

Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013

Ficha Editorial

Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Palabras Clave: – Sistemas Sanitarios UE -- Indicadores de salud-- Estadísticas – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Autorización de uso: Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida: Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013

[Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014.

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>

INDICE

INTRODUCCION.....	5
RESUMEN.....	6
1. LOS SISTEMAS SANITARIOS EN LOS PAÍSES DE LA UE.....	10
1.1. MODELO BEVERIDGE.....	10
1.2. MODELO BISMARCK.....	10
1.3. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.....	12
1.4. EL COPAGO DE LOS SERVICIOS	13
1.5. LA REMUNERACIÓN DE LOS MÉDICOS	19
2. LA POBLACIÓN DE LA UE	22
2.1. HABITANTES.....	22
2.2. ESTRUCTURA POR EDAD	23
2.3. TASA DE FERTILIDAD.....	24
3. ESTADO DE SALUD	26
3.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO	26
3.2. ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS	27
3.3. MORTALIDAD GENERAL	29
3.4. MORTALIDAD POR CÁNCER.....	30
3.5. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	31
3.6. MORTALIDAD INFANTIL	32
3.7. AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD.....	33
3.8. DIABETES	35
4. FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD.....	36
4.1. CONSUMO DE TABACO.....	36
4.2. CONSUMO DE ALCOHOL.....	37
4.3. SOBREPESO Y OBESIDAD.....	38
4.4. ACTIVIDAD FÍSICA.....	40
5. RECURSOS HUMANOS	42
5.1. MÉDICOS.....	42
5.2. ENFERMEROS	43
6. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y ACTIVIDAD	45
6.1. CONSULTA A MÉDICOS	45
6.2. CAMAS HOSPITALARIAS.....	46
6.3. ALTAS HOSPITALARIAS.....	47
6.4. CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	49
6.5. USO DE SERVICIOS POR MAYORES DE 65 AÑOS	53
6.6. COBERTURA VACUNACIONES	56
7. CALIDAD DE LOS CUIDADOS.....	60
7.1. ATENCIÓN SANITARIA EN ENFERMEDAD AGUDA.....	60
7.2. ATENCIÓN SANITARIA EN ENFERMEDAD CRÓNICA.....	60
7.3. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA.....	61
8. GASTO SANITARIO	64
8.1 GASTO SANITARIO Y SU RELACIÓN CON EL PIB.....	64
8.2 GASTO SANITARIO POR HABITANTE.....	65
8.3 GASTO EN MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS	67

8.4 GASTO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA.....	69
8.5 EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA	72
8.6 EL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
FUENTES INTERNACIONALES	79
FUENTES NACIONALES	81
INDICE DE TABLAS.....	82
INDICE DE GRÁFICOS.....	83
ANEXO.....	84
ALEMANIA	85
FRANCIA	87
ITALIA.....	90
PAÍSES BAJOS	92
REINO UNIDO	94
SUECIA.....	96
EQUIPO DE TRABAJO	98

INTRODUCCION

El documento se organiza en dos partes bien diferenciadas. En la primera parte se presenta la descripción de las características de los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea (UE). Esta descripción se ha centrado en los países de la UE-15, por considerar que, por sus características sociales y económicas, es el entorno más cercano a España.

Los sistemas sanitarios se configuran siguiendo dos grandes patrones, en torno a Sistemas de Seguridad Social financiados por cotizaciones sociales obligatorias y otro basado en Sistemas Nacionales de Salud financiados a través de los impuestos. En cada uno de los países se analiza la provisión de servicios y los diferentes mecanismos de participación de los ciudadanos en los costes, así como las medidas tomadas para proteger a los colectivos más vulnerables: población con bajos ingresos y en desventaja socioeconómica, enfermos crónicos y graves, discapacitados, ancianos, mujeres embarazadas y población infantil.

En la segunda parte, se presenta la comparación de los indicadores de salud más relevantes de los países de la UE-27. Para tener una perspectiva de la evolución de dichos indicadores en los últimos 10 años se han incluido los datos de 2001 y 2011 o año más cercano disponible. Aunque el análisis comparativo se hace de la UE-27, se ha tenido en cuenta la UE-28 con la incorporación de Croacia el 1 de julio de 2013, añadiendo sus datos al final de cada tabla.

Los indicadores comparativos que se presentan son los relacionados con las características de la población, el estado de salud, los factores de riesgo, los recursos y utilización de los servicios, la actividad y calidad de los cuidados.

También se ha incluido una comparativa del gasto sanitario entre los países de la UE en el periodo 2001-2011, finalizando con un análisis del gasto sanitario en España en el periodo 2007-2011.

Para la elaboración del documento se han utilizado diferentes informes y bases de datos nacionales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e internacionales: Eurostat, OCDE y OMS.

RESUMEN

La descripción comparativa se ha centrado en los países UE-15 por considerar que, por sus características sociales y económicas, es el entorno pertinente. Los sistemas sanitarios de estos países se configuran siguiendo dos grandes patrones, uno en torno a sistemas nacionales de salud financiados a través de los impuestos (modelo Beveridge) y otro basado en sistemas de seguridad social financiados por cotizaciones sociales obligatorias (modelo Bismarck). En ambos casos la financiación es eminentemente pública.

En la UE-15 ocho países: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y España se rigen por el modelo de sistema nacional de salud, siendo su financiación sanitaria mayoritariamente a través de los impuestos. Este modelo se basa en la solidaridad (quien más tiene más paga) y el resto de los impuestos pivota fundamentalmente sobre el valor añadido, si bien, también se destinan algunos otros gravámenes como es el caso de los hidrocarburos, el alcohol, el tabaco o la electricidad.

En la UE-15 siete países: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos tienen un modelo de sistema de seguridad social en el que las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores, son la principal fuente de financiación. Los fondos de enfermedad se organizan según categorías profesionales y pueden ser más o menos numerosos. En estos sistemas, los impuestos generales también juegan su papel, financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura o ciertos tipos de asistencia básica pública, como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.

Entre las principales características de los sistemas sanitarios de los países de la UE-15, cabe destacar que tienen una cartera de servicios definida a nivel central además de España, Italia, Reino Unido, Alemania, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Países Bajos.

Los ciudadanos de Dinamarca, España y Reino Unido tienen acceso gratuito, sin copago alguno, a las consultas de atención primaria, a las consultas ambulatorias de atención especializada, en los ingresos hospitalarios y en el acceso a los servicios de urgencias.

Todos los países de la UE-15 tienen diferentes modelos de copago para los medicamentos usados en atención ambulatoria.

En los sistemas de copago europeo está generalizado el uso de mecanismos de protección de los colectivos más vulnerables, que garantizan la atención a grupos en desventaja y la promoción de objetivos de salud pública.

En 2013, la población de la UE-28 es de 505,7 millones de habitantes, según datos de Eurostat. España con 46,7 millones aporta el 9,2% y se sitúa en quinta posición por detrás de Alemania (15,9%), Francia (13%), Reino Unido (12,6%) e Italia (11,8%). En la población menor de 15 años en 2011, España con 15,2% se sitúa en la media de la UE. El país con población más joven es Irlanda con el 21% y la menos joven Alemania con un 13,3%. En la población de 65 y más años España también se encuentra en la parte media con un 17,2%, siendo la más alta la de Alemania (20,6%) y la más baja Irlanda (11,1%).

La tasa de fertilidad de España alcanza el 1,4 y oscila entre los 2 de Irlanda y Francia, y el 1,2 de Hungría.

La esperanza de vida al nacer de España se encuentra junto con Italia a la cabeza de la UE, alcanzando los 82,5 años (79,4 en hombres y 85,5 en mujeres), con un incremento de 2,7 años, en el periodo 2001 a 2011. En los países de la UE, oscila entre los 73,6 años de Lituania y los 82,7 años de Italia. La esperanza de vida a los 65 años en España alcanza los 22,9 años en mujeres y los 18,8 en hombres, situándose junto con Francia a la cabeza de la UE, con un incremento, en el periodo 2001 a 2011, de 1,8 años en hombres y de 1,7 en mujeres. En los países de la UE, la esperanza de vida oscila entre los 17,3 años en mujeres y 14,1 en hombres de Rumanía, y los 23,3 en mujeres y 18,9 en hombres de Francia.

La mortalidad general de España es de 481,5 fallecidos por 100.000 habitantes y se encuentra entre la más baja de los países de la UE cuyo promedio es de 644,8 fallecidos por 100.000 habitantes. En España las tasas de mortalidad por cáncer han descendido de forma discreta desde los 171,4, por 100.000 habitantes, de 2001 y los 152,1 por 100.000 habitantes, de 2011. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares han descendido de 191/100.000 habitantes en 2001 a 132,5/100.000 habitantes en 2011, presentando en la actualidad una de las tasas más bajas de la UE que presenta un promedio de 263,9/100.000.

Respecto a la mortalidad infantil en España el 3,2 de cada 1.000 nacidos mueren en el primer año de vida, lo que supone una cifra baja de mortalidad infantil. El rango entre los países de la UE varía desde los 2,4 fallecidos de menos de un año por 1000 nacidos vivos de Estonia y Finlandia y los 9,8 de Rumanía y 8,5 de Bulgaria.

El estado de salud general percibido por parte de la mayoría de la población de la UE es positivo. España ocupa el séptimo lugar con una valoración positiva de 75,1%, en el que un 53,6% de la población califica su salud como "buena" y un 21,5% como "muy buena". El rango entre los países de la UE va desde el 82,6% de Irlanda al 45% de Croacia.

La prevalencia de diabetes en España, en adultos de 20 a 79 años, presenta un valor de 6%. En los países de la UE el rango oscila entre un 4,4% de Suecia y un 9,8% de Portugal.

La prevalencia de fumadores diarios en población mayor de 15 años en España ha sufrido una progresiva caída pasando de 31,7% en 2001 a 24% en 2011. En los países de la UE, oscila entre el 31,9% de Grecia y el 13,1% de Suecia.

Las ventas anuales de alcohol puro en litros estimado por habitante en personas mayores de 15 años en España se mantiene con respecto al año 2001, con un consumo en 2011 de 11 litros por persona y año. El rango en los países de la UE, oscila entre los 6,9 litros de Italia y los 15 litros de la República Checa. La tendencia general es a la moderación del consumo con clara disminución en países productores como es el caso de Francia e Italia.

Respecto a la obesidad, España ocupa un lugar intermedio en el conjunto de los países de la UE con el 17% de la población mayor de 15 años obesa. En el periodo 2001 a 2011 en España se ha incrementado un 4,4%. El rango en los países de la UE, va desde el 24,8% del Reino Unido al 7,9% de Rumanía.

En la última Encuesta Europea de Salud (EHIS) que recoge información sobre la actividad física de la población de 12 países, en España la población que realiza 30 minutos de actividad física moderada o intensa de forma habitual es de un 46,7% ocupando el noveno lugar.

El número de médicos por 1.000 habitantes, oscila desde 6,1 en Grecia a 2,2 de Polonia. En España se ha pasado de 3 médicos por 1.000 habitantes en el año 2001 a 3,8 en 2011, manteniéndose en la media de la UE. Respecto al número de enfermeros por 1.000 habitantes, en España se ha pasado de 3,7 enfermeros por 1.000 habitantes en el año 2001 a 5,5 en 2011. El rango de los países de la UE, va desde 15,4 de Dinamarca a 3,3 de Grecia.

El número per cápita de todo tipo de consultas a médicos, tanto generalistas como especialistas, en España ha evolucionado de 8,7 en 2001 a 7,4 en 2011. El rango de los países de la UE, oscila desde 11,8 de Hungría a 2,1 de Chipre.

Respecto a la dotación de camas por 1.000 habitantes, España contabiliza 3,1 camas/1.000 habitantes, presentando una de las dotaciones más bajas, relacionada con el aumento de la actividad ambulatoria. En los países de la UE el rango en la dotación de camas hospitalarias es elevado, desde el 8,2 de Alemania al 2,7 de Suecia.

Las intervenciones de cataratas constituyen un ejemplo ilustrativo de la cirugía que se lleva a cabo en la actualidad de manera predominantemente ambulatoria. España, con un porcentaje del 96,6%, se sitúa en las primeras posiciones. En la mayoría de los países de la UE de los que se dispone de datos representan más del 90%, llegando en el caso del Reino Unido, Dinamarca, Países Bajos, Finlandia y Estonia al 98% y más.

