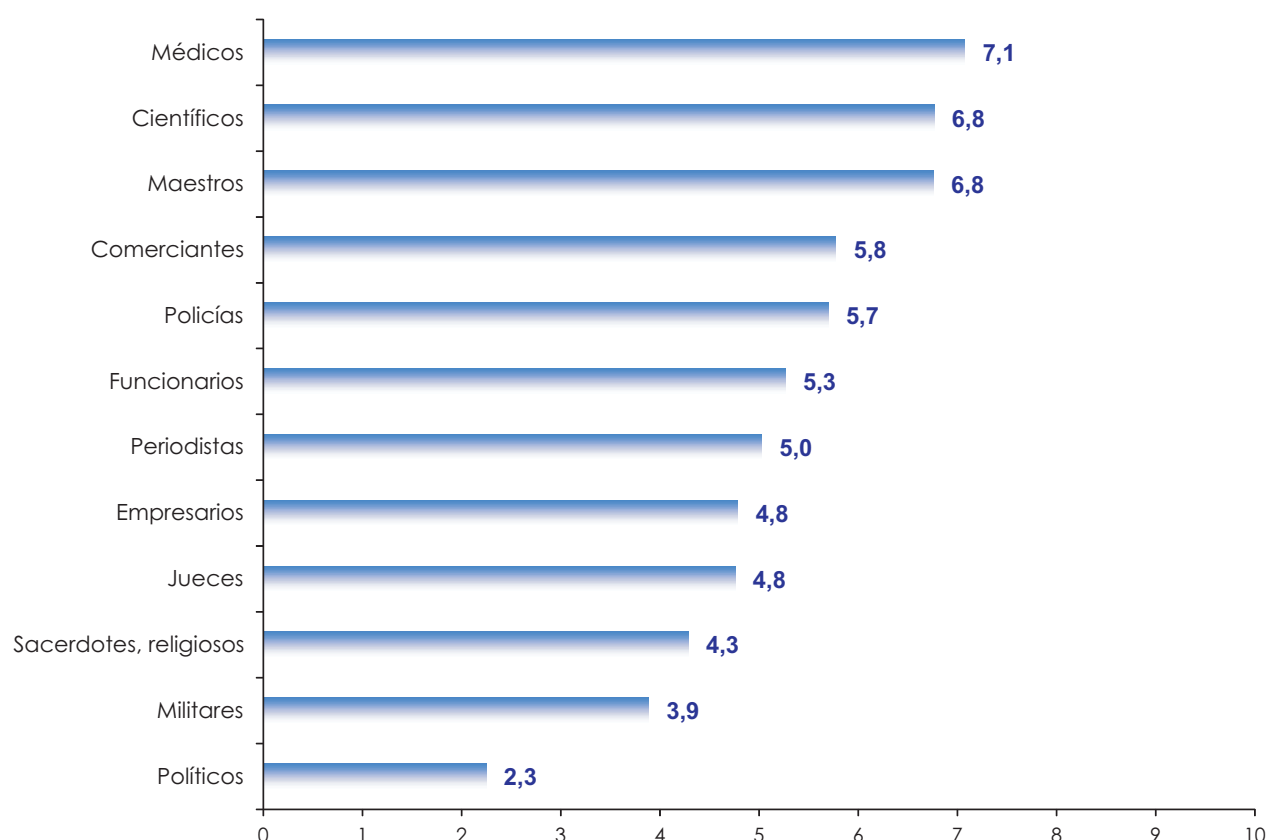
El Departamento de Salud y Osakidetza han decidido extender el proceso de creación de OSIs a toda Osakidetza, de tal manera que todas las Comarcas de atención primaria formen una única organización junto con sus hospitales de referencia; así en los próximos años veremos aumentar las OSIs y la plantilla que trabajará en ellas.

La encuesta de Eustat Población en Relación con la Actividad (PRA) señala un aumento del personal ocupado en la rama sanitaria en el periodo 2011-2013. Los datos más recientes apuntan que la cifra media de ocupación en actividades sanitarias asciende a 53.100 personas en 2013, lo que supuso un aumento del 0,76% respecto al año 2012, inferior al obtenido en años precedentes (2,7% en 2012 y 2,4% en 2011).

Siguiendo los criterios de clasificación por actividades de la CNAE-2009 dentro de la rama sanitaria, el 71% de las personas ocupadas en 2013 trabajaron en actividades hospitalarias, el 23% en consultas médicas y odontológicas (ámbito extrahospitalario) y el 6% en otras actividades sanitarias. Respecto al género, el 75% de la ocupación correspondía a mujeres, lo que confirma nuevamente su alta participación dentro del ámbito sanitario.

Respecto a la percepción que la población tiene sobre el personal que trabaja en el ámbito de la salud, la Encuesta de Capital Social⁽⁵⁾ que analiza entre otros temas la confianza en instituciones y profesiones, señala que los médicos, entre las distintas profesiones, son los que obtienen mejor puntuación.

Gráfico 12. Confianza en profesiones (media). Año 2012.



Fuente: Eustat. Encuesta de Capital Social 2012.

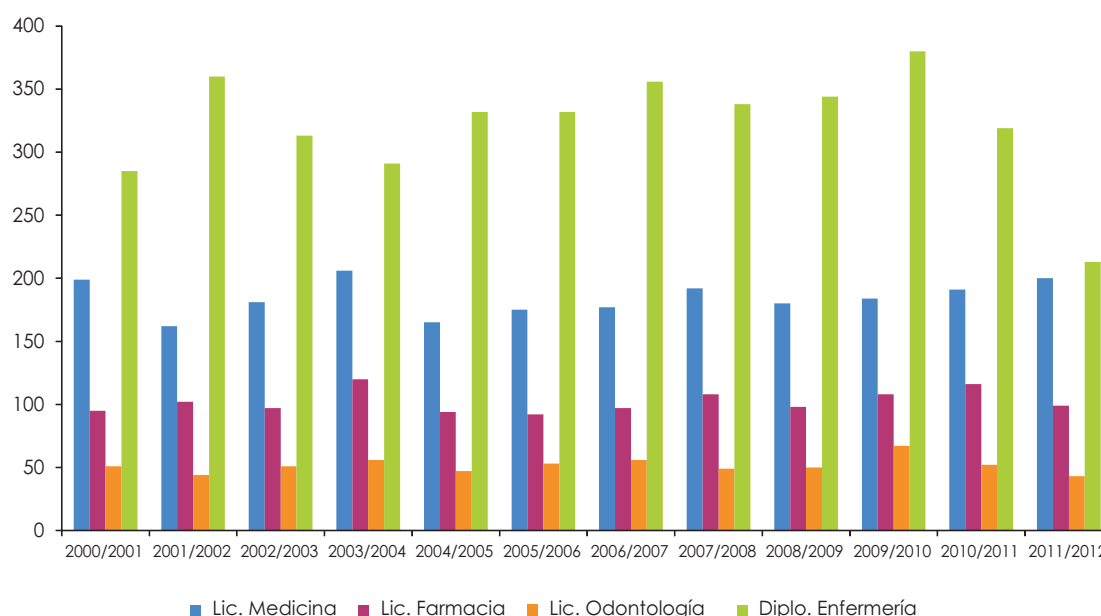
⁽⁵⁾ Fuente: Eustat. La Encuesta de Capital Social (ECS) es una encuesta cuyo fin es conocer la riqueza social de la C.A. de Euskadi a partir de las siguientes dimensiones: redes sociales, confianza y reciprocidad, participación y cooperación, información y comunicación, cohesión e inclusión social y felicidad y salud. En el cuestionario se pide a la persona encuestada que valore su confianza en las distintas profesiones en una escala de 0 a 10.

4.2.3 Formación de personal en Ciencias de la Salud

El alumnado que finalizó los estudios de Ciencias de la Salud en la Universidad del País Vasco en el curso 2011-2012 ascendió a 769, lo que supone un descenso del 17% respecto al año anterior pero con una distribución desigual según la titulación de que se trate.

Entre las titulaciones universitarias destacó medicina, por ser la única que experimentó un incremento del alumnado que terminó la licenciatura (casi del 5%), situación inversa a la de enfermería, que acusó un fuerte descenso respecto a años anteriores (-37% en comparación curso 2010/2011).

Gráfico 13. Alumnado que finalizó los estudios de primer y segundo grado en Ciencias de la Salud en la universidad de la C.A. de Euskadi. Años 2000/2001-2011/2012.



Fuente: Eustat. Estadística Universitaria.

Por tipo de estudios universitarios, el 38% de las titulaciones en el curso 2011-2012 correspondió a diplomados en enfermería, el 36% a medicina, el 18% a farmacia y el 8% a odontología. Los estudios de Ciencias de la Salud tienen una alta tasa de feminización (79%), ya que en todos los tipos de estudios predominan las mujeres: enfermería (85,4% son mujeres), odontología (79%), medicina (76%) y farmacia (72%).

4.3 UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

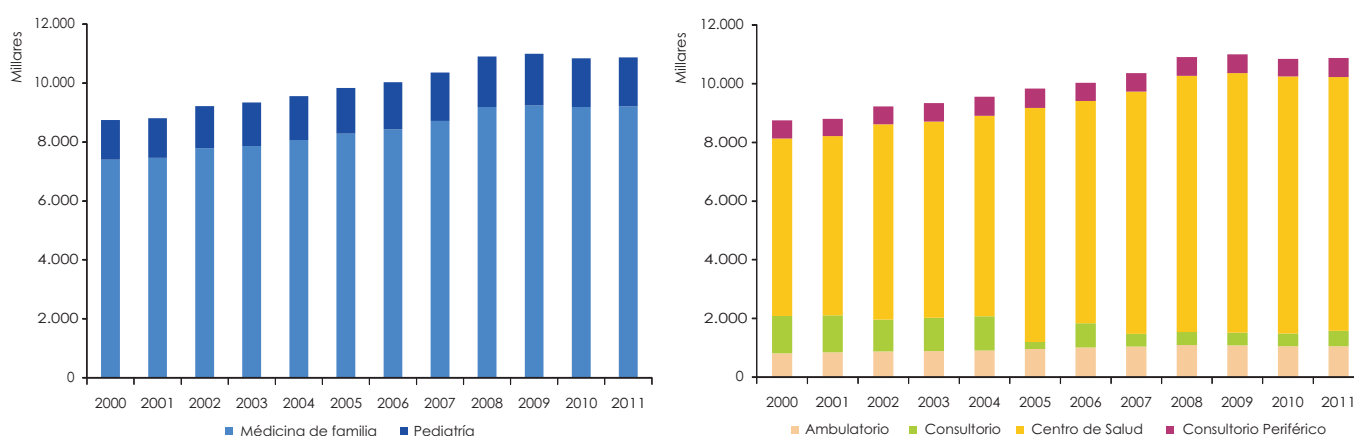
Aunque nuestro sistema sanitario contempla el aseguramiento privado como una vía más a la que puede recurrir la población en busca de atención sanitaria, la cobertura universal del sistema sanitario público vasco (Osakidetza) absorbe la mayor parte de las demandas de los de servicios sanitarios.

La demanda de servicios sanitarios públicos ha tenido una evolución creciente en todas sus áreas asistenciales y en especial las relacionadas con procedimientos ambulatorios (cirugía sin ingreso). La utilización de la asistencia es desigual en los sectores público y privado; los servicios básicos sanitarios vinculados a la atención primaria y la atención especializada en patologías de agudos recaen preferentemente sobre el sector público mientras que en el privado es la consulta ambulatoria en atención especializada fuera del hospital, así como la hospitalización de procesos de muy corta o de larga duración (enfermedades crónicas).

4.3.1 Atención médica ambulatoria. Consultas médicas

La Encuesta de Salud indica que la gran mayoría de la población (92%) acude a la red asistencial pública para recibir atención primaria. Los datos de la Estadística Extrahospitalaria señalan que desde el año 2006 se producen más de 10 millones las consultas anuales de medicina general y pediatría de la red extrahospitalaria pública, siendo los Centros de Salud los que reciben la mayor parte de esta demanda sanitaria (aproximadamente el 80% de las visitas).

Gráfico 14. Consultas de medicina general y pediatría y su distribución por tipo de centro. Años 2000-2011.



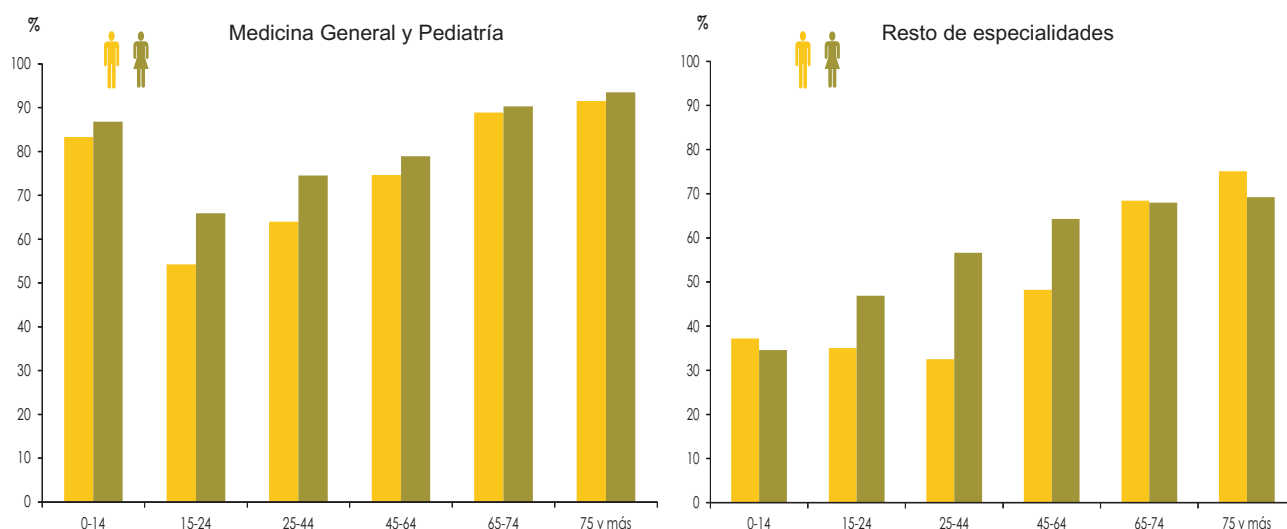
Fuente: Departamento de Salud. Estadística Extrahospitalaria.

Según los datos de la última Encuesta de Salud 2013, las mujeres acuden más al médico que los hombres: un 87% de las mujeres declararon haber realizado una consulta médica en los últimos 12 meses (78% en los hombres).

Por edades, la frecuentación del médico es más alta a edades tempranas, entre otras causas por los controles periódicos sobre la población pediátrica (crecimiento, desarrollo y vacunación), y también entre el final de la madurez y el comienzo de la vejez. La ESCAV señala que más de un 90% de las personas de 65 y más años han acudido al médico durante el año.

Así mismo, las mujeres no solo acuden más a menudo al médico que los hombres sino que también lo hacen de forma más reiterada: el 43% de las mujeres fueron al médico de tres a nueve veces al año, proporción que desciende al 36% en los hombres.

Gráfico 15. Proporción de personas que ha realizado una consulta de medicina general o pediatría y una consulta al especialista en los 12 meses previos según sexo y edad. Año 2013.

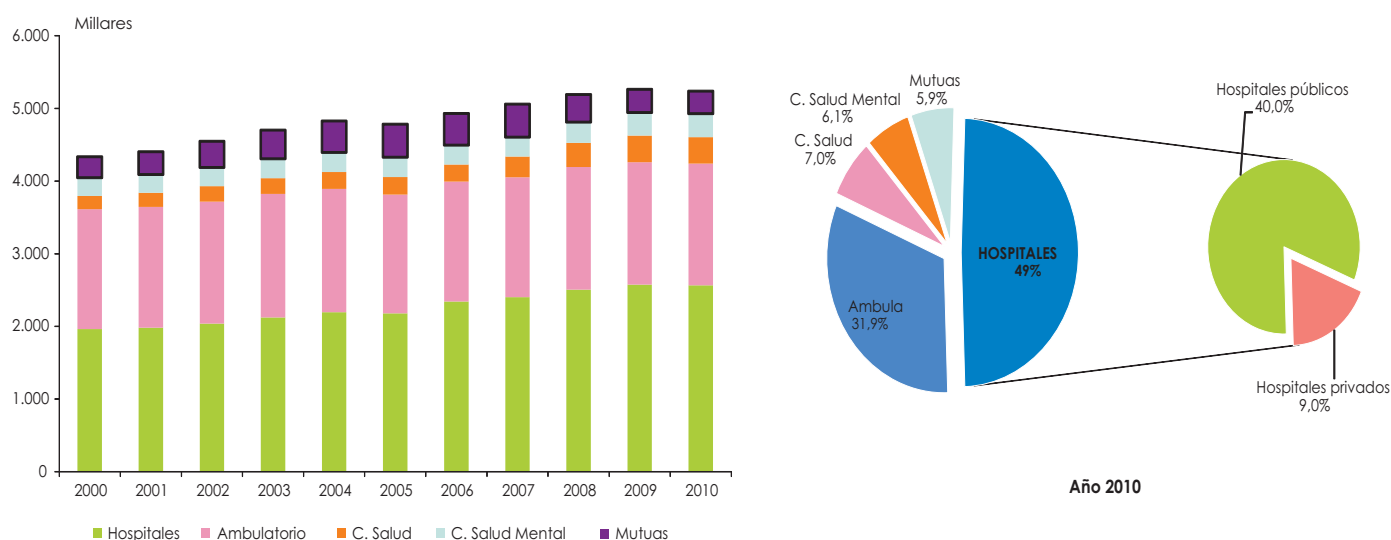


Fuente: Departamento de Salud. Encuesta de Salud (ESCAV).

La frecuentación desciende en el caso de la consulta a un especialista (mujeres 58%, hombres 44%). Los grupos de menor edad son los que menos acuden al especialista, al contrario de lo que sucede en los grupos de edad más avanzada (del 36% de 0-14 años se pasa al 71% en las personas de 75 y más años).

La diferencia por género es mayor en la atención especializada, sobre todo en los grupos de edad intermedios (25-44 años), donde más del 50% de las mujeres solicitan la consulta de un especialista -coincidiendo este hecho con el tramo de edad de fertilidad y fecundidad de la mujer-.

Gráfico 16. Consultas de atención especializada y su distribución por tipo de centro. Año 2010.