En España, según recoge la Encuesta Europea de Salud (EHIS), un 28% de las personas mayores de 15 años han asistido, al menos una vez, a la consulta del médico de familia, un 11,8% a la consulta del médico especialista y un 9,3 han tenido un ingreso hospitalario. Al comparar la utilización de los servicios que hace la población general con la que hace la población de 65 y más años en los países de la UE, se comprueba que estos últimos hacen un mayor uso de los mismos.

La vacunación contra la poliomielitis en los países de la UE tiene una cobertura muy alta, con cifras por encima del 92%. En 2012, España mantiene la cobertura en un 96,3%. En el caso de la vacunación contra la Hepatitis B, en España se ha producido un notable incremento en los últimos años pasando de un 83%, en 2001, a un 95,8% en el año 2012. La cobertura alcanzada en la vacunación contra el sarampión en los países de la UE es alta, situándose España con un 97,1% entre los países que tienen una mayor cobertura. Por último, la vacunación contra la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP) también alcanza coberturas altas, situándose España con un 96,3% entre los países que tienen una mayor cobertura.

En los últimos años, la proporción de personas mayores de 65 años que han recibido una dosis de vacunación antigripal está sufriendo una disminución en todos los países de la UE, observándose un marcado descenso entre 2005 y 2011. En España, en la temporada 2012-2013 la vacunación en mayores de 65 o más años alcanzó una cobertura de vacunación del 57,0%.

El número de altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes en España en 2010 fue de 10.246, uno de los más bajos del entorno UE, dentro de un rango que va desde las 27.537,6 altas de Austria a las 7.763,5 altas por 100.000 habitantes de Chipre.

Uno de los indicadores que se consideran de calidad es el de mortalidad intrahospitalaria durante los primeros 30 días de hospitalización por infarto agudo de miocardio en los adultos de 45 y más años, cuya variabilidad es alta: desde el 13,9% de Hungría al 3% de Dinamarca. No obstante la tendencia general es descendente. En España, se ha pasado del 10,5% en 2005 al 8,5% en 2011.

En relación a la atención sanitaria y el adecuado seguimiento de las enfermedades crónicas para evitar las complicaciones que de ellas pueden derivarse, España presenta una frecuencia de ingresos hospitalarios evitables por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de 211,3 por 100.000 habitantes, por encima del promedio de la UE (198,8/100.000 habitantes). En Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), la frecuencia de ingresos evitables es de 207,6 por 100.000 por debajo del promedio de la UE (288,5/100.000 habitantes). En Asma, la frecuencia es de 39,5 por 100.000 por debajo del promedio de la UE (44,3/100.000 habitantes). En diabetes, España tiene una frecuencia de 85 por 100.000 por debajo del promedio de la UE (149,2/100.000 habitantes).

Sobre la percepción de la población en cuanto a la calidad de la atención sanitaria, según datos del Eurobarómetro, en España el 70% de los ciudadanos consideran nuestro sistema sanitario igual o mejor que los del resto de Europa. Los mayores niveles de satisfacción los obtiene Austria con un 96% y los más bajos Bulgaria con un 14%.

En 2011, la proporción del PIB dedicada por España a gasto en salud fue de un 9,3%, del cual un 6,8% fue financiado con recursos públicos y un 2,5% con recursos privados, lo que supone 2,1 puntos más que en 2001. Para realizar una mejor valoración de esta variación debe considerarse lo sucedido antes de 2009, periodo pre-crisis y lo sucedido después. En el periodo 2001- 2009 el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB creció 2,4 puntos y en el 2010-2011 cambió la tendencia decreciendo 0,3 puntos. En promedio, la proporción del PIB que los países de la UE dedican a bienes y servicios sanitarios está cerca del 9% aunque es muy variable entre los diferentes territorios oscilando en un rango que va desde el 12% de los Países Bajos al 5,9% de Rumanía.

El sector público es el financiador principal en la mayoría de los países de la UE superando el 70% de promedio. En España la financiación pública del gasto sanitario es del 73% siendo inferior a países como Dinamarca, Suecia, o Reino Unido, todos con proporciones que superan el 80% en todos los casos.

España está en el grupo de 5 países (Reino Unido, Finlandia, España, Italia y Portugal) que gastan entre 2.500 y 3.500 dólares USA (en poder paritario de compra) por habitante.

Los países de la UE dedican como promedio alrededor del 1,6% de su PIB al gasto farmacéutico con un rango que va desde menos del 1% en Luxemburgo y Dinamarca a más del 2,5% de Hungría, Grecia y Bulgaria. En España el 1,6% del PIB se dedica al gasto en medicamentos y productos sanitarios lo que representa el 17,4% del gasto sanitario total. España está en el grupo de países con un gasto farmacéutico per cápita entre 500 y 550 dólares USA medidos en poder paritario de compra.

1. Los sistemas sanitarios en los países de la UE

1.1. Modelo Beveridge

En los países de la Unión Europea los sistemas sanitarios se configuran según dos grandes patrones: el denominado "sistema nacional de salud", en el cual todos los residentes tienen derecho a los servicios sanitarios y se financian mayoritariamente por impuestos. Se basa en la solidaridad o en el principio redistributivo y posibilita el acceso universal, bajo control del parlamento. Es un recurso universal, estable y fácil de recaudar en los países en los que el sistema fiscal está organizado correctamente; una parte muy importante de los recursos son obtenidos de las rentas de manera progresiva; quien más tiene más paga y, el resto de la financiación del sistema, se complementa con los impuestos sobre el valor añadido y otros gravámenes que se aplican a determinados productos como hidrocarburos, alcohol, tabaco o electricidad.

El referente internacional de este patrón es el Reino Unido, su Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) se creó en 1948, inspirado en el llamado Informe Beveridge.

Tabla 1.- Sistemas sanitarios en Europa: Servicio Nacional de Salud - Modelo "Beveridge"

Financiación a través de impuestos	Presupuestos del Estado
Acceso universal	Médicos asalariados o por capitación
Control gubernamental	Cierto sector privado
Gran implicación del Estado en la gestión	Algunos copagos por parte de usuarios
Dinamarca	
España	
Finlandia	
Irlanda	
Italia	
Portugal	
Reino Unido	
Suecia	

Fuente: OMS Oficina Regional para Europa. Reforma de los Sistemas Sanitarios en Europa

1.2. Modelo Bismark

El otro patrón tradicional se conforma en torno a los "sistemas de seguridad social", financiados por cotizaciones sociales obligatorias. Las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores son la principal fuente de financiación. Los recursos financieros se obtienen de la riqueza económica de las empresas y salarios y son dirigidos hacia los empleados y sus beneficiarios. En este sistema los impuestos generales también tienen un papel financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura y, financiando determinados tipos de asistencia básica pública como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.

En algunos de estos países con sistemas de seguros de salud, la frontera entre un seguro de salud público y un seguro de salud privado es borrosa; aquellos países donde los fondos de los seguros de salud, con y sin ánimo de lucro, están altamente regulados a fin de garantizar la cobertura universal, podrían, con razón, ser considerados seguros públicos de salud.

El paradigma histórico de este modelo, creado en 1881 por el canciller Bismark, es Alemania.

Tabla 2.- Sistemas sanitarios en Europa: Sistema de Seguros Sociales - Modelo "Bismark"

Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos
Los recursos financieros van a parar a los "fondos" que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos
Los "fondos" contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto
Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios
Alemania
Austria
Bélgica
Francia
Grecia
Luxemburgo
Países Bajos

Fuente: OMS Oficina Regional para Europa. Reforma de los Sistemas Sanitarios en Europa

En la UE-15 ocho países: Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia, se rigen por el modelo Beveridge, financiado mayoritariamente por impuestos. Todos estos países gozan de coberturas sanitarias, financiadas con impuestos, del 100% (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal y el Reino Unido) o muy cercanas, como es el caso de España en el que el 99,3% de la financiación es a través de impuestos, un 0,4% con cobertura de un seguro obligatorio y un 0,3% con coberturas de seguros voluntarios. Los otros siete países: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos se rigen por el modelo Bismark, financiados fundamentalmente por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores y también a través de los impuestos, estos países tienen también coberturas sanitarias del 100% o cercanas. Ejemplo de coberturas del 100% son Alemania, Francia, Grecia, los Países Bajos. En el caso de Austria la cobertura alcanza al 99,5% de la población, el 0,5% de la población está sin cobertura; en Bélgica el 1% de la población no tiene cobertura y en Luxemburgo el 2,4%.

1.3. La provisión de servicios sanitarios

Tabla 3.- Resumen de las principales características de los sistemas sanitarios de la UE-15

	Tipo Sistema	Cartera de servicios definida a nivel central	Modo de provisión predom. en AP	% de Provisión pública en Hospitales	Libertad elección médico AP	Filtro para acceso a especialistas	Listas de espera como problema político
Dinamarca	SNS	NO	Privada	97	Limitado	SI	SI
España	SNS	SI (positiva)	Pública	75	Limitado	SI	SI
Finlandia	SNS	NO	Pública	89	Limitado	SI	SI
Irlanda	SNS	NO	Privada	100	SI	Parcialmente	SI
Italia	SNS	SI (positiva)	Pública	81	SI	SI	SI
Portugal	SNS	NO	Pública	86	Limitado	SI	SI
Reino Unido	SNS	SI (negativa)	Privada	96	SI	SI	SI
Suecia	SNS	NO	Pública	98	Limitado	NO	SI
Alemania	SSS	SI (negativa)	Privada	49	SI	SI	NO
Austria	SSS	NO	Privada	72	SI (incentivos para no cambiar)	NO	NO
Bélgica	SSS	SI (positiva)	Privada	34	SI (incentivos para no cambiar)	NO	NO
Francia	SSS	SI (positiva)	Privada	66	SI	NO	NO
Grecia	SSS	NO	Pública	69	SI (incentivos para no cambiar)	NO	SI
Luxemburgo	SSS	SI (positiva)	Privada	68	SI	NO	NO
Países Bajos	SSS	SI (positiva)	Privada	0	SI	SI	SI

Observaciones: ☒ Sistema Nacional de Salud
☐ Sistema de Seguros Sociales

Fuente: Health in Transition (OMS).

OECD Health Working Papers No. 50: Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries.

1.4. El copago de los servicios

Tabla 4.- Copago de los pacientes en la UE-15

	Atención primaria	Atención especializada Ambulatoria	Ingreso hospital	Urgencias	Fármacos con receta
Dinamarca	NO	NO	NO	NO	SI
España	NO	NO	NO	NO	SI
Finlandia	SI	SI	SI	SI	SI
Irlanda	SI	SI	SI	SI	SI
Italia	No	SI	NO	SI	SI
Portugal	SI	SI	NO	SI	SI
Reino Unido	NO	NO	NO	NO	SI
Suecia	SI	SI	SI	SI	SI
Alemania	NO	NO	SI	SI	SI
Austria	SI	SI	SI	SI	SI
Bélgica	SI	SI	SI	SI	SI
Francia	SI	SI	SI	SI	SI
Grecia	No	SI	SI	SI	SI
Luxemburgo	SI	SI	SI	NO	SI
Países Bajos	SI	SI	SI	SI	SI

Observaciones:
☒ Sistema de Servicio Nacional de Salud

☐ Sistema de Seguros Sociales

Fuente: Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre documentos de Organismos Internacionales: O.M.S. y O.C.D.E. y publicaciones nacionales e internacionales (Ver referencias bibliográficas)

Los ciudadanos de tres países, con sistemas nacionales de salud: Dinamarca, España y Reino Unido, tienen acceso gratuito, sin copago alguno, a las consultas de atención primaria, a las consultas ambulatorias de atención especializada, en los ingresos hospitalarios y en el acceso a los servicios de urgencias. Esta cobertura se presta a 115 millones de habitantes, lo que representa un 26,31% de la población de la UE-15.

Atención primaria

Tienen acceso libre a la consulta de atención primaria, sin ningún tipo de copago, seis países de la UE-15: Alemania, Dinamarca, España, Grecia, Italia y Reino Unido; es decir 269,3 millones de personas, el 61,62% de la población de la UE-15. Alemania, sí tenía copago hasta enero de 2013, momento en que dejaron de abonar los 10 euros trimestrales que venían pagando los alemanes desde el año 2004, implantado por el socialdemócrata Gerhard Schröder para paliar el déficit de la sanidad y moderar las consultas médicas.