Fuente: Departamento de Salud. Estadística extrahospitalaria y Estadística hospitalaria.

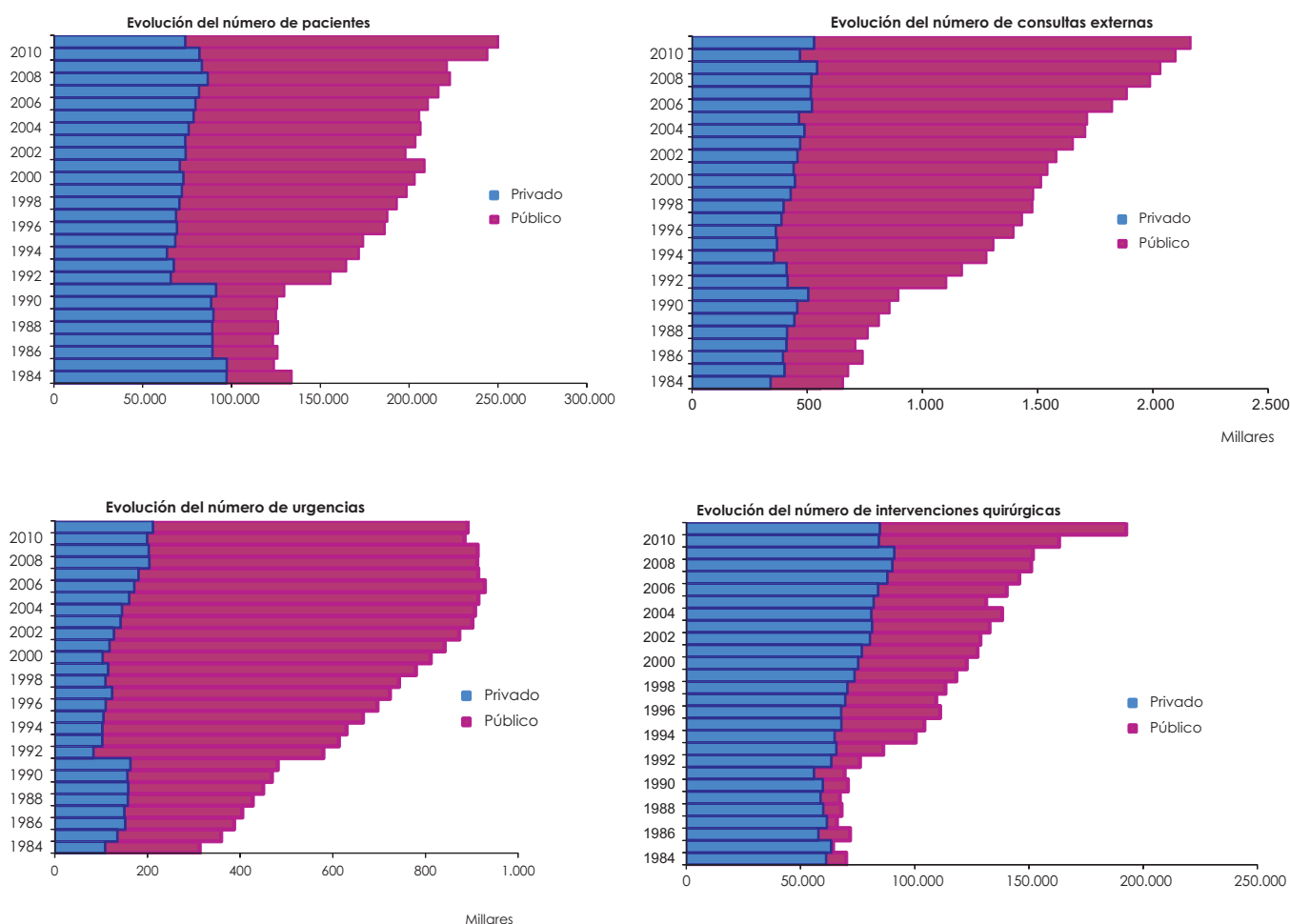
El volumen de consultas médicas de atención especializada representa prácticamente la mitad de las de atención primaria (alrededor de los 5 millones de consultas) y casi el 50% son atendidas en el hospital. La Encuesta de Salud 2013 añade que la proporción de personas que acuden al sector privado en busca de asistencia médica especializada es mayor (17%) respecto a las que lo hacen en la atención primaria (4%).

De hecho, el número de personas de la C.A. de Euskadi que cuenta con un seguro de salud ascendió 382.610 en el año 2011, según datos de la Estadística de Entidades de Seguro Libre (ESL)⁽⁶⁾ y, aunque la gran mayoría de este colectivo (90%) tiene contratado un seguro médico con cobertura de asistencia sanitaria general que cubre servicios de atención primaria y hospitalaria, demanda preferentemente asistencia sanitaria especializada.

4.3.2 Atención hospitalaria

El análisis de la evolución de la actividad hospitalaria a lo largo de estas tres últimas décadas refleja un aumento continuado del consumo de los servicios sanitarios en cada una de las áreas asistenciales (hospitalización, consultas externas, actividad quirúrgica,...) así como el predominio del sector público en la provisión de estos servicios.

Gráfico 17. Evolución de las principales áreas asistenciales de los hospitales. Años 1984-2011.

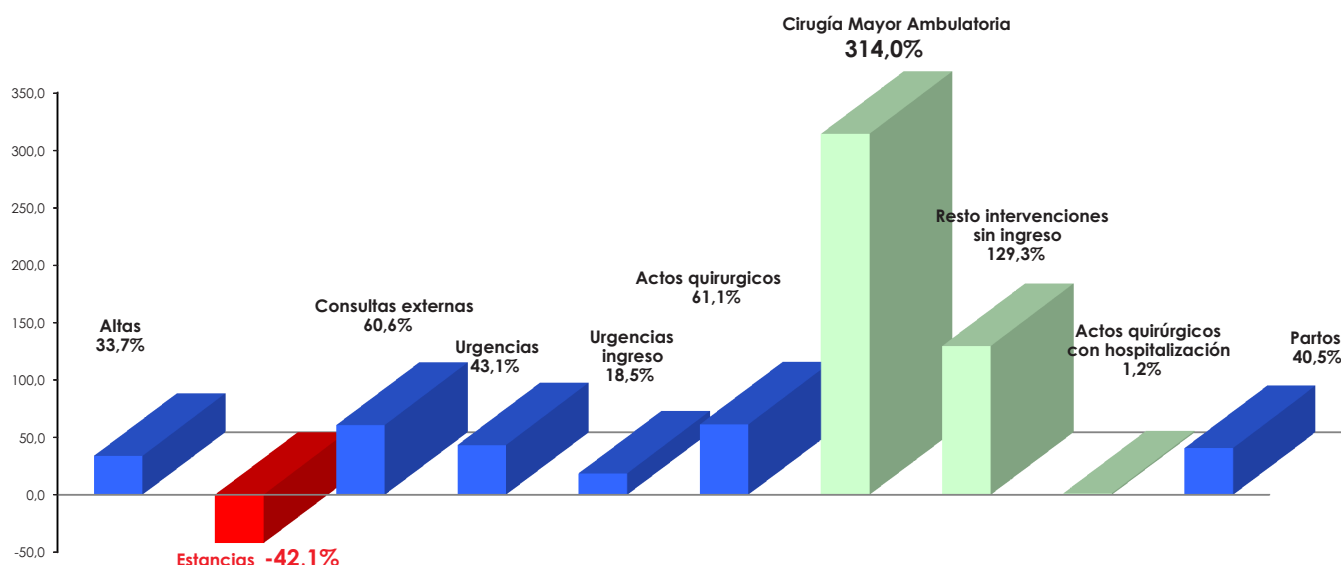


Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

Las áreas relacionadas con la actividad ambulatoria son las que han experimentado un crecimiento mayor y en especial la actividad quirúrgica (cirugía mayor ambulatoria y resto de intervenciones sin ingreso), mientras que desciende el tiempo de permanencia del paciente hospitalizado, lo que evidencia la progresiva ambulatorización de la actividad hospitalaria.

⁽⁶⁾ Fuente: Eustat. La Estadística de Entidades de Seguro Libre tiene como objetivo aproximarnos al conocimiento de la población vasca que cuenta con una cobertura sanitaria privada y de realizar una evaluación anual del sector.

Gráfico 18. Tasas de crecimiento de los principales indicadores hospitalarios. Años 1995-2011.



Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

Los indicadores hospitalarios confirman que, en estos últimos catorce años (1975-2011), hubo aumento de los ingresos hospitalarios por habitante, reducción del tiempo de estancia en hospital, incremento del número de personas atendidas por cama (índice de rotación) y ascenso de la actividad quirúrgica, esta última consecuencia del incremento de las intervenciones ambulatorias.

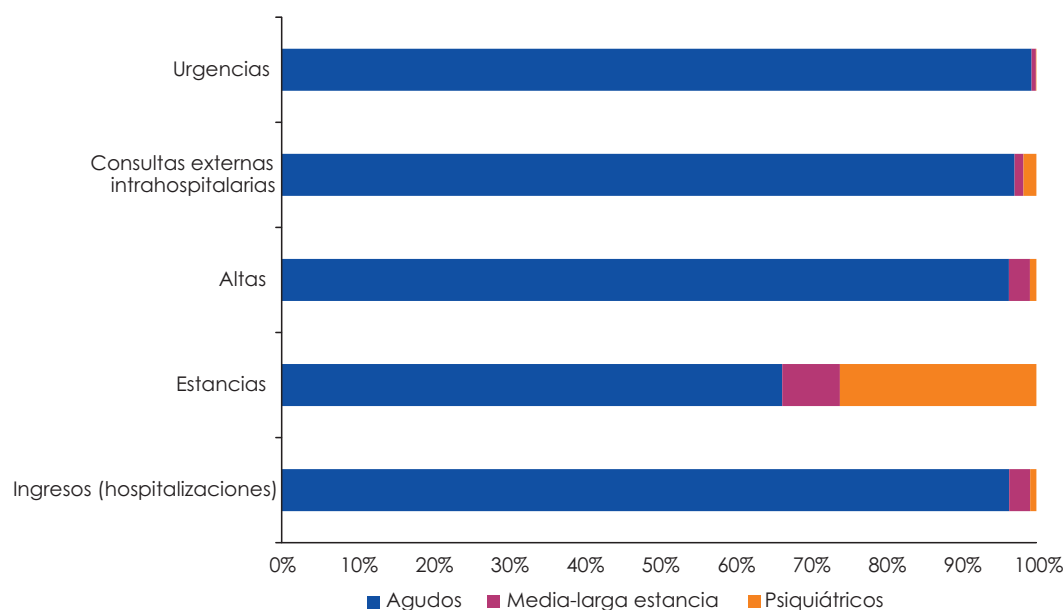
Tabla 3. Evolución de los principales indicadores de la actividad hospitalaria. Año 1998-2011.

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hospitalización										
Estancia media (días)	9,3	8,8	8,9	8,6	8,2	8,2	7,8	7,7	6,9	6,8
Altas por 1.000 habitantes	125,1	128,5	128,9	133,2	137,2	140,2	144,3	140,8	149,0	148,6
Índice de ocupación	80,6	80,7	81,9	83,3	81,3	82,8	82,2	80,8	78,1	77,6
Índice de rotación	31,6	33,6	33,5	35,2	36,0	37,0	38,6	38,5	41,1	41,8
Actividad Quirúrgica										
% con Hospitalización	65,3	57,6	53,5	52,5	51,4	50,4	49,8	49,8	47,0	42,8
% con cirugía mayor ambulatoria(CMA)	13,5	17,3	19,2	20,4	23,0	24,3	25,4	27,5	27,7	26,5
% resto de intervenciones ambulatorias	21,2	25,1	27,3	27,1	25,6	25,4	24,8	22,7	25,3	30,7
Actos quirúrgicos por 1.000 habitantes	88,2	95,2	100,2	104,4	105,6	109,3	111,9	111,7	113,4	127,4
Actividad Obstétrica										
Partos	16.266	17.232	18.137	19.789	20.233	20.874	21.472	20.884	21.188	21.480
% Cesareas	18,0	14,6	15,8	15,3	15,3	14,8	14,3	14,4	14,8	14,8

Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

La cirugía sin ingreso (UCSI) o cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha aumentado de forma paulatina durante esta última década. Si además contabilizáramos el resto de pequeñas intervenciones ambulatorias realizadas con anestesia local en los quirófanos de los hospitales, la cirugía ambulatoria (57,2% de la actividad quirúrgica hospitalaria en 2011) se sitúa por encima de la cirugía susceptible de ingreso.

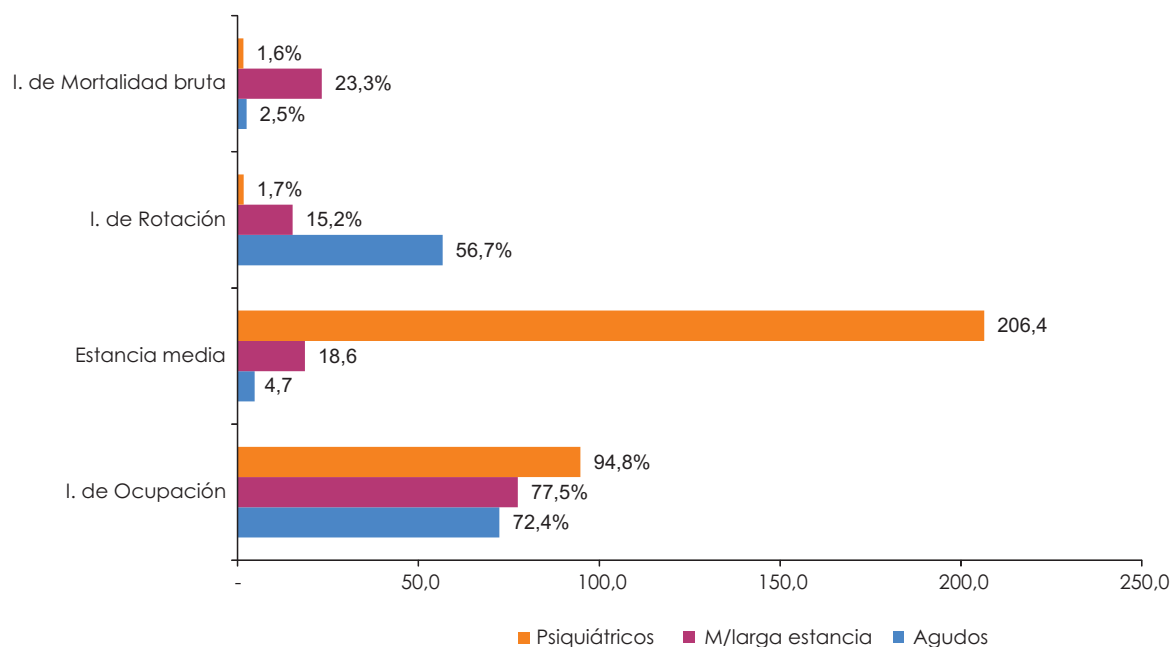
Gráfico 19. Actividad hospitalaria por finalidad del hospital (%). Año 2011.



Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

Teniendo en cuenta el tipo de cuidados prestados (atención de agudos, media/larga estancia o psiquiátricos), los hospitales de agudos acaparan la mayor parte de la actividad asistencial hospitalaria (hospitalización y ambulatoria); en ellos recaen más del 95% de los ingresos con hospitalización, consultas externas y urgencias, mientras, se reduce en el caso de las estancias hospitalarias donde los psiquiátricos cobran un relativo protagonismo (representan un 26% de las estancias).

Gráfico 20. Indicadores de funcionamiento por finalidad del hospital. Año 2011.



Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

Según la finalidad asistencial, los índices básicos de actividad y funcionamiento (principalmente estancia media y rotación) presentan importantes diferencias.

Tabla 4. Principales indicadores de la actividad hospitalaria por dependencia del hospital. Año 2011.

	Público	%	Privada	%	Total
Agudos					
Número de altas	240.638	77,1	71.529	22,9	312.167
Número de estancias	1.238.840	85,1	216.097	14,9	1.454.937
Estancia media	5,1		3,0		4,7
Índice de ocupación	79,0		48,9		72,4
Índice de rotación	56,0		59,1		56,7
Índice de Mortalidad Bruta	2,8		1,2		2,5
Media larga estancia					
Número de altas	7.663	85,1	1.344	14,9	9.007
Número de estancias	124.015	61,8	43.947	38,2	167.962
Estancia media	16,2		32,7		18,6
Índice de ocupación	84,5		62,7		77,5
Índice de rotación	19,1		7,0		15,2
Índice de Mortalidad Bruta	21,8		32,4		23,3
Psiquiátricos					
Número de altas	1.690	61,1	1.077	38,9	2.767
Número de estancias	233.962	41,0	337.117	59,0	571.079
Estancia media	138,4		313,0		206,4
Índice de ocupación	95,5		94,2		94,8
Índice de rotación	2,5		1,1		1,7
Índice de Mortalidad Bruta	0,8		2,9		1,6

Fuente: Departamento de Salud. Estadística Hospitalaria.

Los hospitales públicos tienen una alta participación en el tratamiento de procesos de agudos, el 77% de los episodios de hospitalización se producen en ellos y tienen como promedio una estancia media de 5,1 días, en tanto los privados atienden, sobre todo, procedimientos quirúrgicos con periodos más cortos de hospitalización (3 días).

Destaca la presencia del sector privado en la atención de enfermos que requieren cuidados psiquiátricos (trastornos mentales crónicos) en unidades de hospitalización de larga estancia y donde el promedio de hospitalización se sitúa en los 313 días (138 días en los públicos).

En los hospitales de cuidados de media y larga estancia, los pacientes hospitalizados a menudo padecen de enfermedades crónicas que implican una estancia más prolongada. Los hospitales privados tienen estancias de más larga duración, con un promedio de hospitalización de 33 días (16 días en hospitales públicos) y un índice de mortalidad que se eleva al 32%.

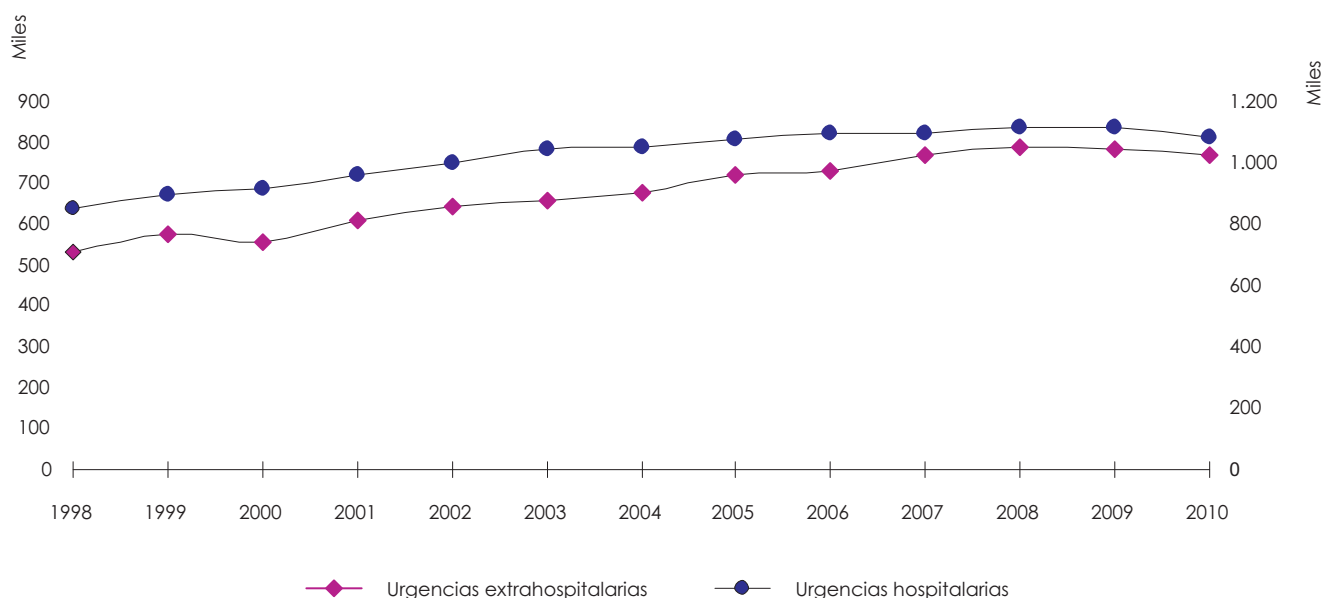
4.3.3 Atención de urgencias

El sistema público de Salud (Osakidetza) contempla dos ámbitos principales de asistencia de urgencias: extrahospitalario, con los Puntos de Atención Continuada ubicados en los centros de salud y las Unidades de Emergencia - que canalizan la asistencia urgente fuera del centro: domicilio y vía pública y hospitalario con sus propios Servicios de Urgencias. La tónica general de la actividad de urgencias ha sido la de continuo crecimiento hasta que, a partir del año 2009, los datos reflejan una contención del número de urgencias atendidas.

Estudios realizados sobre los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) aducen, entre otros, como factores responsables del hasta ahora crecimiento de las urgencias, los cambios socioculturales, demográficos y de morbilidad, problemas organizativos del sistema sanitario (atención primaria), así como el empleo inadecuado de los servicios de urgencias para situaciones no urgentes.

Los esfuerzos de los servicios de urgencias extrahospitalarios (771.000 atenciones en 2010) han estado orientados a descongestionar las urgencias de los hospitales; aún así no superan en volumen las atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios (un millón de las urgencias).

Gráfico 21. Evolución de las urgencias atendidas hospitalarias y extrahospitalarias. Años 1998-2010.



Fuente: Departamento de Salud. Estadística Extrahospitalaria Pública y Estadística Hospitalaria.

La Encuesta de Salud 2013 indica que el 13% y el 14% de los hombres y mujeres han utilizado los servicios de urgencias en los seis meses previos a la encuestación y esta proporción ha descendido, aunque poco, respecto de 2007 (14% en hombres y 14,6% en mujeres). Las personas con mayor y menor edad son las que más uso hacen de estos servicios.

Tabla 5. Actividad de los servicios de urgencias en los hospitales de agudos. Años 1998-2011.

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total Hospitales de Agudos										
Número de urgencias	845.761	908.492	995.652	1.046.548	1.093.756	1.087.348	1.109.073	1.108.843	1.076.417	1.095.469
Presión de urgencias	46,9	48,1	50,4	49,4	48,6	49,0	48,3	48,9	47,1	46,7
Urgencias ingresadas	14,0	14,0	13,3	12,9	12,5	13,0	13,0	13,0	13,2	12,1
Urgencias por 1000 habitantes	405,5	436,9	471,1	492,6	516,3	511,6	514,6	511,9	495,7	503,0
Hospitales de Agudos públicos										
Número de urgencias	736.707	805.438	868.465	902.158	922.849	907.347	905.370	906.479	877.795	884.301
% sobre el total de urgencias	87,1	88,7	87,2	86,2	84,4	83,4	81,6	81,7	79,1	79,7
Presión de urgencias	57,4	58,5	61,8	60,8	61,1	62,0	61,1	61,4	57,8	55,4
Urgencias ingresadas	14,3	14,1	13,7	13,5	13,5	14,3	14,5	14,4	14,7	13,6
Hospitales de Agudos privados										
Número de urgencias	109.054	103.054	127.187	144.390	170.907	180.001	203.703	202.364	198.622	211.168
% sobre el total de urgencias	12,9	11,3	12,8	13,8	15,6	16,6	18,4	18,2	17,9	19,0
Presión de urgencias	18,8	19,8	19,9	18,6	15,6	15,0	15,9	16,3	15,3	17,5
Urgencias ingresadas	11,7	13,7	10,9	9,2	7,1	6,6	6,6	6,6	6,7	5,9

Fuente: Departamento de Salud. Estadística Extrahospitalaria Pública y Estadística Hospitalaria.

El 80% de las urgencias hospitalarias se da en el sector público. La atención urgente tiene un peso relevante en los hospitales públicos, de hecho, el 55,4% de los ingresos se producen de forma urgente, si bien, esta proporción ha descendido respecto a años anteriores (57,8% en 2010 y 61% en los años 2008 y 2009). Esta situación es diferente en los hospitales privados, donde la mayoría de los ingresos son programados y los urgentes sólo representan el 17,5%.

4.4 GASTO EN SALUD

La Cuenta de la Salud de la C.A. de Euskadi se elabora de acuerdo a la metodología de la OCDE, System of Health Accounts-SHA 1.0, y permite calcular importes de gasto sanitario comparables a nivel internacional. Esta metodología analiza el gasto en salud según una triple clasificación: funcional, según proveedores y según financiadores. La definición que ofrece el SHA para el gasto en salud parte de una aproximación preferentemente funcional de las actividades sanitarias y distingue entre funciones básicas y funciones relacionadas. Las funciones básicas se agrupan en bienes y servicios sanitarios individuales y en servicios sanitarios colectivos. Entre las funciones básicas se incluye el gasto destinado a la atención a personas dependientes en actividades básicas de la vida diaria. Las funciones relacionadas se refieren a formación bruta de capital (inversión), educación y formación del personal sanitario y actividades de investigación y desarrollo, entre otras.

El gasto total en salud, tal y como se define en el SHA, mide los empleos finales de las unidades residentes en bienes y servicios de salud correspondientes a las funciones básicas, además de la Formación Bruta de Capital en las instituciones donde la atención a la salud es la actividad principal (función relacionada).

La Cuenta de la Salud de la C.A. de Euskadi ofrece datos homogéneos para los años 2000-2012. En 2012, el gasto total en salud alcanzó los 5.663 millones de euros, lo que supone el 8,8% del PIB, porcentaje que se mantiene en los últimos años. De hecho, la variación del importe destinado a salud ha ido acompañada a la evolución del PIB; así en 2010 el importe fue de 5.768 millones de euros, un 2,3% mayor que en 2009; en 2011 el gasto aumentó sólo un 0,1%, alcanzando los 5.774 millones y en 2012 el importe destinado a salud disminuyó un 1,9% respecto a 2011^(*).

Tabla 6. Principales datos de la Cuenta de la Salud en la C.A. de Euskadi. 2000-2012(a).

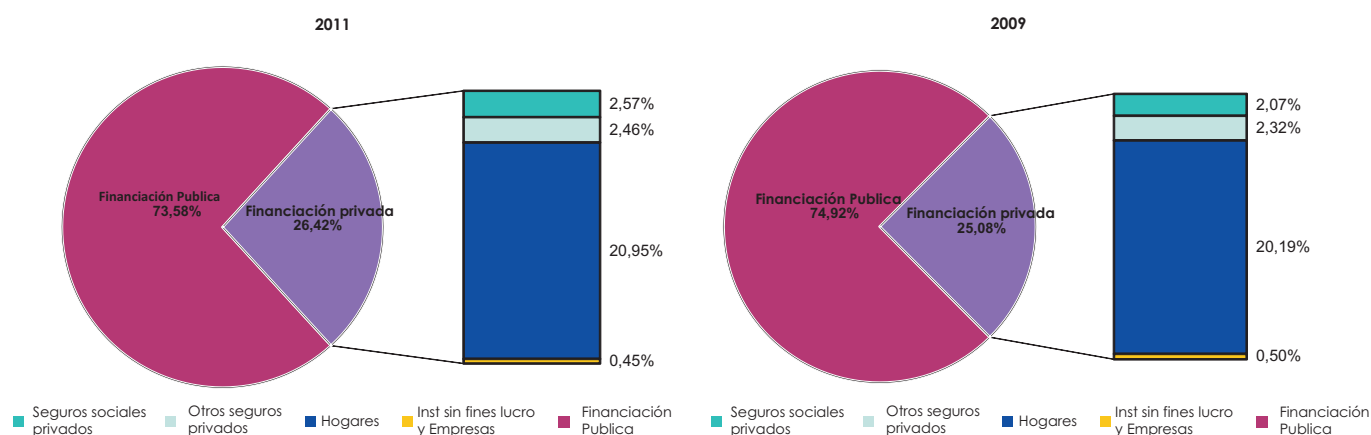
	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(a)	(*)T V 2011/2010	(*)T V 2012(a)/2011	(**) TVAA 2005-2012
Gasto en salud (miles de euros)												
Total gasto	2.694.954	3.994.669	4.303.344	4.743.779	5.244.239	5.636.111	5.768.253	5.774.603	5.662.970	0,1	-1,9	5,1
Financiación Pública	1.956.481	2.889.805	3.115.888	3.475.698	3.900.495	4.230.867	4.276.976	4.258.789	4.143.089	-0,4	-2,7	5,3
Financiación Privada	738.473	1.104.864	1.187.456	1.268.081	1.343.744	1.405.244	1.491.277	1.515.814	1.519.881	1,6	0,3	4,7
Indicadores												
Gasto Total por habitante (en euros)	1.296	1.893	2.027	2.217	2.433	2.602	2.656	2.652	2.578	-0,2	-2,8	4,5
Gasto Total en % del PIB	6,5	7,0	7,0	7,2	7,8	8,8	8,9	8,8	8,8	-0,1	0,0	1,73
Gasto público en % Gasto Administraciones Públicas	14,6	15,6	15,7	16,0	16,3	16,3	15,9	16,1	:	0,2	:	:
Gasto público respecto al Gasto total	72,6	72,3	72,4	73,3	74,4	75,1	74,1	73,8	73,2	-0,4	-0,6	0,82
Datos de referencia												
PIB p.m.(Base2010)	41.319.247	56.884.948	61.353.909	65.962.032	67.478.054	63.988.786	65.120.174	65.684.285	64.706.357	0,9	-1,5	7,8
Población (01-julio)	2.079.219	2.109.890	2.123.184	2.139.370	2.155.349	2.165.991	2.171.536	2.177.812	2.196.416	0,3	0,9	0,9
(a) Avance												
(:) no disponible												
(*) TV: Tasa de variación (%)												
(**) TVAA: Tasa de variación acumulativa media anual (%)												

Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud.

Por lo que se refiere a la financiación, el 73,8% del gasto total en salud corresponde a la financiación pública, alcanzando los 4.259 millones de euros en 2011. El porcentaje de aportación pública al gasto total en salud ha sido creciente desde 2000 a 2009; en este periodo creció 2,5 puntos porcentuales, alcanzando el 75,1% del gasto total en 2009. En 2010 el peso de la financiación pública disminuyó 0,9 puntos y en 2011 0,4 puntos, situándose en el 73,8%. En sentido contrario, la aportación de la financiación privada aumenta en 2010 y 2011, alcanzando los 1.516 millones en 2011. Entre los sectores institucionales clasificados como financiadores privados, el que representa mayor peso son los Hogares, aunque el que mayor incremento interanual 2009-2011 presenta es el correspondiente a los seguros sociales privados.

(*) El análisis más detallado de los datos se refiere a 2.011, último año para el que se disponen de datos definitivos.

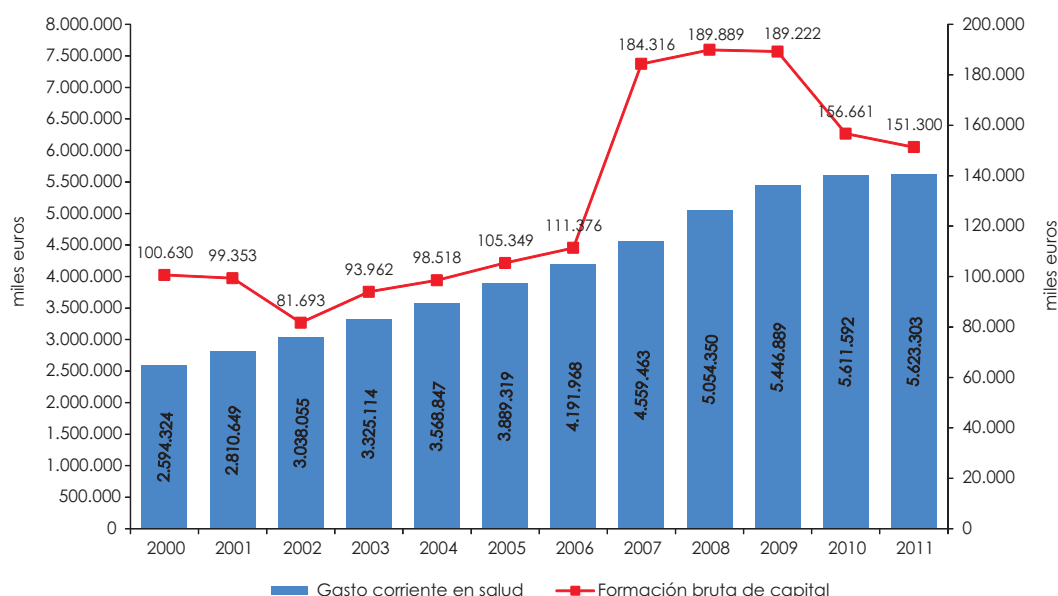
Gráfico 22. Gasto corriente en salud según sector financiador (%). Años 2009 y 2011.



Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud.

El indicador de esfuerzo de las administraciones públicas, es decir, el gasto público en salud respecto al gasto total de las administraciones públicas en la C.A. de Euskadi, alcanzó en 2011 el 16,1%, lo que supuso 0,2 puntos porcentuales más que en 2010. En la serie 2000-2011 el crecimiento ha sido de 1,5 puntos porcentuales.

Gráfico 23. Gasto corriente en salud y formación bruta de capital. Años 2000-2012. (Miles de euros).



Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud.

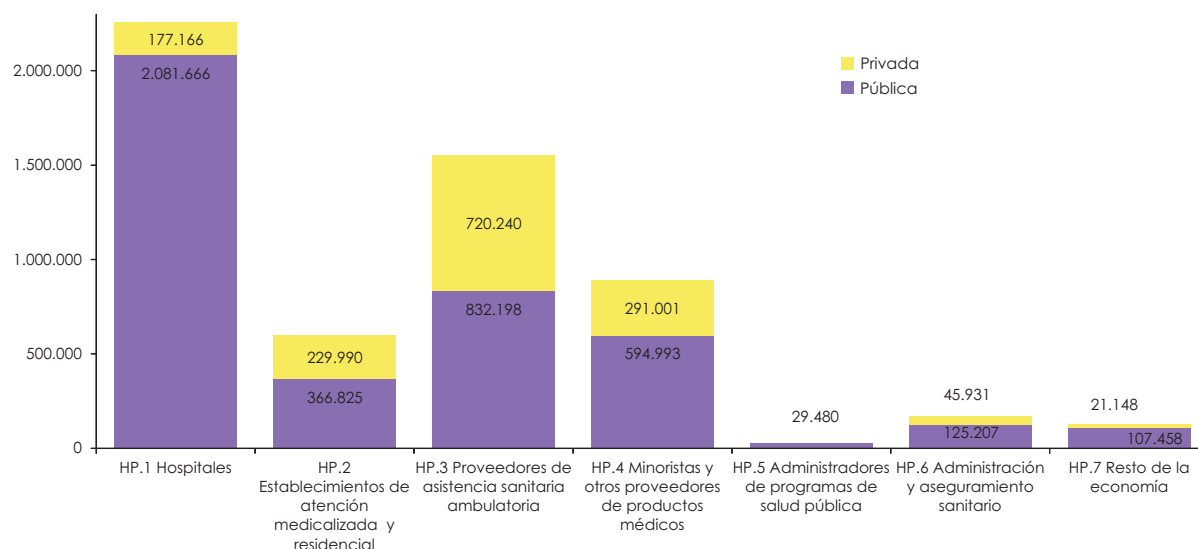
Un análisis detallado del gasto según funciones muestra que en 2011 del total de gasto en salud el 97,4% correspondió a gasto corriente y el 2,6% restante a formación bruta de capital; estos porcentajes se han mantenido bastante constantes a lo largo de la serie 2000-2011, excepto en los años 2007, 2008 y 2009 en los que la formación bruta de capital se aproximó al 4% del gasto total.

Tabla 7. Gasto en salud por funciones. Años 2009-2012 (a). (Miles de euros).