En Grecia, formalmente la atención médica en la consulta de atención primaria es gratuita siempre que esté contratada por la compañía de seguros, sin embargo debido a los problemas estructurales y financieros del país, los pacientes se ven obligados a buscar atención sanitaria tanto en el sector público como en el privado. Algunas compañías de seguros permiten a sus asegurados

visitar a un médico no contratado, el paciente le paga de su bolsillo al médico y después recibe de su seguro una cantidad fija de 20€, cantidad mucho más baja que el precio de mercado, que en promedio supera los 50€. Esta situación, entre otras, contribuye a que Grecia sea el país con la financiación privada más alta de todos países de la UE-15, el gasto privado, fundamentalmente el gasto de bolsillo supuso un 37,6% y el gasto en seguros privados un 2,1% sobre el total del gasto sanitario en salud (WHO 2009).

Atención especializada ambulatoria

En 11 países de la UE-15 la consulta ambulatoria a especialistas tiene copago: Austria, Bélgica, Francia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal y Suecia, es decir el 73% de los países UE-15, lo que supone un 54,92% (240 millones de habitantes) de la población de la UE-15. De ellos, 6 países se rigen por un modelo de sistema de seguridad social y 5 son modelo sistema nacional de salud.

Hospitalización

Existe copago en la hospitalización en 10 países de la UE-15: Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia; son 250 millones de habitantes lo que supone el 57, 29% de la población y el 66% de los países. Siete de estos países se rigen por el sistema de seguridad social y tres por el tipo sistema nacional de salud.

Todos los países en los que la hospitalización es gratuita, sin copago, trabajan en entornos del modelo de Sistema Nacional de Salud, abarcan al 42,70% (186,6 millones de habitantes) de la población y son: Dinamarca, España, Italia, Portugal y Reino Unido.

Urgencias

En once países de la UE -15 existe el copago en urgencias, cinco de ellos con un modelo de sistema nacional de salud (Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal y Suecia) y seis con sistemas de seguridad social (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia y Países Bajos). Este copago afecta a un 73,6% (321 millones de habitantes) de la población UE-15. Los países que no tienen copago en urgencias son Dinamarca, España, Luxemburgo y Reino Unido, 115,5 millones de habitantes, lo que representa el 26,43% de la población.

Portugal es un ejemplo de copago en los servicios de urgencias, hay copago tanto en las urgencias de atención primaria como en las urgencias hospitalarias. Desde enero de 2012, debido a la intensa crisis económica y financiera que atraviesa el país, el gobierno portugués ante la demanda de la troika en el memorándum de entendimiento, incrementó los copagos a los ciudadanos, entre ellos el de las visitas a los servicios de urgencias de atención primaria: de 3,80€ pasó a 10 € y en las urgencias hospitalarias pasó de 9,60€ a 20€, aunque se exceptúan del copago a los pacientes con bajos ingresos, a los discapacitados y pacientes con enfermedades crónicas (si la visita está relacionada con su enfermedad).

Los medicamentos

Definiciones de los diferentes mecanismos de participación en los costes

Coseguro: coste compartido por el que el asegurado paga una parte del coste del servicio médico (ejemplo: 10%)

Copago: cantidad fija (ej.: 10 euros) pagadas por el asegurado para el consumo de la atención médica detallada (ej.: por cada día de hospitalización, por receta prescrita), a veces son utilizados como sinónimos: cuota del usuario, tasa de la receta.

Deducible: umbral de cantidad a tanto alzado, o umbral de suma global, por debajo del cual el asegurado debe de pagar de su propio bolsillo por el cuidado de su salud, antes de que comience la cobertura del seguro. Se define por un período específico de tiempo: un año, un trimestre o un mes. *(los deducibles se pueden aplicar a una categoría específica de la atención como: visitas a los médicos, gasto farmacéutico, o para los gastos generales de la salud deducible general).*

Extrafacturación: se refiere a la diferencia entre el precio cobrado y el precio usado como base para el reembolso. En el sector farmacéutico donde los “precios de referencia” se utilizan a menudo, una cantidad fija de reembolso es determinada para un conjunto de productos, mientras que los vendedores son libres para fijar un precio más alto. El paciente paga de su bolsillo la diferencia entre el precio de un medicamento y el precio de referencia.

Fuente: OECD Measuring health coverage DELSA /HEA (2013)⁶

Todos los países de la UE-15 tienen copago para los medicamentos usados en la atención ambulatoria y adoptan muy diferentes modelos de copago, bien sea mediante:

- un copago fijo por receta o artículo: Austria, Irlanda, Italia y Reino Unido tienen este tipo de copago. Ejemplo: Austria tiene un copago por medicamento de 3,15€, con un tope anual del 2% de los ingresos. En el Reino Unido hay copago en Inglaterra: 9,12€ (7,65 libras esterlinas) por artículo prescrito y mucha población exenta. En Escocia, Gales e Irlanda del Norte no hay copago farmacéutico.
- una tasa de coseguro, siempre la misma para todos los medicamentos, Alemania es el ejemplo, la participación es de un 10%, con un mínimo de 5€ y un máximo de 10€ por artículo.
- en otros países el coseguro varía según el valor terapéutico del medicamento, las tasas son más altas cuando los medicamentos se usan para síntomas o enfermedades menores. Este modelo es usado en: Bélgica, España, Francia, Grecia y Portugal. En España se utilizan diferentes tasas de coseguros según los ingresos del paciente y según sea activo o pensionista.
- una mezcla de modelos se utiliza en Francia, donde recientemente se ha añadido un copago fijo (0,5€ por artículo) más la tasa de coseguro variable (0%, 35%, 70%, 85%) que ya venía aplicando. Bélgica es uno de los países que tiene más complejidad, con diferentes tasas de coseguro y de copago, tiene en cuenta tres parámetros: el valor terapéutico del medicamento, su precio y el estado del paciente. Finlandia también utiliza el copago por un lado: 3€ por receta y una tasa de coseguro que oscila entre el 0%, 28% o 58% dependiendo del tipo de medicamento.

- desde 2013 en Dinamarca y Suecia la gente paga el coste total de los medicamentos hasta llegar a un umbral (deducible), pasa entonces a pagar una tasa decreciente de coseguro hasta alcanzar un segundo umbral, a partir del cual los costes están totalmente cubiertos. Suecia tiene un deducible de 900 coronas suecas (101,48€), con un coseguro que va disminuyendo gradualmente (50%, 25% y 10%) y el gasto de bolsillo anual del paciente está limitado en 1800 coronas suecas (202,96€).

Medidas tomadas por los países para proteger a determinados colectivos de las exigencias de la participación en altos costes

Está generalizado en los sistemas de copago europeo el uso de mecanismos de protección de los colectivos más vulnerables. Para los pacientes con rentas más bajas, en desventaja social y de más alto riesgo sanitario, se fija un límite máximo de contribución al año o se dispone la exención total. Se discrimina, pues, en función de la renta del paciente, la cronicidad o gravedad de una patología, la edad o por alguna condición especial.

La mayoría de los países han introducido políticas para proteger a los pacientes de copagos excesivos y gastos sanitarios catastróficos, garantizando así la atención a grupos en desventaja y la promoción de objetivos de salud pública. Esas políticas se han aplicado de distintas formas a lo largo de los países de la Unión Europea.

Los enfermos crónicos y graves, los discapacitados y los ancianos

Los mecanismos para proteger a los grandes usuarios de los servicios sanitarios de la participación en los altos costes se han formulado de distintas maneras:

- establecer un copago limitado mensual o anualmente para todas o algunas categorías de bienes y servicios. Austria fija un umbral máximo anual de un 2% de los ingresos, Bélgica tiene un límite anual sobre el coste compartido, en Alemania los copagos están limitados al 2% de los ingresos brutos de los hogares y se reduce al 1% en las enfermedades crónicas., Irlanda tiene un copago limitado en la atención primaria, en los ingresos hospitalarios y en los medicamentos, Luxemburgo fija en el 2,5% de los ingresos anuales la participación de todos los costes, Portugal tiene un límite anual de copago en las prótesis dentales y en las gafas para los ancianos con bajos ingresos. En España los pacientes crónicos y los pacientes con enfermedades graves tienen una aportación reducida del 10% en los medicamentos y los productos sanitarios; los pensionistas tienen un límite máximo de aportación en los medicamentos, según la renta, que oscila entre los 8 y los 60€ al mes.

- reducir o eliminar los copagos para aquellos que están afectados por enfermedades crónicas o graves, para los discapacitados y para los ancianos. Austria reduce o exime de la participación en todos los costes a las persona con enfermedades transmisibles y a los ancianos; en Bélgica, aquellos que sufren ciertas condiciones médicas están exentos de los copagos en atención primaria, atención especializada ambulatoria y en los ingresos hospitalarios, los ancianos están exentos de copago en lo citado más arriba y también en la atención dental. En Dinamarca existen reducciones o exenciones del copago en medicamentos y en la atención dental para las personas con determinadas condiciones médicas, para los discapacitados y para los ancianos. En Finlandia la situación es similar a Dinamarca: hay reducción de las exenciones de los copagos en medicamentos para los discapacitados y personas con determinadas condiciones médicas. En Francia las personas con condiciones graves o crónicas están exentas de copagos para todos los tratamientos relacionados con la enfermedad; las personas que tiene una pensión de invalidez están totalmente cubiertas para

el tratamiento de la enfermedad y durante el embarazo, la excepción son las medicinas y los tratamientos homeopáticos que o bien no están cubiertos o están menos financiados.

Alemania tiene unos copagos más bajos, el 1% de los ingresos brutos anuales, en vez del 2%, para los pacientes con enfermedades crónicas y para los pacientes discapacitados. En Luxemburgo existen exenciones o reducciones en el coseguro de los medicamentos para pacientes con determinadas condiciones médicas o discapacidades. En Holanda, la enfermedad crónica y la discapacidad están exentas de copagos en los servicios de fisioterapia. En Portugal los enfermos crónicos y aquellos que sufren una discapacidad tienen reducciones o exenciones de todos los costes compartidos. Las personas que padecen VIH/SIDA tienen acceso gratuito a la atención dental básica. En España los pacientes con ciertas condiciones médicas o discapacidades están exentos de los copagos farmacéuticos. Otros servicios médicos y diagnósticos son gratuitos habitualmente. Suecia tiene una exención de todos los costes para los pacientes con determinadas condiciones médicas y para los discapacitados. En el Reino Unido están exentos de la cuota de prescripción y otros servicios de diagnóstico y curativos son gratuitos habitualmente.

La población con bajos ingresos y en desventaja socioeconómica

Muchos países han introducido mecanismos para facilitar el acceso a la atención sanitaria a la población con ingresos bajos y económicamente en desventaja a través de la reducción o exención de los copagos, bien sea concediéndoles un status preferente con derecho a la reducción del copago, bien sea excluyendo del copago a los pacientes con bajos ingresos, o una tercera opción, consistente en subsidiar la cobertura de forma complementaria o suplementaria en los grupos de bajos ingresos.

En Bélgica, desde 2011 el seguro social de salud ha estado pagando las tarifas de los usuarios y los copagos de las poblaciones vulnerables, las visitas a los médicos generales, con la excepción de las visitas domiciliarias y los pacientes pueden ser también dispensados del pago por adelantado, muy común en Bélgica. En Francia las personas con bajos ingresos no están protegidas de los copagos excesivos a través de la cobertura básica sino a través de subsidios supeditados a una compra de un tipo específico de seguro de salud complementario, este seguro cubre la participación en los costes y protege a los pacientes frente a una potencial facturación excesiva, y además los pacientes tampoco, habitual en Francia, tienen que pagar por adelantado. En Grecia se exime de los copagos en las visitas a los médicos de atención primaria y en la atención hospitalaria. En Irlanda el 40% de la población tiene derecho a un status preferente sin copagos o con copagos más bajos en los servicios de salud (ancianos, estudiantes, elegibles para tarjeta sanitaria, cuidados en la crianza de los niños). En Portugal están eximidos de participar en todos los costes los pacientes de bajos ingresos y para los ancianos con ingresos bajos se cubre (habitualmente no está cubierto) la atención dental. En España la gente que recibe prestaciones sociales y las pensiones no contributivas están exentos de copagos en los medicamentos. Dentro del Reino Unido, en Inglaterra hay exenciones en la tarifa de las prescripciones.

Los niños, las mujeres embarazadas y otros grupos.

Prácticamente en todos los países, los niños al igual que las mujeres embarazadas, no tienen copagos o son reducidos, además algunos países ofrecen esas ventajas a determinados grupos: veteranos de guerra, víctimas de accidentes laborales, presos, bomberos, asilados políticos etc.

En Austria están exentos de los costes compartidos las personas que prestan servicios a la comunidad y los solicitantes de asilo político. Bélgica exime de copagos a los niños en los ingresos hospitalarios, en la atención primaria y en las visitas ambulatorias a los especialistas y también en la

atención dental y en la gafas, las mujeres embarazadas belgas están dispensadas en la hospitalización, y en la atención ambulatoria relacionada con el embarazo. Dinamarca da cobertura en la atención dental y en las prótesis a los niños, cobertura que no se presta a los adultos. En Finlandia es similar: los niños están exentos de copagos en la atención dental, prótesis y atención primaria ambulatoria. En Francia las mujeres embarazadas están dispensadas de los copagos relacionados con la atención prestada a su embarazo y parto. Los niños alemanes están exentos de todos los copagos.

En Grecia, los niños y las mujeres embarazadas están exentos de los copagos de los medicamentos, y los niños también están exentos de la participación en los costes de la atención dental y las prótesis. Irlanda dispensa de los copagos a los niños y estudiantes hasta los 25 años en los ingresos hospitalarios, las visitas ambulatorias a los especialistas y en los medicamentos. Las embarazadas están dispensadas en la hospitalización y en las visitas ambulatorias a los especialistas. En Italia hay reducciones o exenciones para los niños según el umbral de ingresos y para las mujeres embarazadas en los diagnósticos y tests relacionados con el embarazo. En Luxemburgo el ingreso en atención primaria es gratuito en el caso del parto, tanto para la embarazada como para el niño. Las embarazadas están también dispensadas de copagos en atención ambulatoria. Los niños de los Países Bajos están dispensados de todo coste compartido. En Portugal los niños y las mujeres embarazadas están exentos de todos los copagos. Los bomberos y los donantes de sangre no tienen copagos en la atención primaria ambulatoria. Los niños suecos están exentos de todos los costes compartidos. En el Reino Unido los niños y las embarazadas están exentos de las tasas de prescripción de los productos farmacéuticos, el coste compartido solo existe en Inglaterra.

Como consecuencia de la crisis económica mundial; en Europa, y ante la necesidad de la consolidación fiscal, algunos países han reducido los derechos en las coberturas de atención sanitaria. España ha eliminado el derecho a la cobertura sanitaria a todos aquellos sin residencia legal permanente, manteniéndose la cobertura sanitaria para los menores de 18 años y las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio; en Irlanda se ha retrasado la puesta en marcha de propuestas de expansión de la cobertura sanitaria, y también ha abolido el derecho a una atención primaria gratuita a personas mayores de 70 años económicamente acomodadas. En Inglaterra, recientemente han introducido una prueba adicional de residencia para la asignación de servicios y prestaciones sanitarias a los emigrantes.

Según la OMS (Estadísticas sanitarias mundiales 2012) se ha comprobado que cuando los gastos directos, de bolsillo, en salud son altos, (expresados en porcentaje sobre el gasto total en salud en cada país) se correlacionan muy estrechamente con la incidencia de catástrofe financiera y empobrecimiento; por debajo del 15-20% de gasto directo sobre el total del gasto sanitario, la incidencia de catástrofe económica es insignificante. De los 89 países, de los que se tiene información a nivel mundial, en 36 países los pagos directos representan más del 50% del gasto total en salud.

Los sistemas basados en prepago, como los impuestos o los seguros, y la ulterior mancomunación de los recursos económicos disponibles, dispersan el riesgo en la población y ayudan a garantizar que las personas puedan utilizar los servicios sin temor a arruinarse.

Tabla 5.- Porcentaje de población expuesta a gastos sanitarios catastróficos en 2010 o último disponible

	% Hogares
Bélgica	0,0
República Checa	0,0
Dinamarca	0,0
Estonia	3,3
Finlandia	0,1
Hungría	0,5
Irlanda	1,6
Luxemburgo	0,0
Noruega	0,0
Eslovenia	0,6
Suecia	0,0
Reino Unido	0,0

Fuente: OECD Health system characteristics. Survey 2012 and Secretariat's estimates

1.5. La remuneración de los médicos

La remuneración de los médicos se refiere a la media de los ingresos brutos anuales, incluyendo las cotizaciones a la seguridad social y los impuestos sobre la renta a pagar por el empleado. Se deben incluir todos los pagos formales adicionales tales como los incentivos, los pagos por los turnos de noche, la atención telefónica, y las horas extras y excluir los gastos de la consulta de los médicos por cuenta propia (autónomos).

En algunos países las limitaciones en una serie de datos contribuye a una infraestimación en los niveles de remuneración: se excluyen pagos del trabajo en horas extras, las cotizaciones a la seguridad social y otros ingresos suplementarios; esto ocurre en Austria con los médicos generales; en Irlanda, Francia e Italia con los especialistas asalariados. En otros casos los ingresos de la práctica privada en los médicos asalariados no están incluidos en algunos países como España e Irlanda. Los pagos informales, que pueden ser bastante comunes en algunos países, no están incluidos (Grecia), o bien los datos se refieren solamente a los empleados del sector público que tienden a ganar menos que los que trabajan en el sector privado: Dinamarca. A veces los datos se refieren a los ingresos netos en lugar de ingresos brutos como ocurre en Francia, o se incluyen a los médicos en formación en el grupo de especialistas como acontece en Alemania y en el Reino Unido.

Ocurre también que en algunos países los datos incluyen a los médicos a tiempo parcial (Austria, Bélgica, Países Bajos y Reino Unido), mientras que en otros los datos solo se refieren a los médicos que trabajan a tiempo completo.

En Bélgica los datos de los médicos autónomos (por cuenta propia) incluyen los gastos de su práctica médica lo que produce una sobreestimación.

Y por último ha de tenerse presente que la renta de los médicos se compara con el salario promedio de los empleados a tiempo completo de todos los sectores del país.

Tabla 6.- Modelo predominante de remuneración de los médicos en la UE-15

	Médicos de Atención Primaria	Especialistas Ambulatorios	Especialistas Hospitalarios
Dinamarca	Pago por servicio / Capitación	Pago por servicio	Presupuestos globales y pagos basados en casos
España	Salario / Capitación	Salario	Salario
Finlandia	Salario	Salario	Salario
Irlanda	Capitación	Pago por servicio	Salario
Italia	Capitación	Salario	Salario
Portugal	Salario/capitación/pago por servicio	Salario/pago por servicio	Salario/pago por servicio
Reino Unido	Salario/Capitación/ Pago por servicio	Salario	Salario
Suecia	Capitación/Pago por servicio/Pago por rendimiento	Basado en casos(GRDs)/ Dietas/Pago por rendimiento	Basado en casos(GRDs)/ Dietas/Pago por rendimiento
Alemania	Pago por servicio	Pago por servicio	Salario
Austria	Pago por servicio / Capitación	Pago por servicio	Salario
Bélgica	Pago por servicio	Pago por servicio	n.d.
Francia	Pago por servicio	Pago por servicio	Salario
Grecia	Salario	Pago por servicio /Salario	Salario
Luxemburgo	Pago por servicio	Pago por servicio	n.d.
Países Bajos	Pago por servicio / Capitación	n.d.	Pago por servicio

Observaciones:

Sistema Nacional de Salud



Sistema de Seguros Sociales

n.d. No disponible

Fuente: Health in Transition (OMS)

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/hit-summaries>

OECD Health Working Papers No. 50: Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries

-OECD (2013) Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjober A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark :Health system review. Health System in Transition, 2012,14(2):1-192

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13(4):1-156.

Anell A, Glenngard AH, Merkhur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2012,14(5):1-159.

La remuneración de los médicos, está en cierta medida relacionada con el nivel de desarrollo económico de un determinado país, sin embargo existen variaciones significativas entre su remuneración en comparación con el salario medio en cada país. En muchos países, los gobiernos influyen en el nivel y estructura de la remuneración del médico, bien como empleador clave o principal, como comprador de servicios o a través de la regulación de sus honorarios.

Los datos sobre la remuneración de los médicos distinguen entre médicos asalariados y médicos por cuenta propia (autónomos), aunque en algunos países esta distinción se difumina cada vez más; a algunos médicos asalariados se les permite tener una práctica privada independiente y algunos médicos autónomos pueden recibir parte de su remuneración a través de un salario. Se distingue también entre los médicos generales y otros especialistas médicos, aunque puede haber amplias diferencias en los ingresos de las diferentes especialidades médicas.

Como era de esperar las remuneraciones tanto de médicos generalistas como especialistas, al ser profesionales altamente cualificados, son mucho mayores que las de un trabajador promedio en los países de la UE. En Irlanda y los Países Bajos los médicos generalistas por cuenta propia (autónomos) en 2010, ganaban tres veces el sueldo medio, en el Reino Unido los médicos generalistas por cuenta propia ganaron 3,4 veces el sueldo medio en 2011. En 2004 los médicos generalistas en el Reino Unido tuvieron un importante aumento de sus sueldos, después de la puesta en marcha de un nuevo contrato diseñado para mejorar la calidad en atención primaria y mejorar los ingresos.

Los ingresos de los médicos especialistas están cinco veces por encima del salario medio en Bélgica y los Países Bajos.

En todos los países de la UE-15, excepto Dinamarca y Reino Unido, los médicos generales ganan menos que el promedio de los médicos especialistas. En Francia, los especialistas autónomos, (por cuenta propia) ganan 3,6 veces el salario promedio, comparado con 2,1 veces de los médicos generales. La brecha entre los salarios de los médicos generales y los especialistas es particularmente importante en Bélgica, a pesar de que se ha reducido ligeramente en los últimos años.

En muchos países esta brecha entre los médicos generalistas y los especialistas se ha ampliado en las últimas décadas, reduciendo el atractivo financiero para la medicina general. La remuneración de los especialistas ha aumentado más rápidamente que la de los médicos generales en países como Finlandia o Francia; por otra parte en Austria y Bélgica la brecha se ha reducido ligeramente y los ingresos de los médicos generales crecieron más rápidamente que los de los especialistas.

2. La población de la UE

2.1. Habitantes

En 2013 la población de la UE-28 (Croacia se incorporó el 1 de julio de 2013) cuenta con 505,7 millones de habitantes, España aporta el 9,2% y se sitúa en quinta posición por detrás de Alemania (15,9%) que encabeza la lista, seguida de Francia (13%), Reino Unido (12,6%) e Italia (11,8%).

Tabla 7.- Población en millones de habitantes

	Habitantes (millones)	% sobre total UE-28
UE-28	505,7	100%
Alemania	80,5	15,9
Francia	65,6	13,0
Reino Unido	63,9	12,6
Italia	59,7	11,8
España	46,7	9,2
Polonia	38,5	7,6
Rumanía	20,1	4,0
Países Bajos	16,8	3,3
Grecia	11,2	2,2
Bélgica	11,1	2,2
Portugal	10,5	2,1
República Checa	10,5	2,1
Hungría	9,9	2,0
Suecia	9,6	1,9
Austria	8,5	1,7
Bulgaria	7,3	1,4
Dinamarca	5,6	1,1
Eslovaquia	5,4	1,1
Finlandia	5,4	1,1
Irlanda	4,6	0,9
Croacia	4,3	0,9
Lituania	3,0	0,6
Eslovenia	2,1	0,4
Letonia	2,0	0,4
Estonia	1,3	0,3
Chipre	0,9	0,2
Luxemburgo	0,5	0,1
Malta	0,4	0,1

Observaciones: Croacia se incorporó el 1 de julio de 2013 (UE-28).

Fuente: Eurostat. Actualizado a 2 de diciembre de 2013.

[http:// appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en)

2.2. Estructura por edad

Si nos fijamos en la población menor de 15 años en el año 2011, España con una cifra del 15,2% se sitúa en la media de la UE a distancia de Irlanda (21%) el país con el porcentaje de población más joven. La cifra menor es la de Alemania y Bulgaria con el 13,3%.