FUNCIÓN	miles euros				% sobre Total Gasto en Salud				Tasa de variación anual(%)		
	2009	2010	2011	2012(a)	2009	2010	2011	2012(a)	2010/2009	2011/2010	2012(a)/2011
HC.1 Asistencia sanitaria curativa	2.909.899	2.986.412	3.007.122	2.964.914	51,6	51,8	52,1	52,4	2,6	0,7	-1,4
HC.2 Asistencia sanitaria de rehabilitación	96.615	91.017	104.474	105.923	1,7	1,6	1,8	1,9	-5,8	14,8	1,4
HC.3 Asistencia sanitaria de media y larga estancia	834.029	879.847	913.030	910.753	14,8	15,3	15,8	16,1	5,5	3,8	-0,2
HC.4 Servicios sanitarios auxiliares	344.169	371.420	374.941	372.471	6,1	6,4	6,5	6,6	7,9	0,9	-0,7
HC.1 - HC.4 Servicios sanitarios individuales	4.184.712	4.328.696	4.399.567	4.354.061	74,2	75,0	76,2	76,9	3,4	1,6	-1,0
HC.5 Productos sanitarios dispensados a pacientes externos	986.777	1.011.666	966.432	932.652	17,5	17,5	16,7	16,5	2,5	-4,5	-3,5
GASTO INDIVIDUAL EN SALUD	5.171.489	5.340.362	5.365.999	5.286.713	91,8	92,6	92,9	93,4	3,3	0,5	-1,5
HC.6 Servicios de prevención y salud pública	98.877	87.865	82.333	80.816	1,8	1,5	1,4	1,4	-11,1	-6,3	-1,8
HC.7 Administración y aseguramiento sanitario.	176.523	183.365	174.971	176.847	3,1	3,2	3,0	3,1	3,9	-4,6	1,1
TOTAL GASTO CORRIENTE EN SALUD	5.446.889	5.611.592	5.623.303	5.544.376	96,6	97,3	97,4	97,9	3,0	0,2	-1,4
HC.R.1 Formación bruta de capital	189.222	156.661	151.300	118.594	3,4	2,7	2,6	2,1	-17,2	-3,4	-21,6
TOTAL GASTO EN SALUD	5.636.111	5.768.253	5.774.603	5.662.970	100,0	100,0	100,0	100,0	2,3	0,1	-1,9

Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud.

En el reparto del gasto total por funciones, en 2011 el 76,2% correspondió a servicios sanitarios individuales. De estas funciones, la de mayor peso es la Asistencia sanitaria curativa, que aumenta un 0,7% respecto a 2010. La segunda función en importancia es la correspondiente a Productos sanitarios dispensados a pacientes externos, que supone un 16,7% del gasto total y disminuye un 4,5% respecto a 2010. Otras de las funciones cuyo importe disminuye respecto a 2010 son Servicios de prevención y salud pública (-6,3%), Administración y aseguramiento sanitario (-4,6%) y IFormación Bruta de capital (-3,4%).

Gráfico 24. Gasto corriente en salud por proveedores y tipo de financiación. Año 2011. (Miles de euros).


Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud

La estructura de gasto por proveedores es similar a la de periodos anteriores; el 40,2% del gasto corriente se realizó en los hospitales, alcanzando los 2.259 millones de euros; el segundo lugar en importancia lo ocuparon los proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria, con un 1.552 millones de euros, lo que supone el 27,6%. Los establecimientos de atención medicalizada y residencial, donde se incluyen los servicios socio-sanitarios ligados a la dependencia, representaron el 10,6% del gasto corriente siendo este el grupo de mayor crecimiento respecto a 2010, un 5,2%. Por otro lado, el gasto correspondiente a Minoristas y otros proveedores de productos médicos disminuyó un 4,7% respecto a 2010, pasando de 930 millones a 886 millones en 2011, lo que supuso el 15,8% del total de gasto corriente.

5. COMPARACIÓN INTERNACIONAL

5.1 LA SALUD: PERSPECTIVA COMPARADA

Las comparaciones internacionales tienen una gran importancia en todos los ámbitos y también en la salud, ya que nos permiten ubicar a la C.A. de Euskadi en relación a otros países. Cada vez hay un mayor interés por compararse con otros países y también son más las facilidades para ello con la disponibilidad creciente de datos internacionales – Eurostat (Oficina Europea de Estadística), Eco-Salud (OCDE) y OMS –.

Desde Eurostat se realizan importantes esfuerzos en la homologación de las definiciones y la recogida de la información. Aún así, es posible que algunas de las diferencias obtenidas tengan su base en aspectos metodológicos y no sean diferencias en sí mismas. Con todo, el interés y la utilidad de un análisis comparado son evidentes y contribuyen al conocimiento de la realidad de la salud.

Tomando como escenario la UE 28 y los datos de Eurostat, este análisis comparado revela la posición relativa de la C.A. de Euskadi a través de una batería de indicadores⁽¹⁾ que abordan: la situación sociodemográfica, el estado de salud de la población, los recursos humanos, la dotación y el gasto en salud.

El punto de partida de este recorrido lo pone la población (evolución y composición). El conjunto de la UE 28 ha crecido el 0,3% de media anual durante el periodo 2004-2013 y la C.A. de Euskadi, con el 0,4%, se sitúa por encima de la UE 28, y entre los países que ha ganado ligeramente población. Los valores más altos correspondieron a Chipre y Luxemburgo, con crecimientos del 2%, mientras que los Países Bálticos (Lituania y Letonia) fueron los que perdieron, en proporción, más población, con decrementos cercanos al -1,5%. (*Gráficos 1 y 2*).

La composición de la población por edad da pautas de la demanda actual y futura de la 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. En este sentido, la población infantil representa el 15,6% de la UE-28, por debajo de la cual se sitúa la C.A. de Euskadi con un 13,8% y, más aún, Alemania (13,1%) (*Gráfico 3*). Por el contrario, Irlanda es el país comunitario con la proporción más alta de población pediátrica (22%). En cuanto al colectivo de 65 y más años, la C.A. de Euskadi con un porcentaje del 20,2%, sobrepasa la media de la UE 28 (18,2%) y se posiciona junto a los países con la proporción de población mayor más alta, tales como Alemania (20,7%) e Italia (21,2%) (*Gráfico 4*).

La esperanza de vida, uno de los indicadores más empleados para determinar el nivel de bienestar existente en un país o región, apunta a la C.A. de Euskadi entre los europeos con más esperanza de vida. Tanto los vascos (78,9 años) como las vascas (85,4 años) superaron los valores comunitarios (77,4 y 83,1 años) en el año 2011 (*Gráfico 5*). En el caso de los hombres, Suecia goza de la esperanza de vida más elevada (79,9 años) y los vascos; que ocupan el séptimo lugar, se sitúan muy próximos a Francia (78,7) y Reino Unido (79).

En todos los países comunitarios, las mujeres tienen una esperanza más elevada que los hombres y las vascas se encuentran entre las europeas más longevas, junto a España (85,6 años) y Francia (85,7 años). Todas ellas comparten la mejoría que anualmente experimenta este indicador.

La tasa de mortalidad de la C.A. de Euskadi –estandarizada para minimizar el efecto de la estructura de la población por edades– (*Gráfico 6*), que asciende a 859 personas por cada 100.000 habitantes, se sitúa por debajo del promedio de la UE 28 (1.026) y entre las más bajas de Europa, junto a Francia (870), Suiza (873) y España (890). Las diferencias de género apuntan que la tasa de mortalidad de los hombres (1.229) es superior a la de mujeres (650); lo mismo sucede en todos los países de la UE 28 y, en ambos casos, tanto los hombres como las mujeres registran unas tasas de mortalidad inferiores a los valores comunitarios (1.276 y 838), destacando las mujeres vascas, que obtienen el valor más bajo.

⁽¹⁾ El objetivo de los Indicadores es reflejar una situación, en este caso la Salud, y medir el grado o nivel con que ésta se manifiesta, de manera que resulte útil para evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones en el espacio

Las enfermedades circulatorias y los tumores son las causas más frecuentes de fallecimiento para la C.A. de Euskadi y la UE 28 ([Gráficos 7 y 8](#)) y, de manera comparativa, los tumores son la principal en la C.A. de Euskadi y las circulatorias en la UE 28. Por género, las mujeres vascas coinciden con las europeas en fallecer más por causa de enfermedades circulatorias.

La disponibilidad y composición de los recursos humanos en el ámbito de la salud nos informa sobre el potencial productivo, terapéutico y de capacidad asistencial del sistema sanitario, si bien la mejor información en materia de recursos humanos a la que se tiene acceso son los datos sobre médicos y sobre ella van los comentarios detallados a continuación.

Aunque no existe consenso con respecto al nivel óptimo de agentes de salud por habitante y está por confirmar que unos niveles de densidad mayores sean mejores, la C.A. de Euskadi, con 570 médicos licenciados por cada 100.000 habitantes en el año 2011, se encuentra entre los países con más médicos por base poblacional junto a Italia (626) y Alemania (549) ([Gráfico 9 y 10](#)).

Sin embargo, el indicador de personal graduado en medicina de la C.A. de Euskadi por cada 100.000 habitantes, en 2011 (9,2) se encuentra entre los más bajos de Europa y a bastante distancia de los más altos como Dinamarca (16,8), Irlanda (16,1) y Países Bajos (14,6) ([Gráficos 11 y 12](#)).

La C.A. de Euskadi, al igual que las economías del entorno, tiene por objetivo equilibrar la demanda creciente de salud con la mayor eficacia médica, que reduce la estancia y la necesidad de camas, y con la presencia creciente de la cirugía ambulatoria y la hospitalización a domicilio, como alternativas a la hospitalización clásica. La tendencia descendente del número de camas es compartida por la mayoría de los países comunitarios, pero, según el país, este descenso ha sido más o menos acusado y los casos más notorios se han producido en los países bálticos (Letonia y Lituania).

En el caso de Euskadi, las 253 camas hospitalarias (agudos) por cada 100.000 habitantes en 2011 la sitúan entre los países europeos con el promedio más bajo en esta clase de dotación, por debajo de Francia (343), Países Bajos (334) y Alemania (531) ([Gráficos 13 y 14](#)), pero por delante de España (239) y Reino Unido (237).

En términos de productividad de los recursos, el uso de las camas hospitalarias, la estancia media y el nivel de ocupación son los indicadores más utilizados. 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, hay que tomarlo con cautela, ya que, si una reducción de la estancia media pudiera conducir a un incremento del ratio de readmisión, el coste del episodio por enfermedad podría verse incrementado.

En el caso de la C.A. de Euskadi, la estancia media asciende a 6,5 días en 2011, una de las más bajas de la UE 28; sólo le adelantan Países Bajos (5,3 días) y Francia (5,6 días). Tomando como referencia el año 2000, la tendencia de reducción de la estancia media de pacientes hospitalizados ha sido la tónica general en los países comunitarios ([Gráficos 15 y 16](#)).

En cuanto al porcentaje de ocupación, indicador que mide la capacidad hospitalaria, asciende a un 72% en los hospitales de agudos de la C.A. de Euskadi en 2011, porcentaje que algunos expertos califican como aceptable. El valor de este índice se sitúa por debajo de España y Francia (ambos con el 75%) y Alemania (79%) ([Gráficos 17 y 18](#)).

En lo que respecta a la asistencia hospitalaria, el indicador de altas hospitalarias por 100.000 habitantes (11.123) sitúa a la C.A. de Euskadi entre los países que obtienen valores más bajos, junto a España (10.115) y Países Bajos (11.923) y más aún en el caso de las mujeres vascas (10.996) ([Gráfico 19](#)); en cambio, los hombres (con 11.257 altas) están más próximos a Italia y Reino Unido. La gran mayoría de la UE 28 y también la C.A. de Euskadi coinciden en señalar a los grupos de enfermedades del sistema circulatorio y del aparato digestivo como las principales causas de hospitalización ([Gráficos 20 y 21](#)).

El gasto total en salud en porcentaje del PIB en la C.A. de Euskadi alcanzó el 8,8% en 2011, lo que en la comparación internacional le sitúa por debajo del resto de países de su entorno (Francia, Reino Unido, España y Alemania). La evolución de este indicador ha sido similar a la del resto de países, siendo 2009 el año en el que este porcentaje ha sido mayor y, a partir de entonces, se ha mantenido o disminuido ([Gráficos 22 y 23](#)).

El indicador de gasto de Salud en relación a la población muestra una mejor situación comparativa de la C.A. de Euskadi. En 2011, el gasto en salud per capita en términos de paridad de poder de compra PPC alcanzó los 3.695 \$ en la C.A. de Euskadi, lo que le sitúa por encima de países como Reino Unido (3.405), Finlandia (3.374) y España (3.072); en el extremo alto de la tabla se encuentran Noruega, con 5.669, y Suiza con 5.643. Esta situación es similar a la de ejercicios anteriores ([Gráfico 24](#)).

Además, 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 no se traduce necesariamente en el resultado de una mejor salud de la población atendida.

De la lista de indicadores de salud de Eurostat, se seleccionaron aquéllos con mejor comparabilidad. Los mayores problemas radican en los procesos de clasificación y recogida de los datos, distinto horizonte temporal de las fuentes de datos, ausencia de información (series truncadas y de países de reciente incorporación) y modelos sanitarios diferentes referidos a sociedades con distintos grados de desarrollo económico.

También se observa desde Eurostat un impulso cada vez mayor por ofrecer información de unidades territoriales más pequeñas que el Estado, llamadas “units”, asimilables a regiones administrativas y comunidades autónomas, y cada vez son más frecuentes los indicadores con información a este nivel de desagregación territorial.

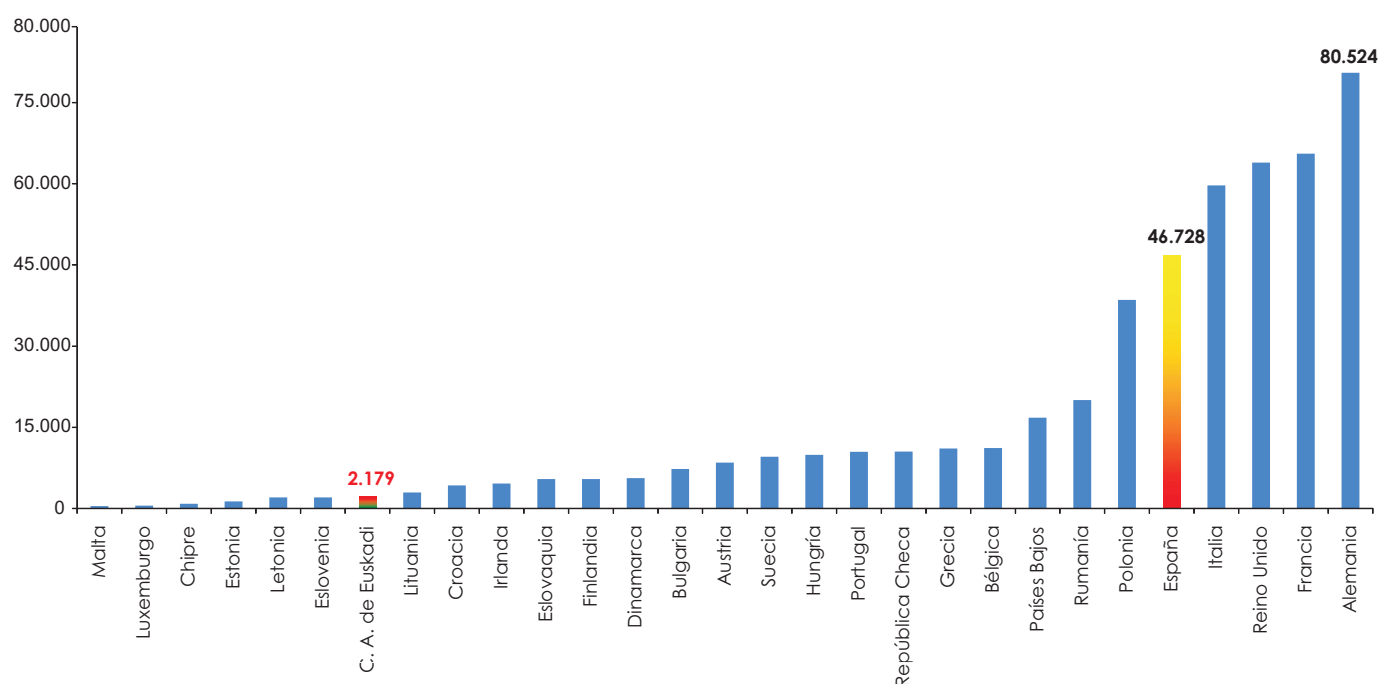
5.2 INDICADORES Y GRÁFICOS

Ámbito	Indicador	Contenido
Contexto Sociodemográfico	1.- Población y su evolución países UE 28. <i>(Gráfico 1)</i> .	Informa sobre el número de habitantes que reside en un determinado ámbito geográfico.
	2.- Variación media anual en la población (%). <i>(Gráfico 2)</i> .	Es el ritmo de crecimiento de una población (aumento/disminución) en promedio anual.
Estado de Salud	3.- Proporción de población menor de 15 años (%). Año 2012. <i>(Gráfico 3)</i> .	Se consideran población infantil aquella que tiene de 0 a 14 años (ambos inclusive).
	4.- Proporción de población igual y mayor de 65 años (%). Año 2013. <i>(Gráfico 4)</i> .	Como población mayor se ha considerado aquella que tiene 65 años o más.
	5.- Esperanza de vida hombres y mujeres al nacer (%). Año 2011. <i>(Gráfico 5)</i> .	La esperanza de vida al nacer mide el número medio de años que se espera viva un recién nacido, habida cuenta del conjunto de tasas de mortalidad por edades en ese año o periodo.
	6.- Tasas de mortalidad estandarizadas por género. Año 2011. <i>(Gráfico 6)</i> .	Los datos de número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país. Se toma la población europea estándar <i>_actual_</i> para minimizar el efecto de la estructura poblacional y mejorar la comparabilidad en el tiempo y entre países.
	7.- Tasas de mortalidad según causas (100.000 habitantes) C.A. de Euskadi y UE-28. Año 2011. <i>(Gráfico 7 y Gráfico 8)</i>	Las causas definidas se relacionan con las causas subyacentes, entendidas como enfermedades o lesiones que produjeron el acaecimiento del elemento mórbido causante directo de la enfermedad, así como el accidente o análogo que produjo la fatal lesión.

Ámbito	Indicador	Contenido
Sistema de Salud	8.- <i>Médicos licenciados 100.00 habitantes y evolución.</i> (Gráfico 9 y Gráfico 10).	Número total de personal médico licenciado para la práctica médica, cifra asimilable a la del personal médico colegiado.
	9.- <i>Personal graduado en medicina 100.000 habitantes y evolución.</i> (Gráfico 11 y Gráfico 12).	Incluye el alumnado que se ha graduado en medicina en facultades de medicina o instituciones similares por cada 100.000 habitantes. Se excluye el personal graduado en farmacia, dentista y/o estomatólogo, salud pública y epidemiología.
	10.- <i>Cama hospitalaria (agudos) 100.000 habitantes.</i> (Gráfico 13 y Gráfico 14).	“Accute care hospital beds”, camas en hospitales de agudos o para la prestación de servicios curativos. Se incluyen las camas en hospitales generales y/o de agudos.
	11.- <i>Estancia media en hospitales de agudos y evolución.</i> (Gráfico 15 y Gráfico 16).	Se entiende por estancia el número de días en los que a un paciente se le confía una cama en la que pernocta. Las altas se definen como el abandono formal de un paciente de una institución hospitalaria, tras una hospitalización.
	12.- <i>Porcentaje de ocupación en hospitales de agudos y evolución.</i> (Gráfico 17 y Gráfico 18).	El porcentaje de ocupación sobre camas en hospitales de agudos, se calcula por el cociente entre el nº de estancias -en días- en camas de hospitales de agudos y el nº de camas en funcionamiento en hospitales de agudos, multiplicado por 365.
	13.- <i>Tasas de pacientes hospitalarios (100.000 habitantes) por género.</i> Año 2011. (Gráfico 19).	El número de pacientes hospitalarios es la unidad de medida de la actividad hospitalaria. Se considera el alta hospitalaria (episodio hospitalario comprendido entre el ingreso y el alta del paciente del hospital) producida por pacientes hospitalizados (como mínimo 1 noche o más de 24 horas) en los hospitales públicos y privados de agudos y de media-larga estancia a lo largo de un año. Esta información se suministra por género.
	14.- <i>Tasa de pacientes hospitalarios del sistema circulatorio y aparato digestivo. (100.000 habitantes) Años 2000- 2011.</i> (Gráfico 20 y Gráfico 21)	Dada la existencia de una gran variedad de enfermedades, éstas se agrupan con un cierto grado de agregación, siendo las más frecuentes las enfermedades del aparato circulatorio y digestivo.

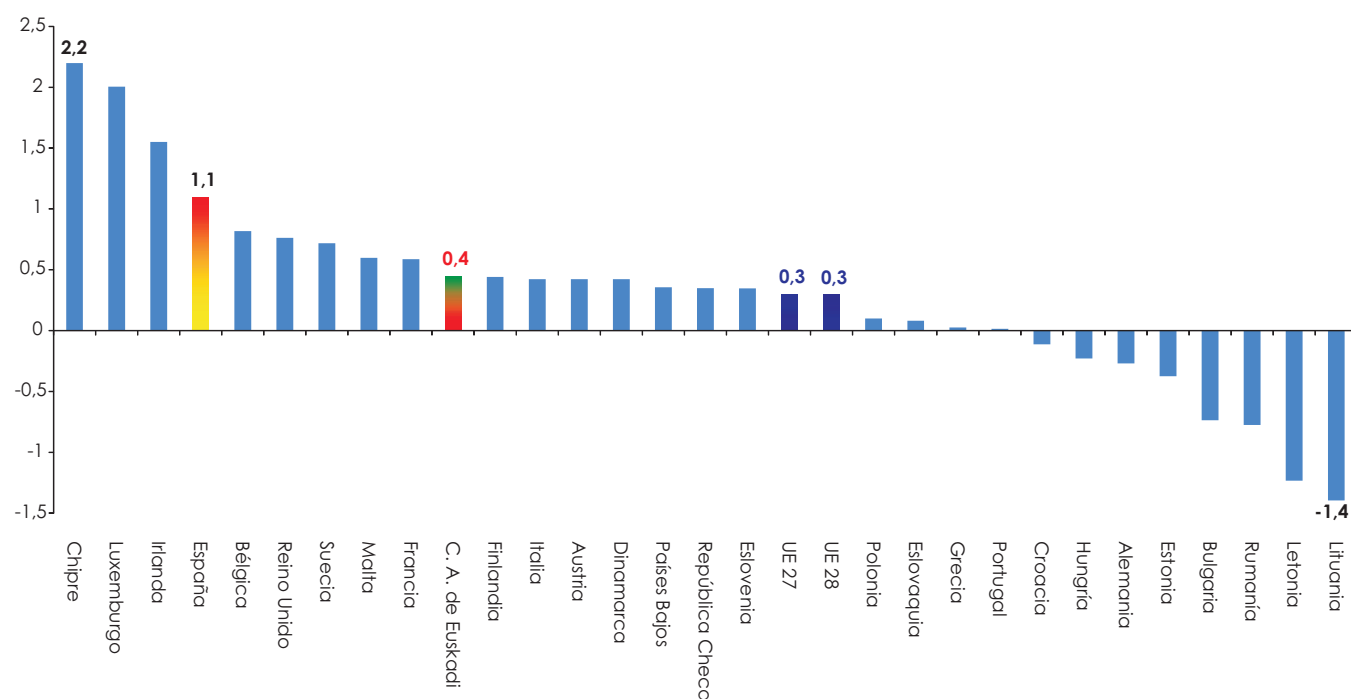
Ámbito	Indicador	Contenido
Grado en Salud	15.- Gasto total en salud (%PIB) y evolución. <i>(Gráfico 22 y Gráfico 23).</i>	Es un indicador de esfuerzo, que indica qué parte de la riqueza de un país (PIB) se gasta en salud, esto es, la suma del gasto público y privado en servicios sanitarios curativos, de rehabilitación, prevención, productos farmacéuticos, etc., además de la inversión que realizan las industrias proveedoras de esos servicios y productos.
	16.- Gasto total de salud por habitante y gasto total en PIB (PPC, US\$). Año 2011. <i>(Gráfico 24).</i>	Los indicadores básicos de intensidad -gasto por habitante- y esfuerzo -gasto en relación con el PIB- se miden en Paridad Poder Compra (PPC), lo que permite la comparación internacional del gasto. Para pasar de euros a PPC se utilizan los conversores que publica la OCDE para España.
	17.- Gasto Público en % PIB. Año 2011. <i>(Gráfico 25).</i>	Indica el esfuerzo de las administraciones públicas en salud.

Gráfico 1. Población por países (miles). Año 2013.



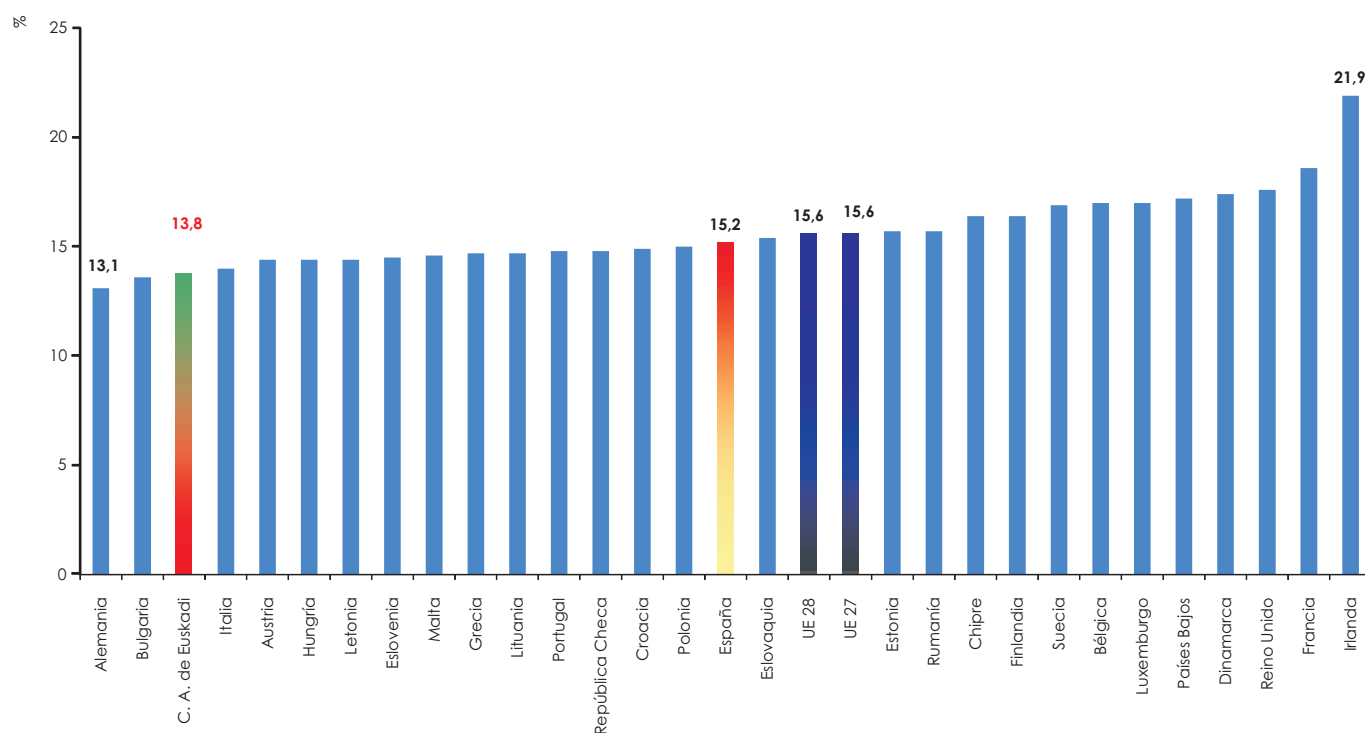
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 2. Variación media anual en la población (%). Años 2004-2013.



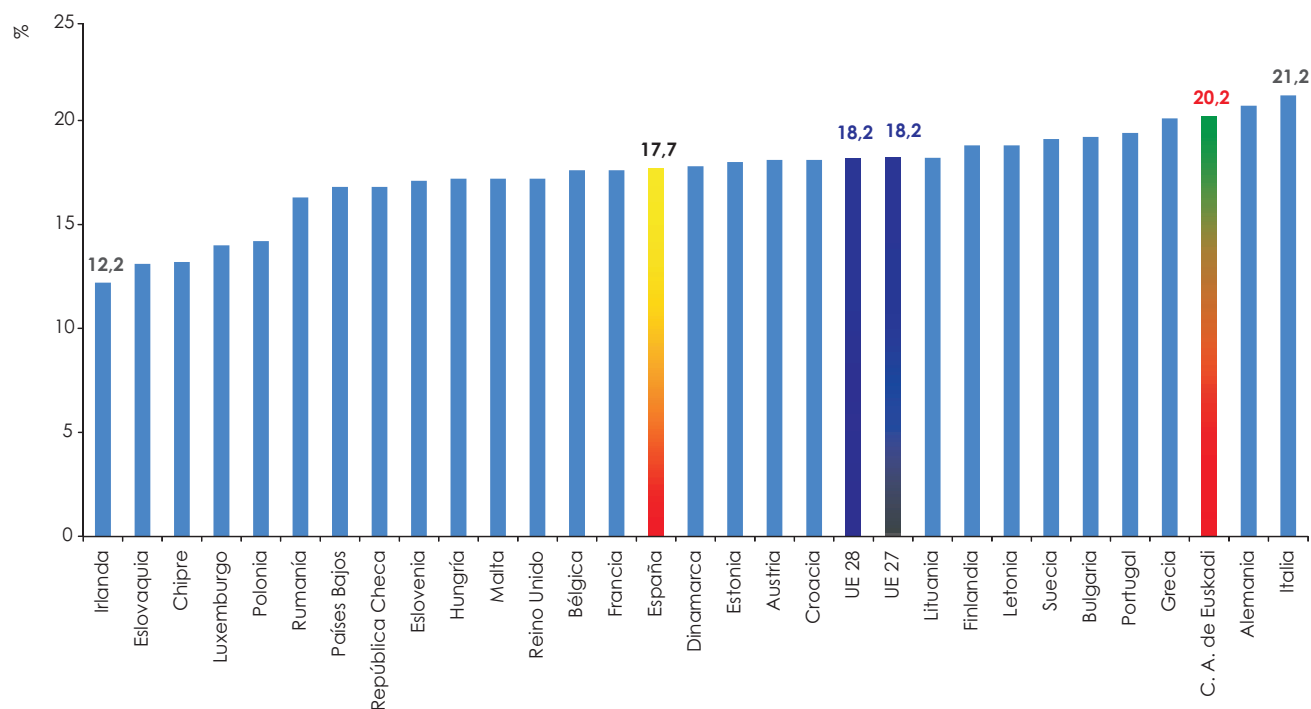
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 3. Proporción de población menor de 15 años (%). Año 2013.



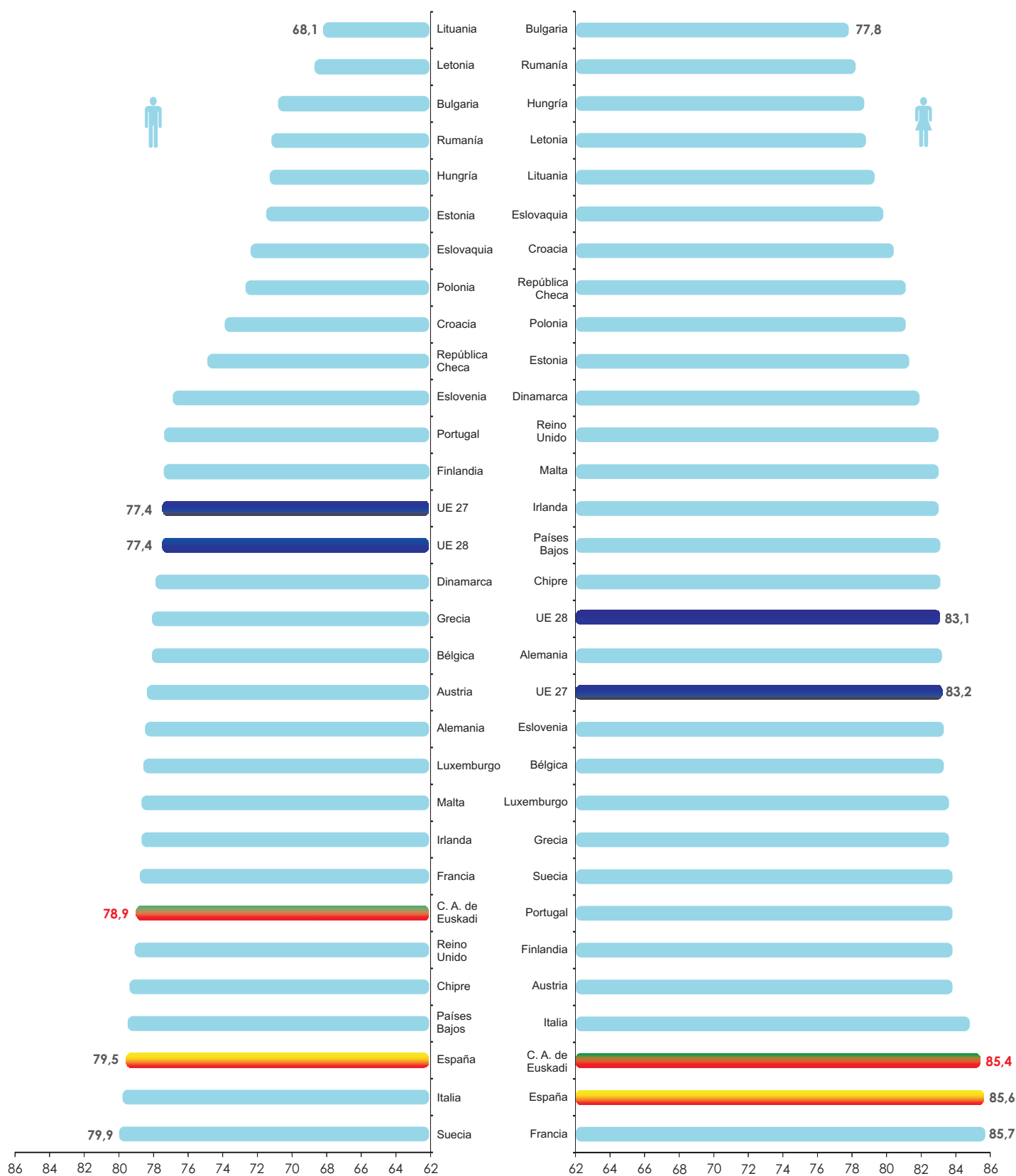
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 4. Proporción de población igual y mayor de 65 años (%). Año 2013.



Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 5. Esperanza de vida hombres y mujeres al nacer (%). Año 2011.



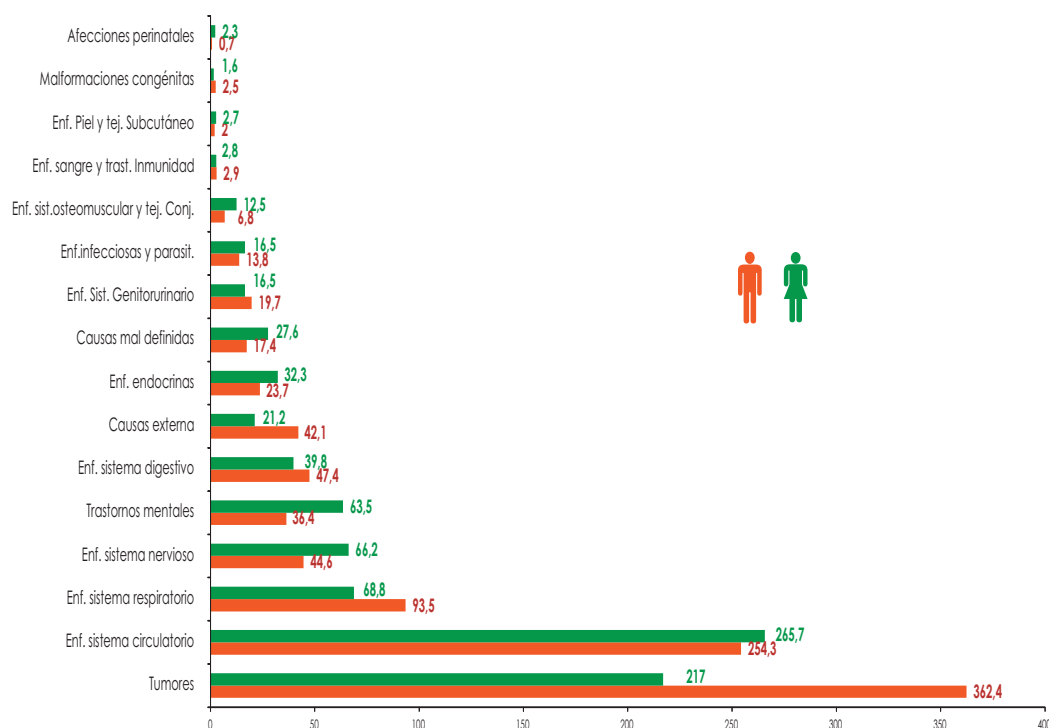
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 6. Tasa de mortalidad estandarizada (%). Año 2011.