Tabla 8.- Estructura porcentual de la población según grupos etarios de 0 a 14 y de 65 y más años

	% de población de 0 a14 años	% de población de 65 y más años
Alemania	13,3	20,6
Austria	14,6	17,7
Bélgica	16,9	17,1
Bulgaria	13,3	18,7
Chipre	16,5	17,2
Dinamarca	17,8	17,1
Eslovaquia	15,3	12,4
Eslovenia	14,1	16,6
España	15,2	17,2
Estonia	15,4	17,1
Finlandia	16,5	17,8
Francia	18,4	16,7
Grecia	14,4	19,5
Hungría	14,5	16,8
Irlanda	21,0	11,1
Italia	14,1	20,3
Letonia	13,8	17,4
Lituania	15,0	16,3
Luxemburgo	17,4	13,9
Malta	14,8	16,1
Países Bajos	17,4	15,9
Polonia	15,1	13,6
Portugal	14,9	19,2
Reino Unido	17,5	16,6
República Checa	14,6	15,9
Rumanía	15,1	14,9
Suecia	16,6	18,3
Croacia	15,0	12,8

Observaciones: Datos del año 2011 o más cercano disponible. En el tramo de 0 a 14 años los datos de Bélgica y Francia corresponden al año 2009 y los de Eslovaquia, Irlanda, Italia, Letonia, Reino Unido, Rumanía y Suecia al año 2010, último disponible.

Fuente: European Health for All (HFA-DB) [Actualizado Julio 2013]. World Health Organization Regional Office for Europe.

<http://data.euro.who.int/hfad/>

La población de 65 y más años coloca a Italia y Alemania con el 20,3% y 20,6% de población de ese grupo de edad encabezando a los países de la UE, España con un 17,2% se sitúa en la parte media, cerrando el grupo Irlanda con el 11,1%.

2.3. Tasa de fertilidad

Tabla 9.- Tasa de fertilidad (número de hijos por mujer)

	2001	2011 (o más cercano disponible)
Promedio UE-27	1,5	1,5
Irlanda	2,0	2,0
Francia	1,9	2,0
Suecia	1,6	1,9
Finlandia	1,7	1,8
Bélgica	1,7	1,8
Dinamarca	1,8	1,8
Países Bajos	1,7	1,8
Luxemburgo	1,7	1,6
Eslovenia	1,2	1,6
Lituania	1,3	1,6
Estonia	1,3	1,5
Grecia	1,3	1,5
Bulgaria	1,2	1,5
Malta	1,5	1,5
Eslovaquia	1,2	1,5
República Checa	1,1	1,4
Austria	1,3	1,4
Italia	1,3	1,4
Portugal	1,4	1,4
Alemania	1,4	1,4
Chipre	1,6	1,4
España	1,3	1,4
Letonia	1,2	1,3
Polonia	1,3	1,3
Rumanía	1,2	1,3
Hungría	1,3	1,2
Reino Unido	1,6	...
Croacia	1,3	1,4

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos de Italia corresponden al año 2008, los de Bélgica y Grecia a 2009 y los de Francia, Luxemburgo, Portugal y Rumanía corresponden al año 2010. Del Reino Unido no se dispone de datos.

Fuente: European Health For All (HFA-DB) [Actualizado a Julio de 2013]. World Health Organization Regional Office for Europe.

<http://data.euro.who.int/hfad/>

La tasa de fertilidad total representa la cantidad de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de sus años de fertilidad (15-49) y tuviera hijos de acuerdo con las tasas de fertilidad actuales específicas por edad.

En el año 2011, la ratio de fertilidad en los países de la UE, oscila entre Irlanda, Francia y Suecia que alcanzan 2, y el 1,2 de Hungría. España, junto con Alemania, Austria, Croacia, Chipre, Italia, Portugal y República Checa alcanzan una ratio de fertilidad del 1,4.

3. Estado de salud

3.1. Esperanza de vida al nacimiento

Tabla 10.- Esperanza de vida al nacer (años)

	2001	2011 (o más cercano disponible)		
		Total	Hombres	Mujeres
Promedio UE-27	76,2	79,3	76,0	82,3
Italia	80,1	82,7	79,8	85,0
España	79,8	82,4	79,4	85,5
Francia	79,4	82,2	78,2	85,2
Suecia	80,0	81,9	79,7	83,7
Chipre	79,4	81,7	79,8	83,5
Luxemburgo	78,8	81,7	79,2	83,9
Austria	79,0	81,1	78,4	84,0
Países Bajos	78,5	81,3	79,1	83,1
Malta	78,9	81,0	78,8	83,6
Grecia	72,6	80,9	78,6	83,2
Portugal	77,1	80,9	77,6	84,1
Irlanda	77,2	80,6	78,5	83,0
Reino Unido	78,3	81,1	78,8	82,7
Finlandia	78,4	80,8	77,5	84,0
Alemania	78,8	80,8	78,1	83,1
Bélgica	-	80,5	77,5	83,0
Dinamarca	77,3	80,0	78,0	82,1
Eslovenia	76,5	80,1	76,6	83,2
República Checa	75,4	78,1	74,9	81,2
Polonia	74,3	77,0	72,7	81,2
Estonia	70,7	76,3	71,3	81,4
Eslovaquia	73,8	75,7	71,8	79,4
Hungría	72,6	75,0	71,3	78,8
Bulgaria	71,9	74,3	70,8	77,9
Rumanía	71,3	73,8	70,2	77,6
Letonia	70,1	73,7	68,6	78,4
Lituania	71,7	73,6	68,0	79,0
Croacia	74,7	77,3	74,0	80,4

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos de Eslovaquia, Letonia, Lituania y Rumanía corresponden al año 2010.

Fuente: European Health For All (HFA-DB) [Actualizado a Julio de 2013]. World Health Organization Regional Office for Europe.

<http://data.euro.who.int/hfad/b/>

La esperanza de vida es una de las maneras clásicas de acercarse al conocimiento del estado de salud de una población. La esperanza de vida al nacimiento es el promedio de años que se espera que viva un recién nacido. El promedio se refiere al conjunto de individuos que forman parte de la población y no a un individuo concreto, que podrá vivir más o menos que lo indicado por la esperanza de vida.

En los últimos años, la esperanza de vida al nacer de los españoles ha conseguido colocarse a la cabeza de la UE, alcanzando los 82,4 años, (79,4 en hombres y 85,5 en mujeres). Durante el periodo 2001-2011, hemos asistido a un incremento de la esperanza de vida de 2,7 años. Los valores europeos oscilan entre Lituania y Letonia (73,6 y 73,7 respectivamente) y los de Italia y España (82,7 y 82,4) con una diferencia promedio de cinco años entre hombres y mujeres. A pesar de que el rango de la esperanza de vida de los países europeos es estrecho, pueden apreciarse diferencias mayores al desglosar los datos por sexo.

3.2. Esperanza de vida a los 65 años

España ha alcanzado los 22,9 años de esperanza de vida a los 65 años en mujeres y los 18,8 en hombres, situándose a la cabeza del resto de países de la UE. Desde 2001 a 2011 se ha producido un incremento de la esperanza de vida a los 65 años de 1,8 años en hombres y de 1,7 en mujeres. En la UE este indicador en mujeres oscila entre los 17,3 y 23,3 años de Rumanía y Francia, y en hombres entre 14 y 18,9 años de Bulgaria y Francia. Los países que presentan los valores más altos para ambos sexos son Italia, Francia y España, mientras que los más bajos corresponden a Bulgaria, Eslovaquia y Rumanía.

En los países de la UE, es patente la diferencia entre hombres y mujeres, favorable a las mujeres. También hay diferencias importantes entre los individuos en los distintos territorios, así los hombres de Francia y España que ocupan las primeras posiciones, tienen 5,5 años más de esperanza de vida al nacer que los de Letonia y Lituania que se sitúan en las últimas posiciones. Las mujeres de España y Francia son las que tienen una mayor esperanza de vida al nacer, con 6 años más que las de Bulgaria y Rumanía.

Tabla 11.- Esperanza de vida en hombres y mujeres a los 65 años

	Hombres		Mujeres	
	2001	2011 (o más cercano disponible)	2001	2011 (o más cercano disponible)
Promedio UE-27	15,2	16,9	18,8	20,5
Alemania	16,3	18,0	19,9	21,1
Austria	16,5	18,3	20,1	21,8
Bélgica	-	17,7	-	21,3
Bulgaria	13,1	14,0	15,8	17,4
Chipre	17,2	18,6	19,5	20,7
Dinamarca	15,4	17,5	18,5	20,3
Eslovaquia	13,2	14,1	17,0	18,1
Eslovenia	14,6	16,9	19,1	21,1
España	17,0	18,8	21,2	22,9
Estonia	12,7	14,8	17,4	20,1
Finlandia	15,9	17,9	19,9	21,9
Francia	17,1	18,9	21,6	23,3
Grecia	16,7	18,6	18,9	20,7
Hungría	13,3	14,4	17,1	18,4
Irlanda	15,1	17,8	18,6	21,0
Italia	16,9	18,7	21,0	22,5
Letonia	12,6	13,4	16,9	18,3
Lituania	13,4	13,6	17,8	18,5
Luxemburgo	16,4	18,2	20,0	21,7
Malta	15,8	17,8	18,9	21,1
Países Bajos	15,6	17,9	19,5	21,2
Polonia	13,8	15,5	17,9	20,0
Portugal	15,7	18,2	19,2	21,8
Reino Unido	16,2	18,4	19,3	21,0
República Checa	14,0	15,7	17,4	19,3
Rumanía	13,5	14,1	16,1	17,3
Suecia	17,0	18,4	20,3	21,3
Croacia	13,6	15,1	17,0	18,6

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos de Bélgica y Francia corresponden al año 2009. Los datos de Alemania, Eslovaquia, Eslovenia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Países Bajos, Reino Unido, Rumanía y Suecia al año 2010.

Fuente: European Health For All (HFA-DB) [Actualizado a Julio de 2013]. World Health Organization Regional Office for Europe.

[http:// data.euro.who.int/hfad/](http://data.euro.who.int/hfad/)

3.3. Mortalidad general

Tabla 12.- Tasa de mortalidad total por 100.000 habitantes

	2001	2011 (o más cercano disponible)
Promedio UE-27	796,0	644,8
Lituania	1.038,6	950,6
Rumanía	1.097,1	948,0
Letonia	1.147,5	939,2
Bulgaria	1.105,5	932,9
Hungría	1.035,5	875,4
Eslovaquia	981,8	849,7
Estonia	1.116,1	759,7
Polonia	918,0	747,7
República Checa	883,5	708,4
Eslovenia	785,5	599,7
Dinamarca	749,1	597,3
Bélgica	-	577,3
Finlandia	677,6	554,4
Irlanda	750,5	554,0
Reino Unido	684,4	553,1
Alemania	657,6	549,4
Grecia	679,3	547,9
Portugal	735,9	546,6
Malta	669,2	538,6
Austria	644,1	530,9
Países Bajos	680,4	528,2
Luxemburgo	648,8	520,0
Chipre	619,8	518,3
Suecia	599,5	514,1
France	608,3	508,5
España	596,5	481,5
Italia	585,0	478,1
Croacia	921,0	761,3

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos del año 2011 están ordenados de mayor a menor. Los datos Bélgica y Francia corresponden al año 2009. Los datos de Eslovaquia, Eslovenia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Reino Unido, Rumanía y Suecia corresponden al año 2010.

Fuente: European Health For All (HFA-DB) [Actualizado a Julio de 2013]. World Health Organization Regional Office for Europe.

[http:// data.euro.who.int/hfad/](http://data.euro.who.int/hfad/)

España se encuentra entre los países con más baja tasa de mortalidad general de la UE (481,5 fallecidos por 100.000 habitantes). En el otro extremo, se encuentran Bulgaria, Eslovaquia, Hungría, Letonia, Lituania y Rumanía que superan los 800 fallecidos por 100.000 habitantes. Las tasas de

mortalidad están experimentando un importante descenso en toda Europa, concretamente de 100-200/100.000 en el período 2001-2011. España ha descendido de 596,5 fallecidos por 100.000 habitantes en 2001, a 481,5/100.000 en 2011.