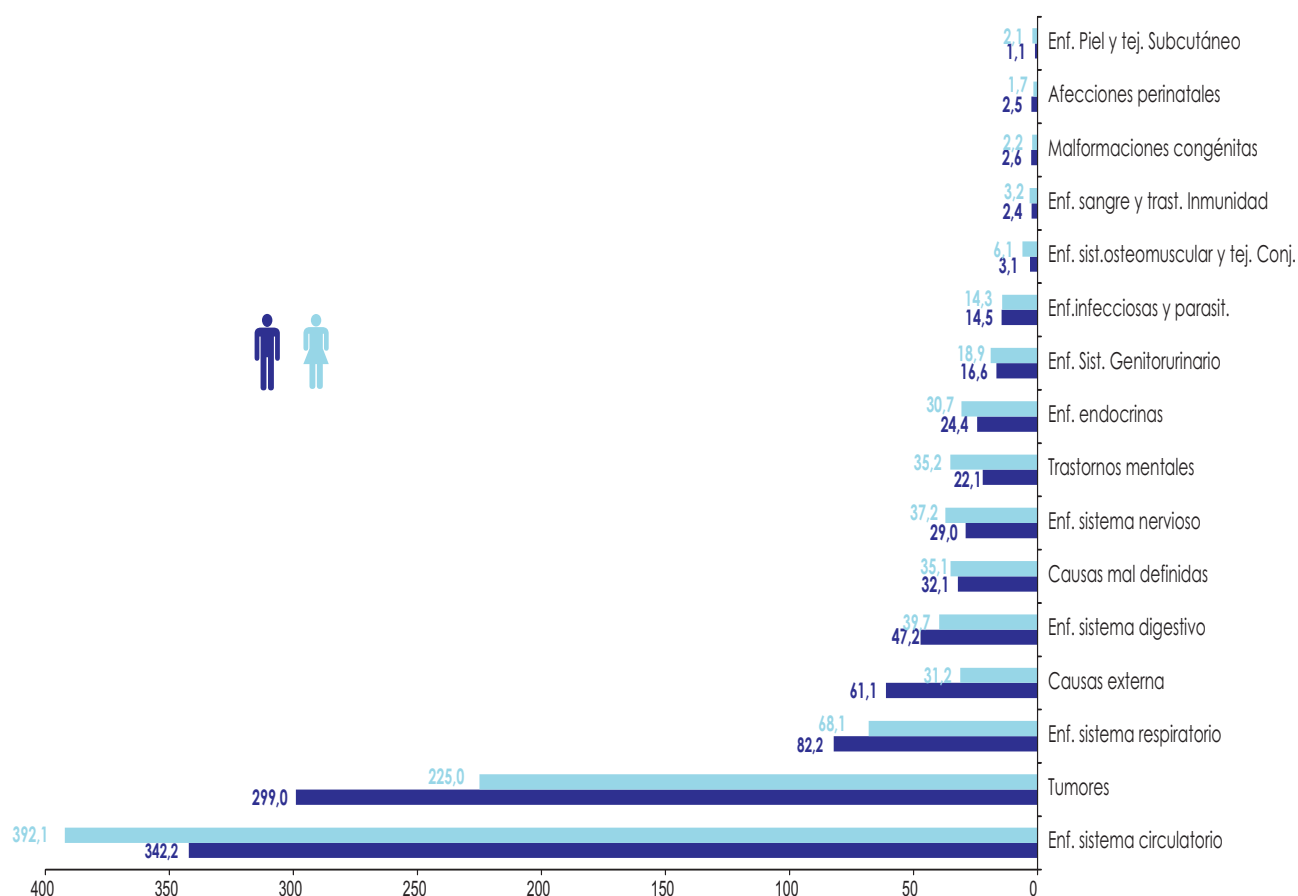
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 7. Tasas de mortalidad según causas (100.000 habitantes). C.A de Euskadi. Años 2011.



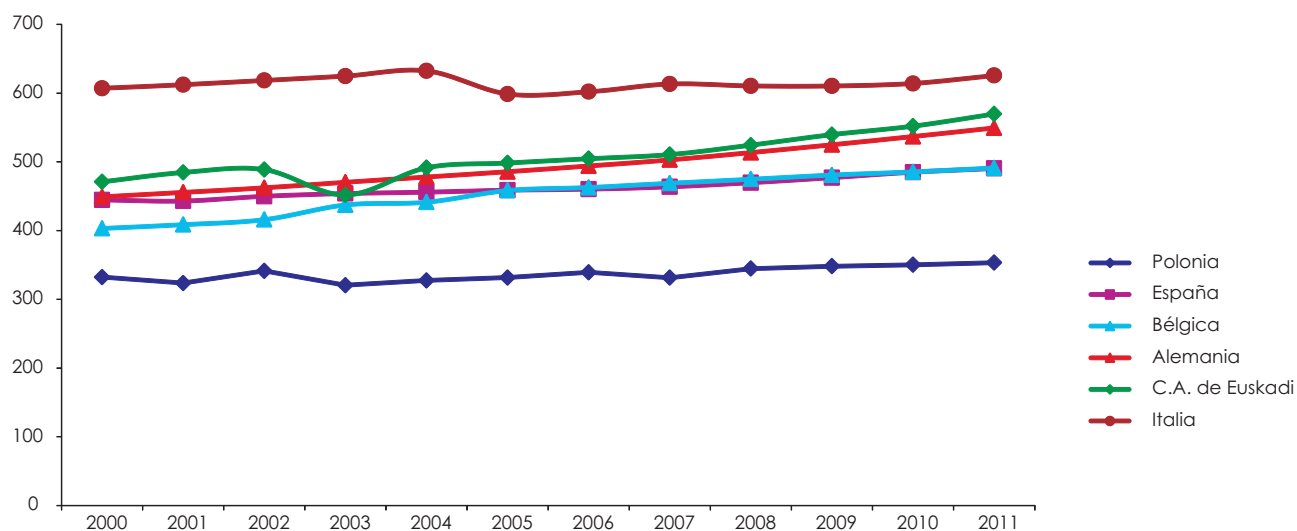
Fuente: Eustat.

Gráfico 8. Tasas de mortalidad según causas (100.000 habitantes) UE 28. Años 2011.



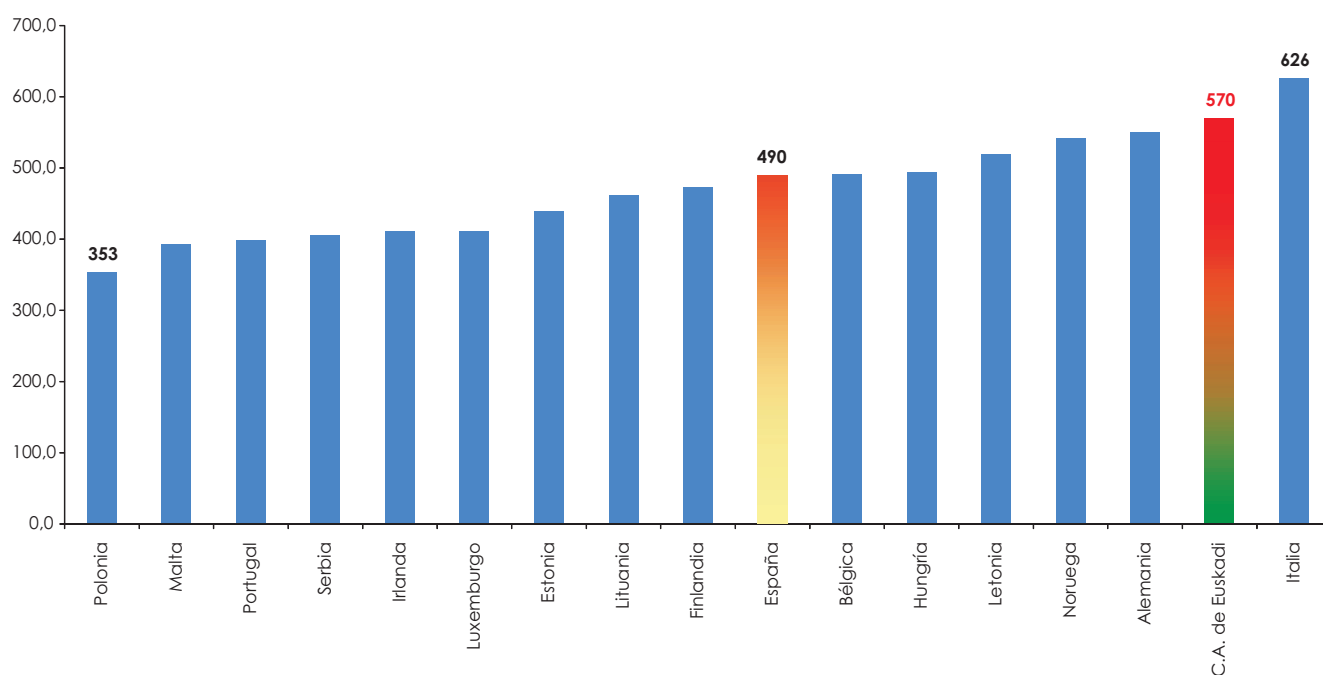
Fuente: Eurostat.

Gráfico 9. Evolución médicos licenciados para la práctica médica 100.000 habitantes. Años 2000-2011.



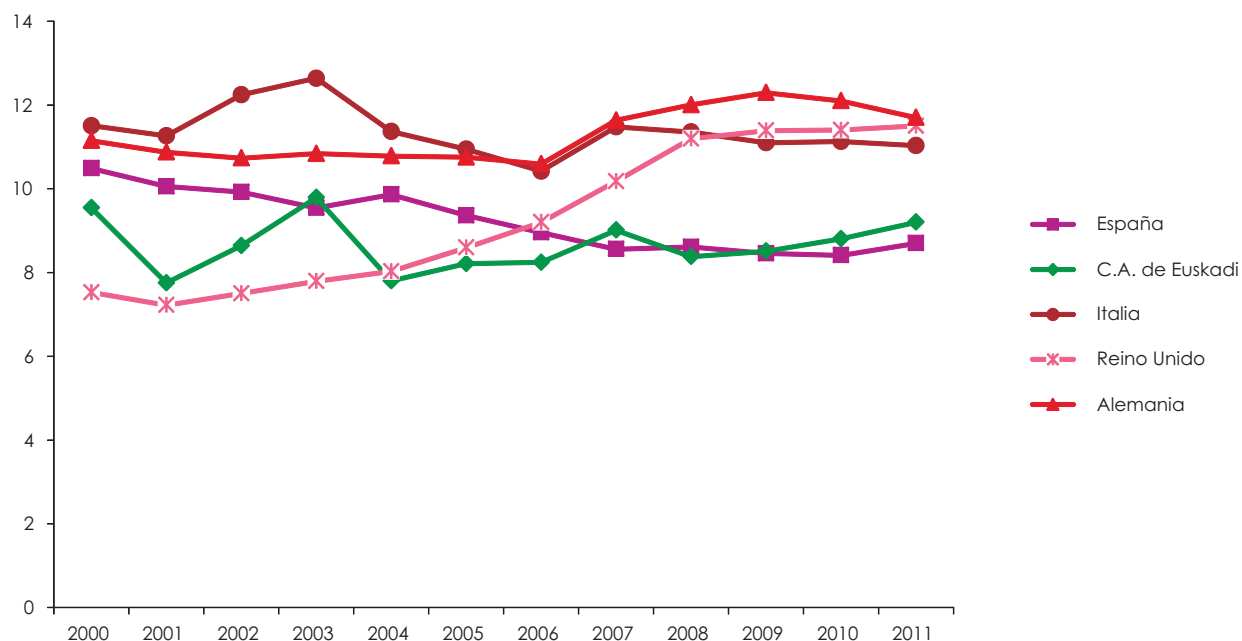
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 10. Médicos licenciados para la práctica médica 100.000 habitantes. Año 2011.



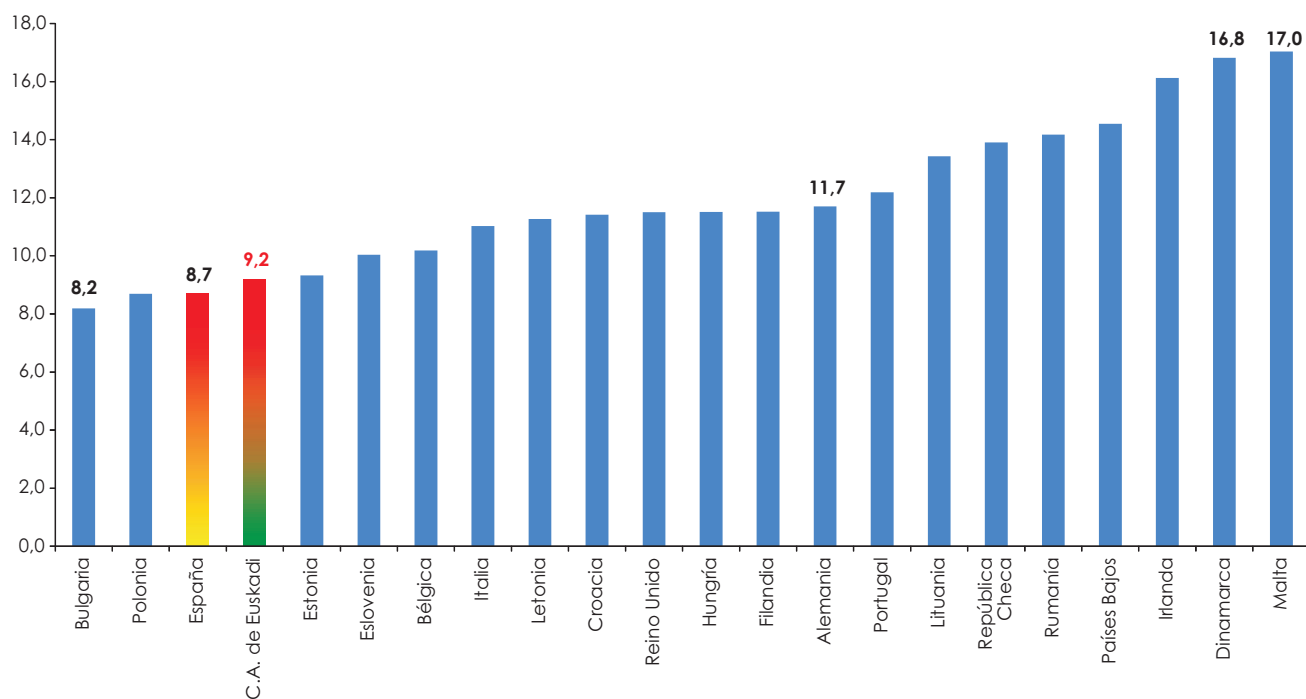
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 11. Evolución del personal graduado en medicina por cada 100.000 habitantes. Años 2000-2011.



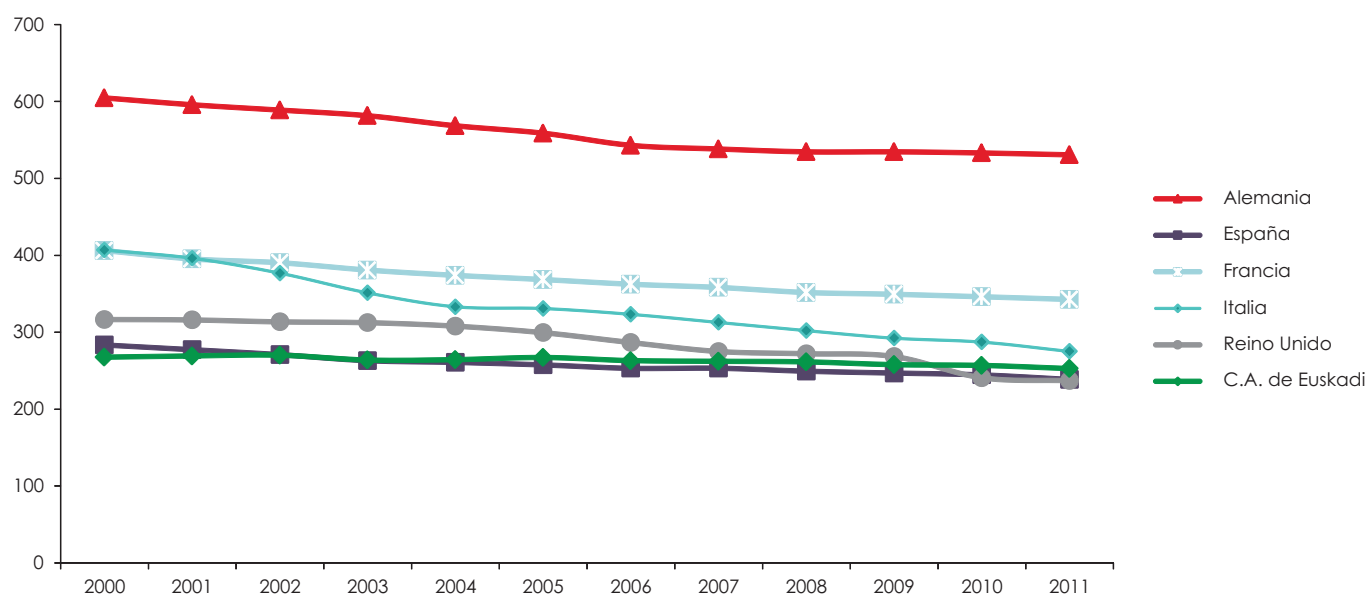
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 12. Personal graduado en medicina. Año 2011.



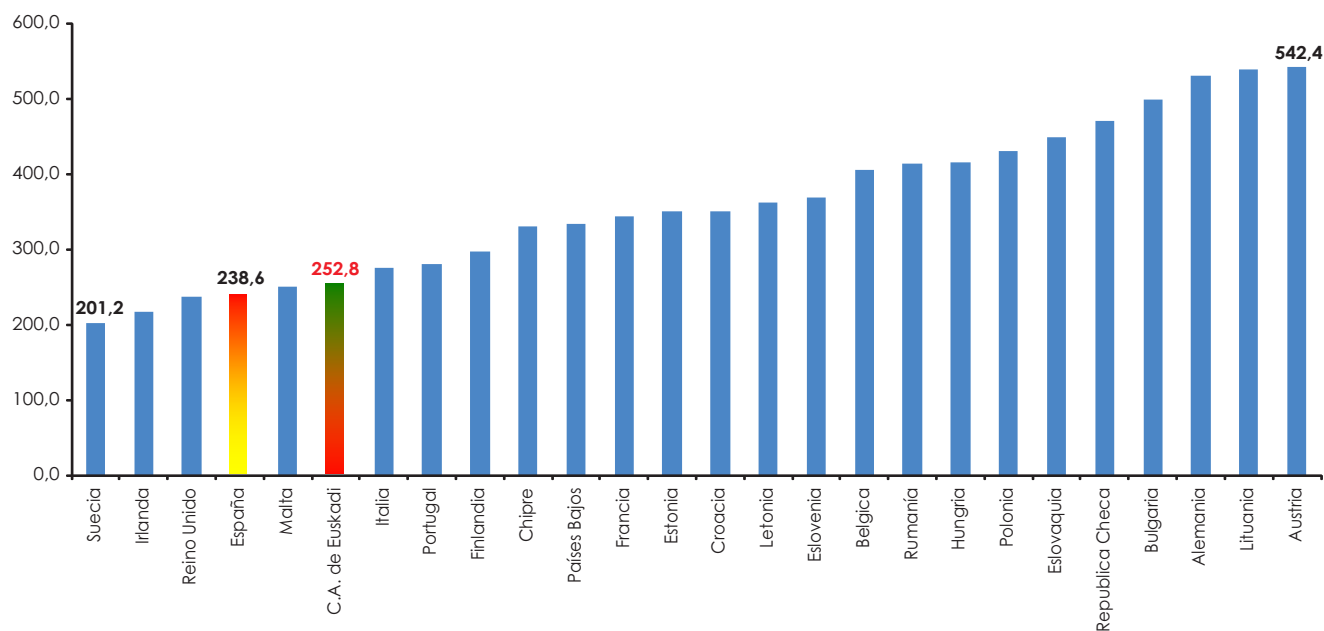
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 13. Evolución de las camas hospitalarias (agudos) por 100.000 habitantes. Años 2000- 2011.



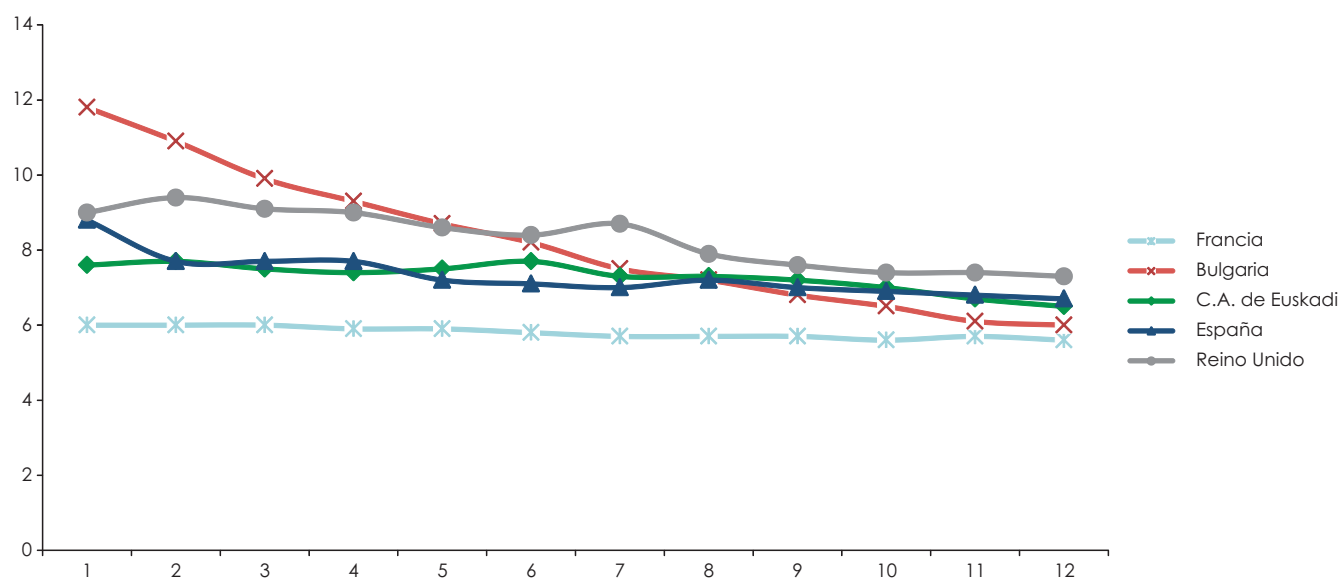
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 14. Camas hospitalarias (agudos) por 100.000 habitantes. Año 2011.



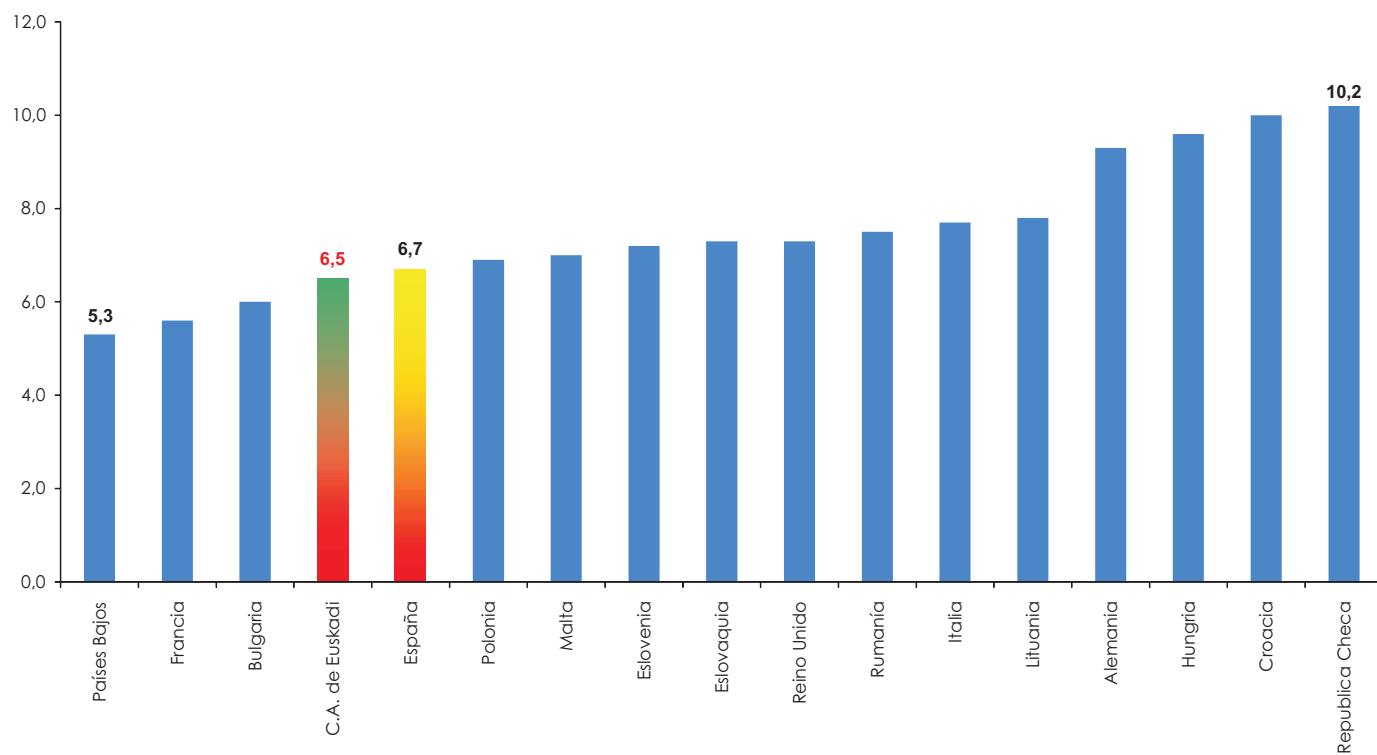
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 15. Evolución de la estancia media hospitalaria . Año 2000-2011.



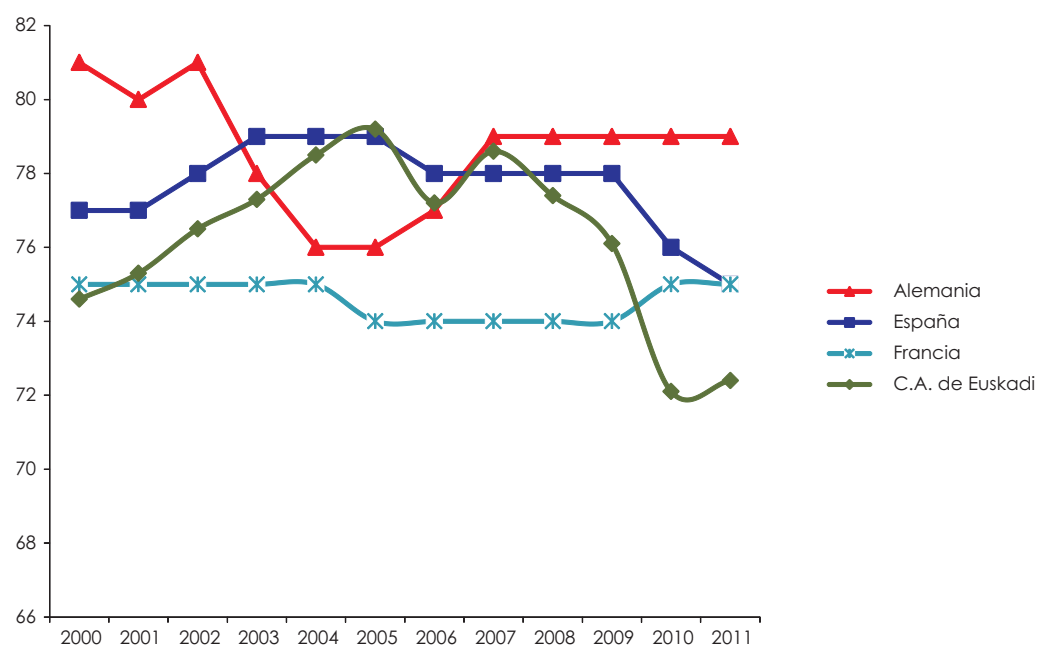
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 16. Estancia media en hospitales de agudos. Año 2011.



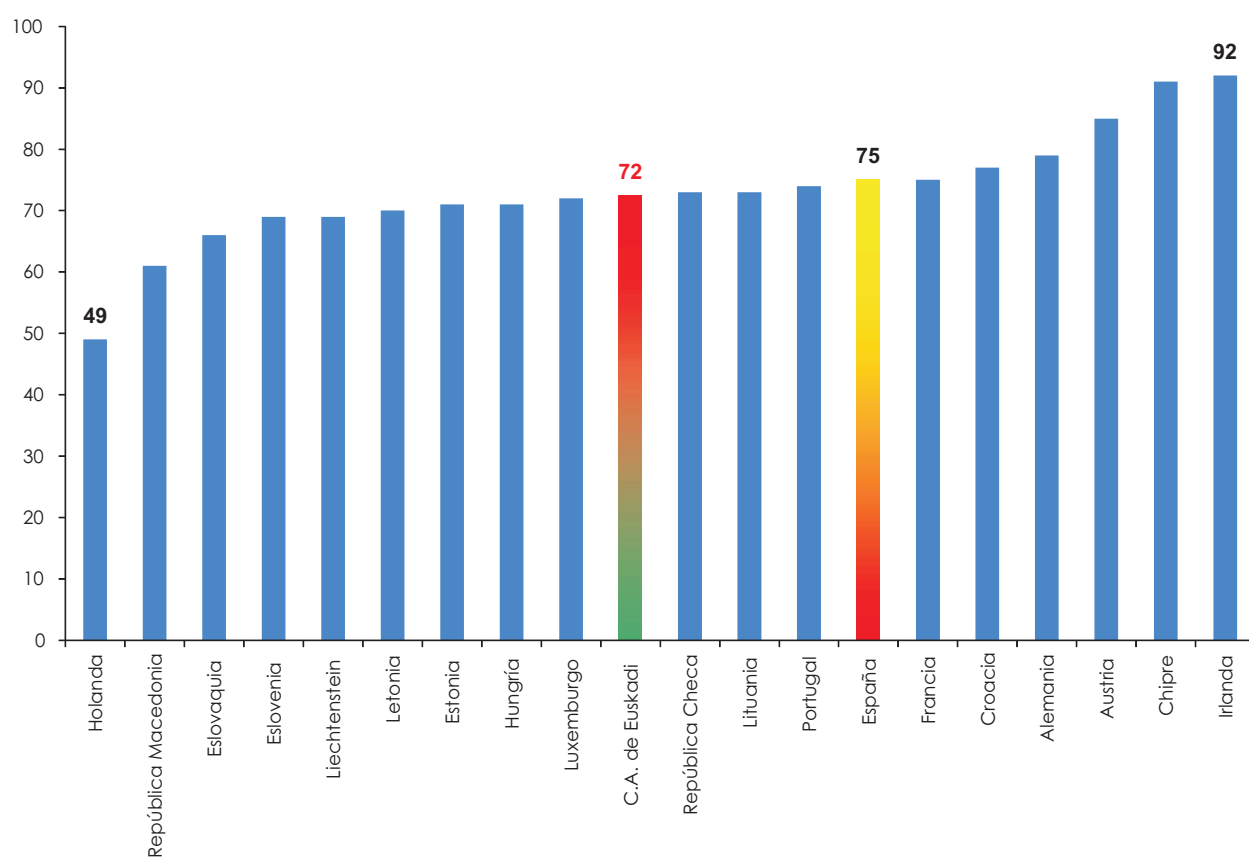
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 17. Porcentaje de ocupación en hospitales de agudos. Años 2000-2011



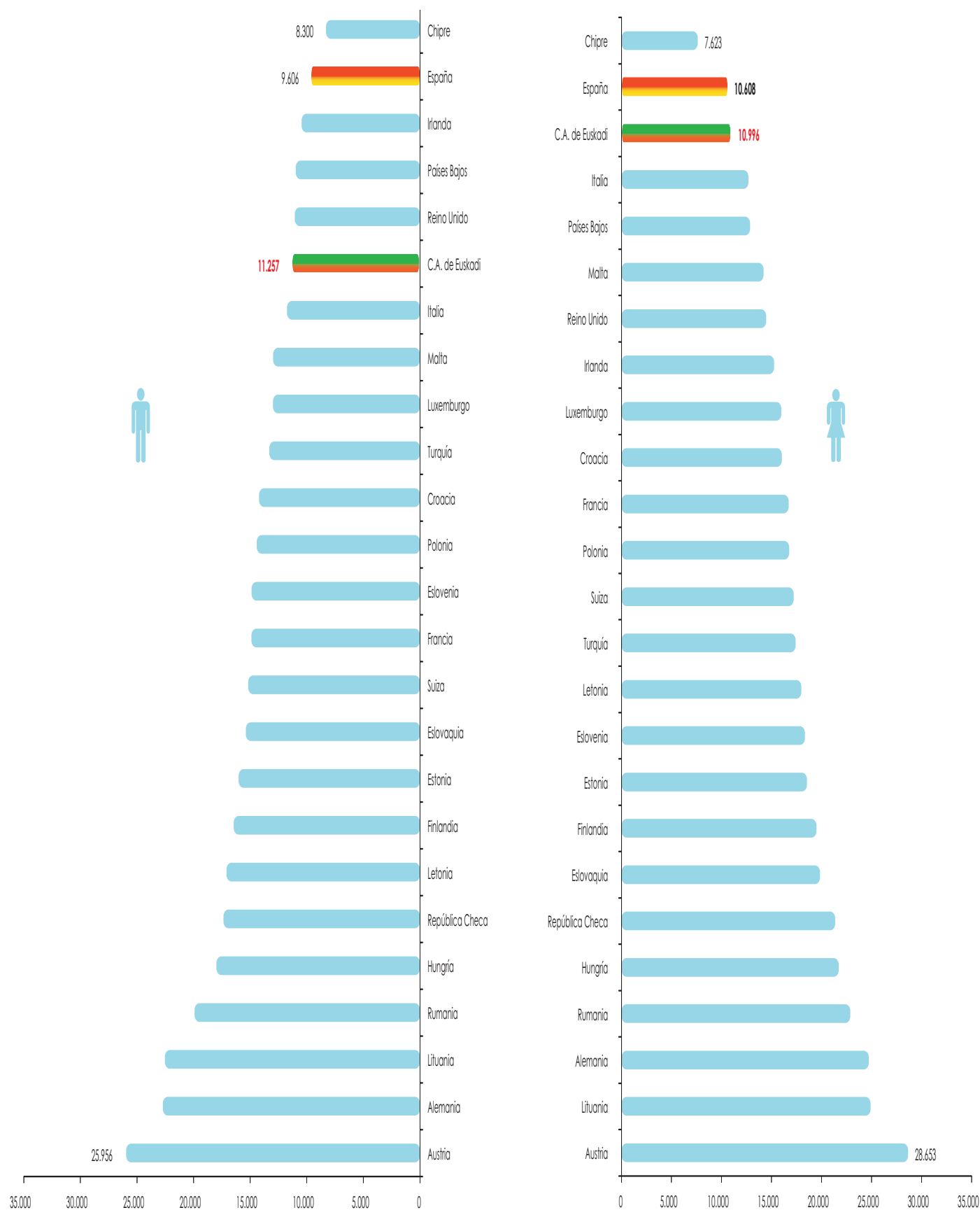
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 18. Porcentaje de ocupación en hospitales de agudos. Año 2011.