3.4. Mortalidad por cáncer

Tabla 13.- Tasa de mortalidad por cáncer por 100.000 habitantes

	2001	2011 (o más cercano disponible)
Promedio UE-27	188,9	169,4
Hungría	265,6	238,7
Eslovaquia	222,3	196,7
Eslovenia	204,1	196,0
Letonia	197,6	193,8
Polonia	217,8	190,9
Lituania	198,5	187,3
República Checa	234,1	186,7
Estonia	197,2	186,5
Dinamarca	218,7	185,7
Países Bajos	194,7	180,6
Rumanía	175,0	180,1
Irlanda	198,6	172,4
Reino Unido	191,7	170,4
Bélgica	-	166,9
Francia	185,0	165,5
Alemania	176,6	157,9
Luxemburgo	173,7	157,4
Italia	180,5	156,8
Bulgaria	152,1	155,9
Austria	171,8	154,6
Portugal	161,8	152,5
España	171,4	152,1
Malta	162,1	149,1
Grecia	164,8	147,3
Suecia	157,9	141,2
Finlandia	149,6	135,2
Chipre	-	115,6
Croacia	213,0	212,2

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos del año 2011 están ordenados de mayor a menor. Los datos de Bélgica y Francia corresponden al año 2009. Los datos de Eslovaquia, Eslovenia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Reino Unido, Rumanía y Suecia corresponden al año 2010.

Fuente: European Health For All (HFA-DB) [Actualizado a Julio de 2013]. World Health Organization Regional Office for Europe.

<http://data.euro.who.int/hfad/b/>

Al representar las tendencias temporales de la mortalidad por cáncer en países de la UE y compararlos con el promedio europeo, se observa que España permanece por debajo del conjunto de

estados miembros y muestra una tendencia decreciente en la mortalidad por cáncer en consonancia con el resto de países de su entorno.

Las tasas de mortalidad por cáncer han descendido en nuestro país de forma paulatina y discreta, desde los 171,4/100.000 habitantes de 2001 a los 152,1/100.000 habitantes de 2011, presentándose en el resto de la UE tendencias muy similares.

3.5. Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio

Tabla 14.- Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio por 100.000 hab.

	2001	2011(o más cercano disponible)
Promedio UE-27	366,3	263,9
Bulgaria	710,5	592,0
Rumanía	662,7	539,8
Lituania	540,4	494,5
Letonia	606,8	477,6
Eslovaquia	538,6	440,2
Hungría	503,8	402,1
Estonia	563,1	369,2
República Checa	459,8	331,5
Polonia	434,0	317,8
Malta	287,9	231,4
Grecia	329,8	220,1
Eslovenia	298,4	218,4
Finlandia	275,9	203,7
Chipre	-	198,7
Alemania	286,1	196,6
Austria	303,9	196,4
Suecia	248,7	182,2
Irlanda	289,7	181,5
Bélgica	-	164,7
Reino Unido	257,4	164,2
Luxemburgo	244,5	163,8
Italia	225,5	159,8
Portugal	264,5	148,6
Dinamarca	249,7	139,2
Países Bajos	221,9	139,2
España	191,0	132,5
Francia	163,8	118,9
Croacia	486,2	351

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos del año 2011 están ordenados de mayor a menor. Los datos de Bélgica y Francia corresponden al año 2009. Los datos de Eslovaquia, Eslovenia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Reino Unido, Rumanía y Suecia corresponden al año 2010.

Fuente: European Health For All (HFA-DB) [Actualizado a Julio de 2013]. World Health Organization Regional Office for Europe.

<http://data.euro.who.int/hfad/>

En este caso, el rango europeo es más amplio y nuestro país se sitúa en los niveles más bajos. Igualmente se observa una clara tendencia a disminuir la mortalidad cardiovascular de forma paulatina en toda Europa, debido al mejor manejo agudo y post-agudo de los enfermos, el mayor control de los factores de riesgo y el impulso de la promoción de la salud y los hábitos cardio-saludables. No obstante, se trata de las enfermedades directamente relacionadas con las edades avanzadas por lo que se hace difícil cambiar tendencias de forma pronunciada.

En España, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha descendido de 191/100.000 habitantes en 2001 a 132,5/100.000 habitantes en 2011, presentando en la actualidad una de las tasas más bajas de Europa, junto con Malta y Francia. En el entorno europeo, las muertes por enfermedad cardiovascular han descendido de 163,8-710,5/100.000 habitantes en 2001 a 118,9-592/100.000 habitantes en 2011 en Francia y Bulgaria respectivamente.

3.6. Mortalidad infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso, pues mide el efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud. En este caso, los resultados son más que alentadores para Europa pues en los 10 últimos años podemos observar un descenso de la tasa de mortalidad infantil de forma generalizada. España, que presentaba 4,1 fallecidos menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en 2001, ha conseguido disminuir su número hasta los 3,2/1.000 en 2011. Rumanía y Bulgaria presentan la mortalidad infantil más elevada en la actualidad (9,8/1000) y (8,5/1.000) respectivamente, mientras que la menor mortalidad se encuentra en Finlandia y Estonia con 2,4 fallecimientos de menores de 1 años por 1.000 nacidos vivos. Si comparamos los países de la UE, el rango en la mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, se duplica entre las mortalidades infantiles más bajas y más altas.

Tabla 15.- Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

	2001	2011 (o más cercano disponible)
Promedio UE-27	6,4	4,1
Rumanía	18,4	9,8
Bulgaria	14,4	8,5
Malta	4,3	6,3
Letonia	11,0	5,7
Eslovaquia	6,2	5,7
Hungría	8,1	4,9
Polonia	7,7	4,7
Reino Unido	5,5	4,3
Lituania	7,9	4,3
Irlanda	5,7	3,8
Países Bajos	5,4	3,8
Austria	4,8	3,6
Francia	4,5	3,5
Bélgica	-	3,5
Alemania	4,3	3,4
Dinamarca	4,6	3,4
Grecia	5,1	3,4
Italia	4,6	3,4
España	4,1	3,2
Portugal	5,1	3,1
Luxemburgo	4,6	2,8
Chipre	4,9	2,8
República Checa	4,0	2,7
Suecia	3,7	2,5
Eslovenia	4,2	2,5
Estonia	8,8	2,4
Finlandia	3,2	2,4
Croacia	7,7	4,7

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos del año 2011 están ordenados de mayor a menor. Los de Bélgica y Francia corresponden al año 2009. Los de Alemania, Eslovaquia, Eslovenia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Países Bajos, Reino Unido, Rumanía y Suecia corresponden al año 2010.

Fuente: European Health For All (HFA-DB) [Actualizado a Julio de 2013]. World Health Organization Regional Office for Europe.

<http://data.euro.who.int/hfad/>

3.7. Autovaloración del estado de salud

El estado de salud percibido por la población es otro indicador de creciente análisis y que ha demostrado su capacidad predictiva sobre el uso de servicios sanitarios y la mortalidad, es recogido

desde el año 2004 en la encuesta de las estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC) a través de la pregunta "¿cómo es su salud en general?". Los resultados desvelan una valoración positiva de la salud por parte de la mayoría de los europeos, aunque con algunas diferencias importantes entre países. España ocupa el séptimo lugar con una valoración positiva del 75,1%, en el que un 53,6% de la población califica su salud como "buena" y un 21,5% como "muy buena".

Tabla 16.- Estado de salud percibido por la población (%)

	Total valoración positiva	Buena	Muy buena
Irlanda	82,6	40,1	42,5
Suecia	79,9	41,4	38,5
Reino Unido	77,5	42,0	35,5
Grecia	76,4	25,8	50,6
Países Bajos	76,3	55,2	21,1
Chipre	76,2	29,0	47,2
España	75,1	53,6	21,5
Bélgica	73,5	43,9	29,6
Luxemburgo	72,5	46,5	26,0
Dinamarca	70,8	42,8	28,0
Malta	70,8	47,1	23,7
Austria	69,4	38,2	31,2
Rumanía	69,4	42,2	27,2
Finlandia	68,9	47,3	21,6
Francia	67,6	45,0	22,6
Bulgaria	67,1	50,1	17,0
Alemania	64,8	48,2	16,6
Italia	64,7	51,6	13,1
Eslovaquia	63,2	44,1	19,1
Eslovenia	60,4	41,8	18,6
República Checa	59,5	40,5	19,0
Polonia	57,6	39,7	17,9
Hungría	55,9	39,9	16,0
Estonia	51,8	44,0	7,8
Portugal	49,7	40,3	9,4
Letonia	46,8	42,7	4,1
Lituania	45,6	38,7	6,9
Croacia	45,0	29,6	15,4

Observaciones: Los datos corresponden al año 2011 o más cercano. En el caso de Grecia e Irlanda corresponden a 2008. Ordenados de mayor a menor según la valoración positiva (Buena+ Muy Buena).

Fuente: Eurostat [Actualizado octubre de 2013].

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database

3.8. Diabetes

La diabetes es una de las enfermedades más extendidas en la población y muestra variaciones y tendencias muy dispares en el conjunto de países de la UE. La prevalencia de diabetes en adultos (20 a 79 años), oscila entre un 4,4% de la población en Suecia y un 9,8% en Portugal. España presenta un valor intermedio, con un 6,5% de población adulta de 20 a 79 años diabética.

Tabla 17.- Prevalencia porcentual de diabetes en adultos de 20 a 79 años

	% Diabetes
Portugal	9,8
Polonia	9,2
Eslovenia	7,8
Estonia	7,2
Malta	6,9
Bulgaria	6,9
Austria	6,8
España	6,5
Hungría	6,2
Finlandia	6,0
Eslovaquia	5,9
Dinamarca	5,7
Francia	5,6
Alemania	5,5
Países Bajos	5,4
Reino Unido	5,4
Italia	5,3
Grecia	5,3
Bélgica	4,9
Luxemburgo	4,7
Suecia	4,4

Observaciones: Datos de 2011 que abarcan tanto a la diabetes tipo 1 como la de tipo 2, en población de 20 a 79 años.

Fuente: Federación Internacional de Diabetes (IFD Database, 2011). OECD, Health at a Glance 2013.

<http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/facts-figures>

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/prevalence-estimates-of-diabetes-adults-aged-20-79-years-2011_health_glance-2013-graph20-en#page1

4. Factores de riesgo de la salud

El tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la obesidad constituyen los factores de riesgo más comúnmente analizados para estudiar el estado de salud de una población: el primero constituye la principal causa de muerte evitable; y el segundo y el tercero han demostrado un importante papel en el aumento del riesgo cardiovascular y en el desarrollo de enfermedades crónicas que se presentan como una importante fuente de morbilidad a largo plazo.

4.1. Consumo de tabaco

Tabla 18.- Porcentaje de fumadores diarios en personas mayores de 15 años.

	2001	2011 (o más cercano disponible)
Grecia	37,6	31,9
Bulgaria	32,7	30,0
Irlanda	27,0	29,0
Letonia	33,0	27,9
Rumanía	20,8	26,7
Lituania	32,0	26,5
Hungría	30,2	26,5
Estonia	29,4	26,2
Chipre	-	25,9
España	31,7	24,0
Polonia	32,0	23,8
Francia	27,0	23,3
Austria	-	23,2
Italia	24,1	22,5
Alemania	34,8	21,9
República	24,1	21,7
Países Bajos	28,8	20,8
Bélgica	28,0	20,5
Dinamarca	29,5	20,0
Reino Unido	27,0	19,6
Malta	23,4	19,2
Eslovaquia	-	19,0
Eslovenia	23,7	18,9
Portugal	-	18,6
Finlandia	24,0	17,8
Luxemburgo	30,0	17,0
Suecia	18,9	13,1
Croacia	30,3	-

Observaciones: Población mayor de 15 años que, al menos, dice consumir un cigarrillo al día. El dato de España corresponde a la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2011.

Fuente: OECD Health Statistics 2013. European Health For All (HFA-DB) [Actualizado Julio 2013]. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011.

<http://data.euro.who.int/hfadbf/>

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

El tabaquismo sigue presentando una importante prevalencia poblacional, a pesar de las frecuentes campañas de sensibilización ciudadana y del impulso de políticas de regulación del consumo.

En la UE la prevalencia de fumadores en la población mayor de 15 años, oscila entre el 31,9% de Grecia y el 13,1% de Suecia. España con un 24% se sitúa en la media europea junto con Polonia (23,8%), Francia (23,3%) y Austria (23,2%).

El consumo de tabaco en nuestro país ha sufrido una progresiva caída a lo largo de los últimos años, pasando de 31,7% en 2001 al 24% en 2011. Las personas mayores de 15 años que declaran haber fumado a diario., son el 27,9% de hombres y el 20,2% de mujeres, según la última Encuesta Nacional de salud de España (ENSE).

4.2. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol por habitante en personas mayores de 15 años, oscila entre los 6,9 litros per cápita de Italia y los 15 litros de la República Checa. El dato de Luxemburgo con 15,3 litros, no refleja exactamente el consumo real de los residentes, ya que las compras de no residentes tienen un peso significativo en la cifra total, considerando que el consumo de alcohol se define como las ventas anuales de alcohol puro en litros por persona mayor de 15 años. Las estadísticas oficiales no incluyen el consumo de alcohol no registrado, tales como la producción doméstica.

En lo concerniente a las tendencias temporales, las variaciones entre países también son notorias. A excepción de Estonia, Rumanía, Lituania, Letonia, Eslovaquia, Polonia, Finlandia, Malta y Suecia, donde el consumo se ha incrementado, en el resto de países la tendencia general es a la moderación del consumo con clara disminución en países productores como es el caso de Francia e Italia. España se mantiene con respecto al año 2001 con un consumo medio de 11 litros por persona y año.

Según la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), en el año 2011, el 65,6% de los españoles mayores de 15 años declara haber bebido alcohol en los últimos doce meses (77,5% en hombres y 54,3% en mujeres). También cabe destacar que esta conducta es declarada por el 67,3% de los jóvenes entre 15 y 24 años. Según los datos de la última ENSE, la edad media de inicio del consumo de bebidas alcohólicas de manera regular es de 17,8 años (hombres 17,1 y mujeres 18,8).

Tabla 19.- Consumo de alcohol en personas mayores de 15 años (litros per cápita)

	2001	2009 (o año más cercano disponible)
Luxemburgo*	16,7	15,3
República Checa	15,3	15,0
Estonia	9,2	13,2
Rumanía	9,8	12,7
Francia	13,9	12,3
Lituania	10,2	12,2
Austria	12,8	12,2
Letonia	7,5	12,2
Eslovenia	13,0	11,9
Alemania	12,5	11,7
Hungría	13,2	11,5
Portugal	12,2	11,4
Eslovaquia	10,8	11,4
España	11,1	11,4
Irlanda	13,8	11,3
Bélgica	10,3	10,8
Dinamarca	12,5	10,7
Reino Unido	10,7	10,5
Polonia	7,8	10,1
Bulgaria	10,7	10,0
Finlandia	9,0	10,0
Países Bajos	10,0	9,2
Chipre	8,8	8,4
Grecia	8,6	8,2
Malta	5,8	7,7
Suecia	6,5	7,4
Italia	9,1	6,9
Croacia	13,1	10,1

Observaciones: Datos de 2009 o más cercano disponible. Los datos de 2009 están ordenados de mayor a menor. Los datos de Bélgica y Letonia corresponden a 2008 y los de Portugal a 2007. * En Luxemburgo, el dato no refleja exactamente el consumo real de los residentes, ya que las compras de no residentes tiene un peso significativo en la cifra total.

Fuente: European health for all database (HFA-DB) [Actualizado a junio de 2013].

<http://data.euro.who.int/hfad/>

4.3. Sobrepeso y Obesidad

En 2011, España ocupa un lugar intermedio en el conjunto de la UE (17%), en la que países como Reino Unido, Luxemburgo e Irlanda presentan porcentajes de obesidad respectivamente del 24,8%,

23,5% y 23% en la población mayor de 15 años. En el otro extremo, se encuentran Rumanía, Italia, Suecia, Países Bajos y Bulgaria donde la obesidad se mantiene por debajo del 12%.

Tabla 20.- Porcentaje de población mayor de 15 años con obesidad (IMC) > 30

	2001	2011
Reino Unido	-	24,8
Luxemburgo	-	23,5
Irlanda	15,0	23,0
Malta	-	22,9
República Checa	14,8	21,0
Hungría	18,2	20,0
Lituania	-	19,7
Grecia	-	17,3
España	12,6	17,0
Letonia	-	16,9
Estonia	14,1	16,9
Eslovaquia	-	16,9
Finlandia	11,4	16,6
Eslovenia	-	16,4
Polonia	-	15,8
Chipre	-	15,6
Portugal	-	15,4
Alemania	-	14,7
Dinamarca	9,5	13,4
Bélgica	12,1	13,8
Francia	9,0	12,9
Austria	-	12,4
Bulgaria	-	11,5
Países Bajos	9,3	11,4
Suecia	9,2	11,0
Italia	8,5	10,0
Rumanía	-	7,9

Observaciones: Datos de población mayor de 15 años. Se considera obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor de 30. No se dispone del dato de Croacia. El dato de España corresponde a la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2011.

Fuente: OECD Health Statistics, 2013. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011.

<http://data.euro.who.int/hfadb/>

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Según la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), en el año 2011, un 53,7% de la población adulta presenta un peso inadecuadamente alto, el 36,7% registra sobrepeso (IMC 25-30) y el 17% es obesa (IMC > 30).

4.4. Actividad física

La evidencia científica muestra que la actividad física moderada diaria mejora la salud. La actividad física regular está inversamente relacionada con el riesgo de enfermedad cardiovascular, tromboembolismo cerebral, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, obesidad, cáncer de colon y de mama, ansiedad y depresión. Además contribuye al desarrollo y mantenimiento de un sistema locomotor saludable. Es por ello, que se recomienda a los adultos realizar treinta minutos o más de actividad física moderada de forma habitual al menos 5 días a la semana.

En el entorno de la UE, a través de la última Encuesta Europea de Salud (EHIS), se ha recogido información sobre la actividad física que desarrolla la población de 15 y más años, detallando el número de días y el tiempo dedicado a ella en los últimos siete días.

Entre los 12 países de los que se tiene información, en España la población que realiza 30 minutos de actividad física moderada o intensa de forma habitual es de un 46,7% ocupando el noveno lugar por delante de Chipre con un 40,3%, Austria con un 32,7% y Malta con un 22,8%. El rango oscila entre el 22,8% de Malta y el 63,6% de Letonia.

Tabla 21.- Porcentaje de población que practica actividad física (intensa y moderada) de forma habitual

	Total	15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 64 años	65 a 74 años	75 a 84 años	85 o más años
Letonia	63,6	70,4	67,2	68	66,6	64,4	54,7	39,3	24,7
República Checa	63,1	64,5	72	71,1	62,3	63,9	55,2	29,2	6,5
Hungría	59,5	65,1	62,5	62,8	66,2	59,5	55,8	36,4	19,1
Grecia	56,6	63,1	63,4	66,1	57,6	58,9	42	32,6	18,2
Eslovaquia	55,9	49,9	62	65,9	63,8	56,2	40,4	25,5	17,6
Eslovena	55,3	57,4	59	62,6	59,5	56,4	46,2	30,9	-
Polonia	55,2	54,2	62,7	66,4	62,6	51,8	41,2	29,1	19,4
Bulgaria	48,9	38,6	53,9	62	54,4	49	45,9	27,1	15,9
España	46,7	52,5	54,1	52,6	48,2	43,4	36,5	24,4	13,4
Chipre	40,3	39,8	46,5	43,2	43,5	42,7	29,5	16,6	12,9
Austria	32,7	32,2	35,7	37,1	40,1	33,3	25,6	12,2	2,4
Malta	22,8	33,3	27	26,1	22,8	18,1	15,9	6,5	5,7

Observaciones: Los países están ordenados de mayor a menor según el% de actividad física total. Actividad física:% de población de 15 y más años que practica al menos 30 minutos de actividad física (moderada o intensa) al día.

Fuente: Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS)

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/database

Según grupos de edad, en España, entre los 15 y 44 años más de la mitad de la población realiza 30 minutos de actividad física moderada o intensa de forma habitual (de 15 a 24 un 52,5%,

de 25 a 34 años un 54,1% y de 35 a 44 años un 52,6%), siendo a partir de los 45 años cuando el porcentaje disminuye progresivamente.

Como cabe esperar, en todo los países la proporción de población que no hace ejercicio físico intenso o moderado aumenta con la edad. Según datos de la EHIS, en España hacen ejercicio intenso o moderado en la población de 85 y más años el 13,4%. El rango oscila entre el 24,7% de Letonia y el 2,4% de Austria.

5. Recursos humanos

5.1. Médicos

Tabla 22.- Número de médicos por 1.000 habitantes

	2001	2011(o más cercano disponible)
Grecia *	2,6	6,1
Austria	4,0	4,8
Italia	-	4,1
Portugal **	-	4,0
Suecia	3,3	3,9
Alemania	3,3	3,8
España	3,0	3,8
Lituania	3,5	3,7
Bulgaria	2,7	3,7
República Checa	3,5	3,6
Dinamarca	3,0	3,5
Finlandia *	2,5	3,3
Francia *	3,3	3,3
Estonia	3,1	3,3
Eslovaquia	3,2	3,3
Malta	-	3,1
Países Bajos *	-	3,0
Chipre	-	3,0
Hungría	3,2	3,0
Bélgica	2,9	2,9
Letonia	2,8	2,9
Reino Unido	2,1	2,8
Luxemburgo	2,3	2,8
Irlanda	-	2,7
Eslovenia	2,2	2,5
Rumanía	-	2,4
Polonia	2,3	2,2
Croacia	-	2,8

Observaciones: Datos correspondientes al 2011 o más cercano disponible. Los datos de Dinamarca corresponden al año 2009 y los de Suecia al 2010

* Los datos incluyen no sólo los médicos que prestan atención directa a los pacientes, sino también a los que trabajan en el sector de la salud como administradores, educadores, investigadores, etc. (un 5-10% de los médicos)

** Los datos de Portugal incluyen todos los médicos con licencia para ejercer su profesión, lo que supone un exceso en la estimación del número de médicos que prestan atención directa.

Fuente: OECD Health Statistics 2013. Eurostat Statistics Database. WHO HFA-DB

<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

<http://stats.oecd.org/index.aspx>

En el período 2001 a 2011, se ha producido una tendencia general al incremento de personal sanitario en toda la UE, afectando de forma más discreta al colectivo médico. En España se ha

pasado de 3 médicos por 1.000 habitantes en el año 2001 a 3,8 en 2011, manteniéndose alrededor de la media de la UE.

5.2. Enfermeros

Tabla 23.- Número de enfermeros por 1.000 habitantes

	2001	2011(o más cercano disponible)
Dinamarca	12,9	15,4
Bélgica **	-	15,4
Irlanda *	-	12,2
Países Bajos *	7,8	11,8
Alemania	9,7	11,4
Luxemburgo	7,5	11,3
Suecia	-	11,1
Finlandia	9,3	10,3
Francia *	-	8,7
Reino Unido	-	8,6
Eslovenia	7,1	8,3
República Checa	7,8	8,0
Austria ***	7,2	7,8
Lituania	-	7,0
Malta	-	6,5
Italia *	-	6,3
Hungría	5,5	6,2
Estonia	6	6,2
Portugal *	-	6,1
Eslovaquia	-	6,0
España	3,7	5,5
Polonia	4,9	5,2
Rumanía	-	5,2
Chipre	-	4,9
Letonia	-	4,7
Bulgaria	-	4,2
Grecia *	-	3,3
Croacia	-	5,3

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos de Dinamarca corresponden al año 2009 y los de Finlandia, Lituania, Malta, Rumanía, Eslovaquia, Chipre, Letonia, Bulgaria y Croacia al año 2010.

* Los datos incluyen no sólo a las enfermeras que prestan atención directa a los pacientes, sino también a las que trabajan en el sector de la salud como administradoras, educadoras, investigadoras, etc.

** Los datos se refieren a todas las enfermeras que tienen licencia para la práctica

*** Austria informa sólo de las enfermeras que trabajan en el hospital

Fuente: OECD Health Statistics 2013; Eurostat Statistics Database; WHO HFA-DB s enfermeras que trabajan en el hospital.

<http://stats.oecd.org/index.aspx>

Las variaciones entre países en el cómputo del personal sanitario (especialmente enfermería) son el reflejo de una compleja homogeneización en las categorías profesionales entre países. Algunos países incluyen también enfermeros que trabajan en el sector salud como administradores, educadores, investigadores, etc. En España se ha pasado de 3,7 enfermeros por 1.000 habitantes en el año 2001 a 5,5 en 2011.

6. Utilización de servicios y actividad

6.1. Consulta a médicos

Tabla 24.- Número de consultas médicas per cápita

	2001	2011 (o año más cercano)
Alemania	7,9	9,7
Austria	6,7	6,9
Bélgica	7,5	7,4
Chipre	-	2,1
Dinamarca	4,2	4,6
Eslovaquia	12,9	11,0
Eslovenia	-	6,5
España	8,7	7,4
Estonia	6,2	6,3
Finlandia	4,3	4,2
Francia	7,4	6,8
Hungría	11,3	11,8
Irlanda	-	3,8
Letonia	-	5,6
Lituania	-	6,9
Luxemburgo	6,5	6,6
Malta	-	2,9
Países Bajos	5,8	6,6
Polonia	5,5	6,8
Portugal	3,6	4,2
Reino Unido	5,1	5,0
República Checa	12,7	11,1
Rumanía	-	4,7
Suecia	2,9	3,0
Croacia	-	6,2

Observaciones: Datos del 2011 o más cercano disponible.