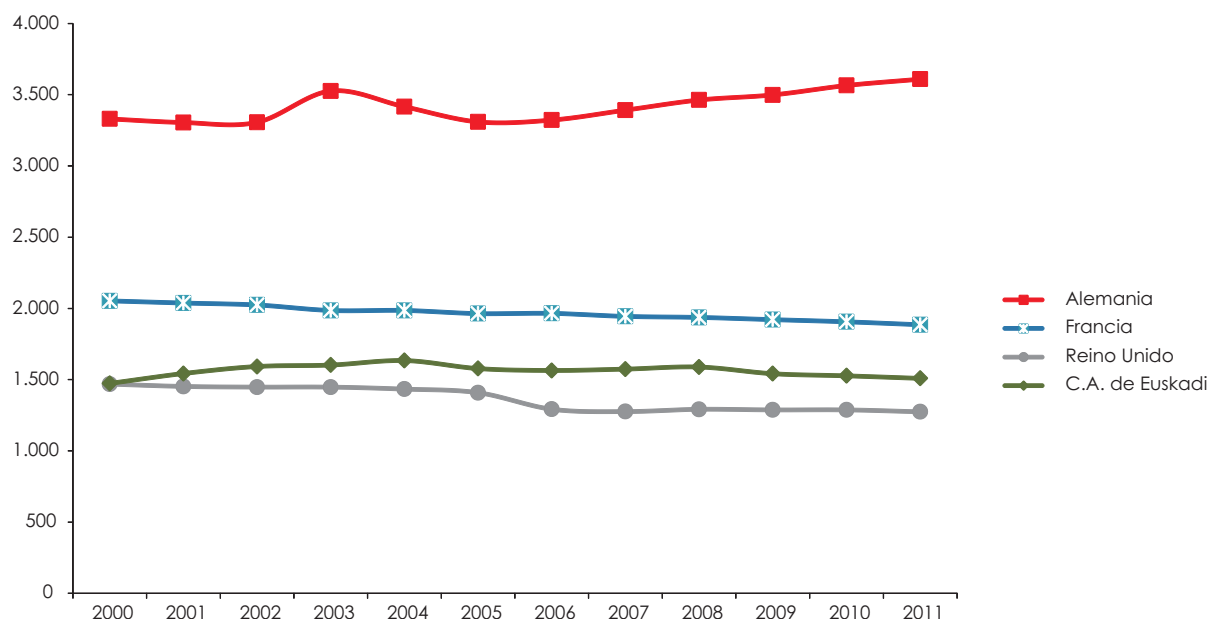
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico19. Tasa de pacientes hospitalarios (100.000 habitantes) por género. Año 2011.



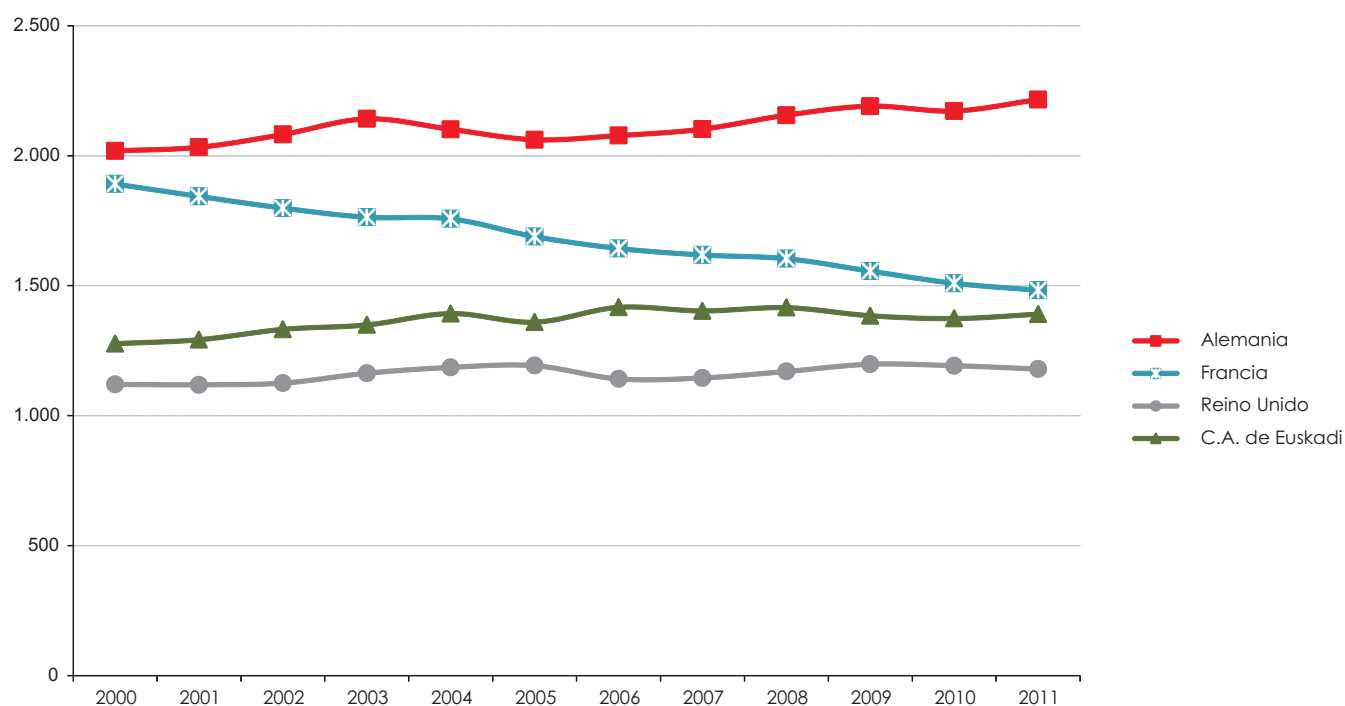
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 20: Tasa de pacientes hospitalarios del sistema circulatorio (100.000 habitantes). Años 2000-2011.



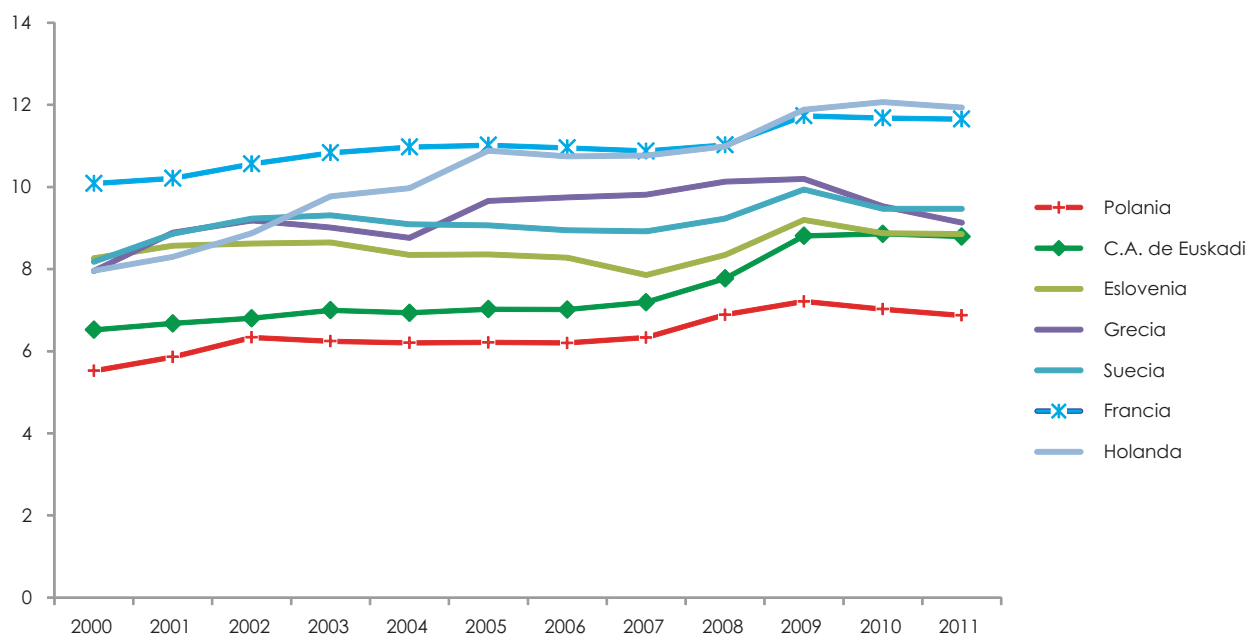
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 21: Tasa de pacientes hospitalarios del aparato digestivo (100.000 habitantes). Años 2000-2011.



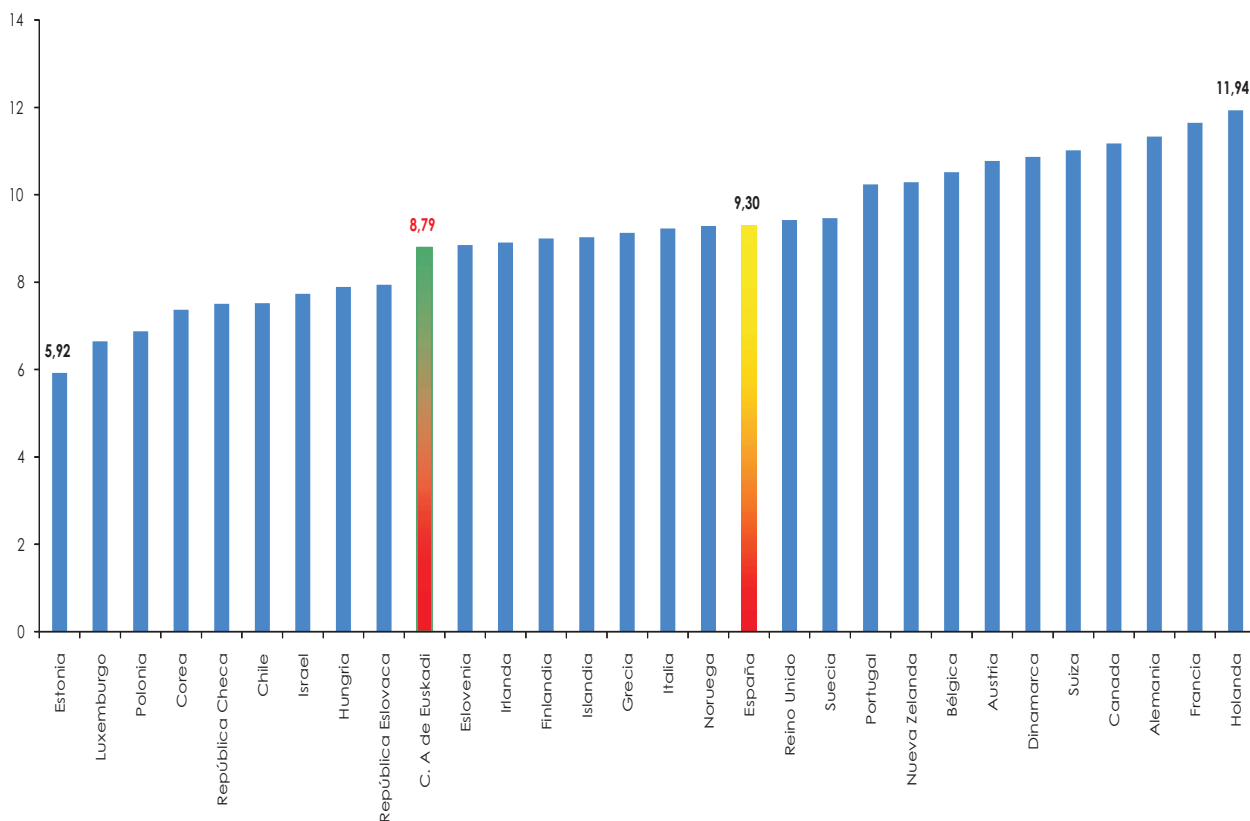
Fuente: Eustat y Eurostat.

Gráfico 22. Evolución del gasto total en salud (% PIB). Años 2000-2011.



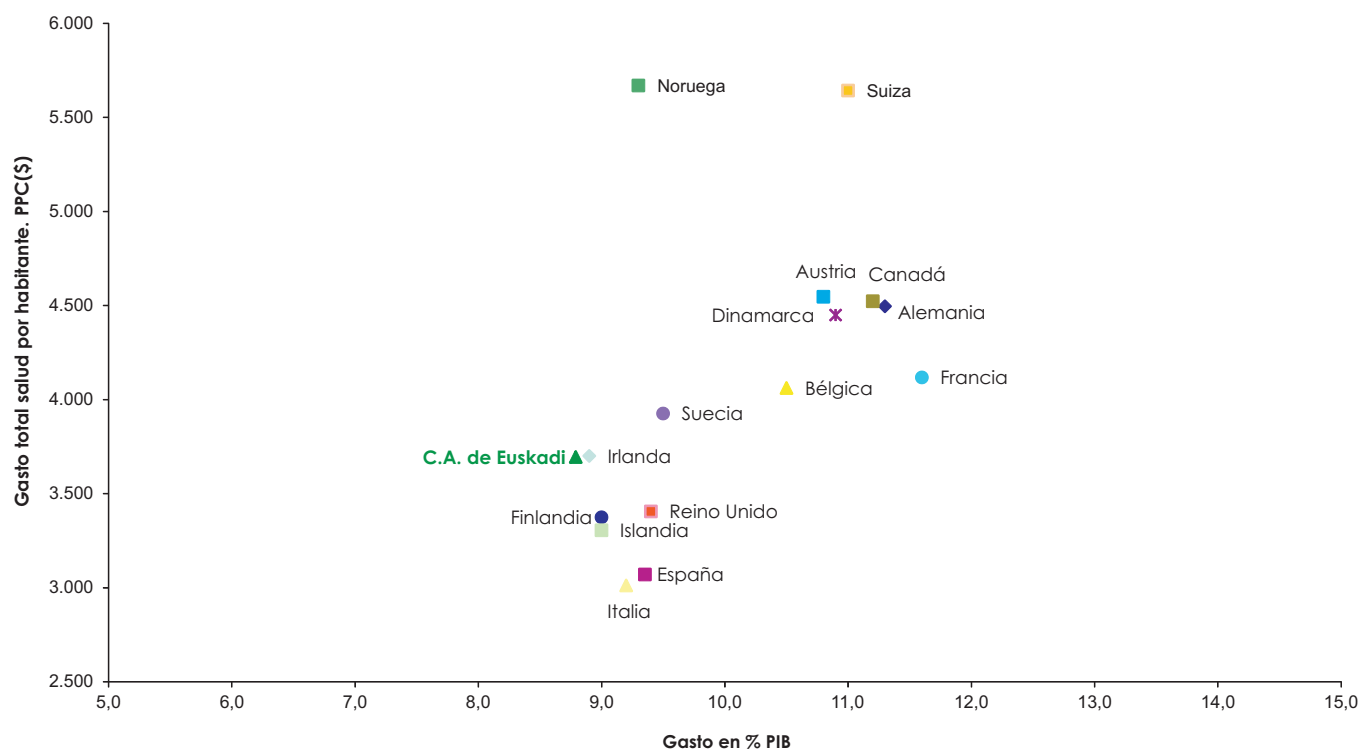
Fuente: Eustat y OECD Health data 2013.

Gráfico 23. Gasto total en salud (% PIB). Año 2011.



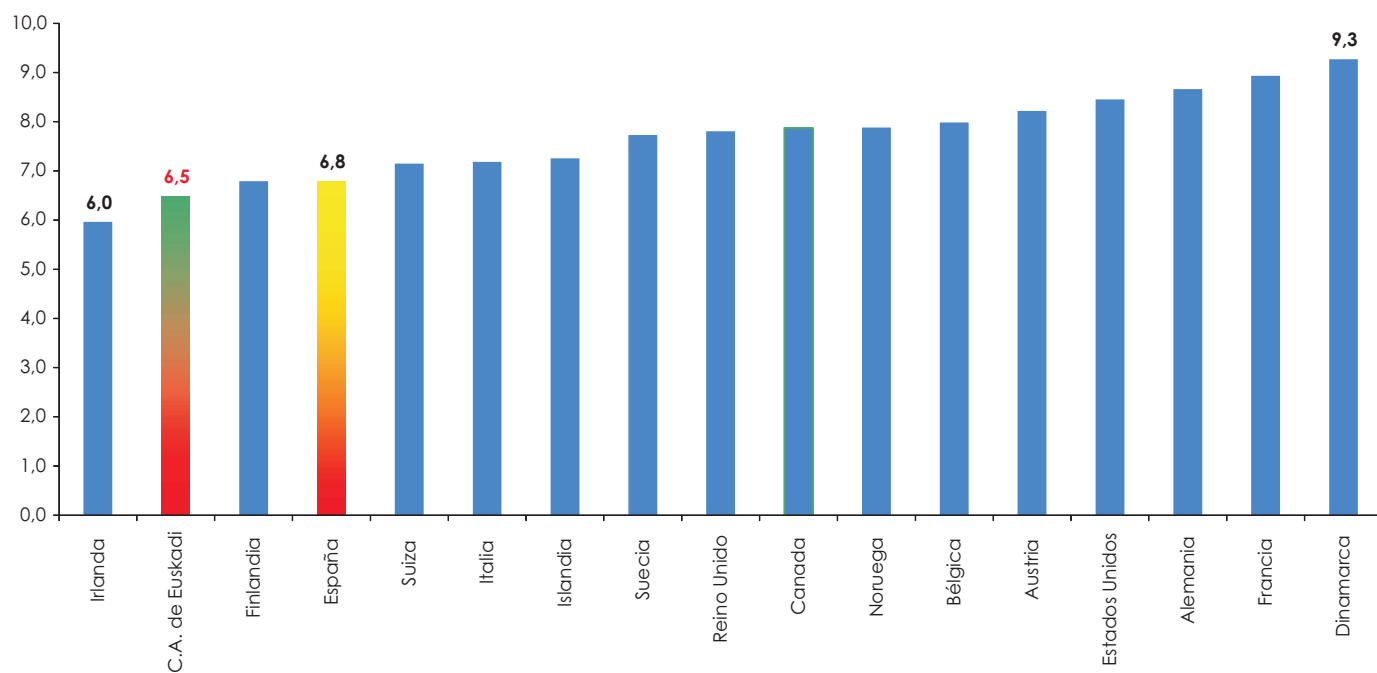
Fuente: Eustat y OECD Health data 2013.

Gráfico 24. Gasto total de Salud por habitante y gasto total en % PIB (PPC, US\$). Año 2011.



Fuente: Eustat y OECD Health data 2013.

Gráfico 25. Gasto Público en % PIB. Año 2011.



Fuente: Eustat y OECD Health data 2013.

Erakunde Autonomiaduna
Organismo Autónomo del



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO



Eustat

EUSKAL ESTATISTIKA ERAKUNDEA
INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA

www.eustat.es