Fuente: OCDE [acceso 12 de noviembre de 2013]

<http://stats.oecd.org/index.aspx#>

El número per cápita de todo tipo de consultas a médicos, tanto generalistas como especialistas, tiene una variación importante entre los países de la UE que va desde más de 9 de Alemania (9,7), Eslovaquia (11), República Checa (11,1) y Hungría (11,8) hasta 4 o menos de cuatro de Irlanda (3,8), Suecia (3), Malta (2,9) y Chipre (2,1). Las consultas pueden tener lugar en los consultorios de los médicos, en los departamentos de consultas externas de los hospitales y en los domicilios de los pacientes.

La importante variación puede ser debida a las fuentes de información ya que en algunos países como Países Bajos (6,6) y España (7,4) los datos son auto declarados, no provienen de fuentes administrativas sino que se derivan de entrevistas de salud o encuestas a los hogares.

Por otro lado, en algunos países como Dinamarca, Países Bajos, Reino Unido, Portugal, Alemania y España, el médico generalista actúa de primer contacto y puerta de entrada al sistema de atención de los especialistas. En otros, los pacientes pueden dirigirse directamente a los médicos especialistas como sucede en Austria, Bélgica, Finlandia o Francia.

6.2. Camas hospitalarias

Existe una gran variabilidad en los conceptos, definiciones y registros relacionados con la dotación de recursos y la intensidad con la que se utilizan en el conjunto de la UE. Aunque el concepto de “cama hospitalaria” difiere en el conjunto europeo, se ha registrado un descenso general en beneficio de los servicios denominados “ambulatorios”. No obstante, en 2011 el rango en la dotación de camas hospitalarias es elevado en la UE-27, así Alemania y Austria rozan las 8 camas/1.000 habitantes, mientras que España contabiliza 3,1 camas/1.000 habitantes, presentando, junto con Suecia, Reino Unido e Irlanda, una de las dotaciones más bajas.

Tabla 25.- Camas por 1.000 habitantes

	2001	2011 (o más cercano disponible)
Promedio UE-27	6,3	5,2
Alemania	9,0	8,2
Austria	7,9	7,7
Bélgica	7,7	6,5
Bulgaria	7,2	6,5
Chipre	4,4	3,5
Dinamarca	4,2	3,5
Eslovaquia	7,7	6,0
Eslovenia	5,2	4,6
España	3,6	3,1
Estonia	6,7	5,3
Finlandia	7,5	5,5
Francia	8,1	6,4
Grecia	4,8	4,9
Hungría	7,9	7,2
Irlanda	5,9	3,0
Italia	4,6	3,4
Letonia	8,2	5,9
Lituania	8,3	7,0
Luxemburgo	-	5,4
Malta	7,6	4,5
Países Bajos	4,7	4,7
Polonia	-	6,6
Portugal	3,7	3,4
Reino Unido	4,0	2,9
República Checa	7,8	6,8
Rumanía	7,7	6,1
Suecia	3,3	2,7
Croacia	6,0	5,8

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos de Grecia y Países Bajos corresponden al año 2009 y los datos de Dinamarca y Luxemburgo al año 2010.

Fuente: European Health For All (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe

<http://data.euro.who.int/hfad/>

6.3. Altas hospitalarias

El número de altas hospitalarias constituye un indicador de gran capacidad comparativa. No obstante, se ve afectada por diversos factores tales como la demanda de servicios, la capacidad

resolutiva de la atención primaria, los sistemas de pago a proveedores y los incentivos para gestionar los procesos de hospitalización y post-hospitalización.

Tabla 26.- Número de altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes

	2001	2010 (o más cercano disponible)
Alemania	20.059,9	23.427,8
Austria	-	27.573,6
Bélgica	16.162,4	15.901,5
Bulgaria	-	24.750,4
Chipre	7.030,6	7.763,5
Dinamarca	16.325,6	16.498,4
Eslovaquia	20.533,9	17.948,7
Eslovenia	-	16.311,5
España	10.904,0	10.246,2
Estonia	-	17.508,8
Finlandia	20.825,3	18.154,9
Francia	17.936,9	15.855,1
Hungría	-	19.434,9
Irlanda	14.025,4	13.157,4
Italia	-	12.807,9
Letonia	-	16.161,1
Lituania	22.838,3	21.937,7
Luxemburgo	17.783,4	14.247,3
Malta	-	12.316,0
Países Bajos	-	11.635,9
Polonia	-	15.540,0
Portugal	-	15.037,7
Reino Unido	-	12.950,1
República Checa	-	18.349,1
Rumanía	-	23.287,0
Suecia	15.031,6	15.164,7
Croacia	12.267,6	14.911,1

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible.

Fuente: Eurostat [Actualizado junio de 2013]

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database

Si comparamos el número de altas hospitalarias, España con 10.246 altas por 100.000 habitantes tiene una de las más bajas frecuentaciones hospitalarias junto con Chipre (7.763 altas por 100.000 habitantes), estando a la cabeza Austria con 27.573,6 altas por 100.000 habitantes.

6.4. Cirugía mayor ambulatoria

En las últimas décadas, el número de procedimientos quirúrgicos llevados a cabo de forma ambulatoria, sin ingreso hospitalario, ha aumentado notablemente en los países de la UE. Los avances en las tecnologías médicas, en particular la difusión de intervenciones quirúrgicas menos invasivas y mejores anestésicos han hecho posible este desarrollo.

En el análisis se han incluido tres procesos muy frecuentes: las cataratas, la amigdalectomía y las hernias inguinales.

Las operaciones de cataratas constituyen un ejemplo ilustrativo de la cirugía que se lleva a cabo en la actualidad de manera predominantemente ambulatoria, aunque se debe ser cauto en la comparación de las cifras, ya que en algunos casos los sistemas de información son incompletos en lo que se refiere a la cobertura de las intervenciones sin internamiento hospitalario o en el sector privado.

España tiene una amplia cobertura de cataratas mediante cirugía ambulatoria y ocupa una excelente posición relativa entre los países de la UE, aún a pesar de que se incluyen solo parcialmente los procedimientos realizados en el sector privado. En 2011, España se encuentra en sexta posición con un porcentaje de cirugía ambulatoria de cataratas de un 96,6%, solo superada por los Países Bajos (98,8%) Finlandia (98,4%), Dinamarca (98,2%) Reino Unido (98,1%) y Suecia (97,8%).

La cirugía ambulatoria de cataratas representa actualmente más del 90% de todas las cirugías de cataratas en la mayoría de los países de la UE: en Estonia casi todas las cirugías de cataratas se realizan ambulatoriamente (99,3%), sin embargo estas cifras son relativamente bajas en países como Hungría (30,2%), Polonia (24,5%) o República Eslovaca (28,8%). En otros países el número de cirugías ambulatorias ha crecido muy rápido: en 2007 Portugal tenía un 69,8% de cirugías ambulatorias, esta proporción en 2009 fue del 91,9%; Austria pasó del 9,6% en el año 2007 al 45,6% en 2011. Las cifras de Alemania con solo un 4,2% de intervenciones realizadas de forma ambulatoria hay que observarlas con cautela, es posible que su sistema de registro no permita las comparaciones entre países y/o bien no permita la discriminación exhaustiva entre la actividad ambulatoria y con hospitalización.

El número total de intervenciones por cataratas ha crecido sustancialmente en la última década, por lo que se ha convertido en el procedimiento quirúrgico más frecuente en muchos países de la UE; el envejecimiento de la población es uno de los factores que está detrás de este aumento pero ha sido aún más importante el éxito probado, la seguridad y el coste –efectividad de la cirugía de cataratas como procedimiento ambulatorio.

Tabla 27.- Número de intervenciones de cataratas totales y ambulatorias

Cirugía mayor ambulatoria de cataratas				
	2007		2011	
	nº total intervenciones	% cirugía ambulatoria	nº total intervenciones	% cirugía ambulatoria
Países Bajos	133.055	97,8	140.493	98,8
Finlandia	38.262	97,6	43.143	98,4
Dinamarca	42.359	97,4	50.282	98,2
Reino Unido	398.173	96,7	410.493	98,1
Suecia	56.831	96,9	80.124	97,8
España	237.253	93,0	275.349	96,6
Eslovenia	10.532	26,9	18.232	96,5
Bélgica	98.686	92,4	115.765	94,2
República Checa	81.464	56,5	109.679	92,1
Portugal	78.746	69,8	147.809	91,9
Estonia	11.667	89,6	13.800	89,1
Irlanda	8.810	59,3	8.821	88,9
Italia	276.019	83,0	154.631	83,1
Francia	581.523	62,9	702.195	82,6
Luxemburgo	4.140	14,7	4.648	53,7
Austria	67.274	10,5	90.080	45,6
Hungría	82.076	9,6	90.850	30,2
República Eslovaca	-	-	12.111	28,8
Polonia	75.638	10,0	118.411	24,5
Alemania	138.087	4,3	137.052	4,2
Grecia	119.584	-	-	-

Observaciones: datos obtenidos el 25 Feb 2014 08:44 UTC (GMT) from OECD.Stat. Última actualización: octubre 2013

Los datos 2011 de Bélgica, Dinamarca y Países Bajos corresponden al año 2010 y los de Portugal al 2009.

Fuente: OECD Health Statistics 2013

[http:// stats.oecd.org/index.aspx#](http://stats.oecd.org/index.aspx#)

En la cirugía ambulatoria de amígdalas y hernias inguinales, a pesar de tener unas coberturas más bajas que en la cirugía de catarata, España presenta un incremento sostenido a lo largo de los años, así el porcentaje de cirugía ambulatoria de las amígdalas en 2007 fue un 22,9% y en 2011 un 26,7%, mientras que en la hernias inguinales en 2007 se alcanzó un 34% y en 2011 un 38,8%.

Los países de la UE con mejores resultados en cirugía ambulatoria de las amígdalas son: Bélgica (70,8%), Finlandia (69%) y Países Bajos (68,3%). En relación a las hernias inguinales los países mejor posicionados son: Suecia (76%), Países Bajos (72,8%), Dinamarca (72,3%) y Bélgica (70,8%).

Tabla 28.- Número de amigdalectomías totales y ambulatorias

	Amigdalectomía			
	2007		2011	
	nº total intervenciones	% cirugía ambulatoria	nº total intervenciones	% cirugía ambulatoria
Bélgica	24.578	68,0	25.864	70,8
Finlandia	8.351	58,8	9.416	69,0
Países Bajos	42.343	66,9	40.159	68,3
Suecia	8.104	26,9	8.096	44,8
Reino Unido	63.409	24,4	57.358	38,2
Portugal	8.005	21,6	8.372	34,8
Italia	52.460	33,2	41.789	28,3
España	24.072	22,9	28.832	26,7
Dinamarca	8.564	33,3	6.467	26,6
Francia	76.274	19,7	73.884	20,8
Luxemburgo	1.205	3,7	1.041	5,3
Polonia	19.154	3,8	24.627	2,2
Irlanda	4.512	1,0	3.599	2,1
Austria	12.572	0,3	9.564	0,2
Alemania	133.668	0,1	118.340	0,1
Eslovenia	1.032	0,0	787	0,0
Hungría	17.135	0,0	14.171	0,0
Estonia	-	-	-	-
Grecia	17.432	-	-	-
República Checa	-	-	-	-
República Eslovaca	-	-	-	-

Observaciones: datos obtenidos el 25 Feb 2014 08:44 UTC (GMT) from OECD.Stat. Última actualización: octubre 2013

Los datos 2011 de Bélgica, Dinamarca y Países Bajos corresponden al año 2010 y los de Portugal al 2009.

Fuente: OECD Health Statistics 2013

[http:// stats.oecd.org/index.aspx#](http://stats.oecd.org/index.aspx#)

Tabla 29.- Número de cirugías de hernia inguinal totales y ambulatorias

Cirugía hernia inguinal				
	2007		2011	
	nº total intervenciones	% cirugía ambulatoria	nº total intervenciones	% cirugía ambulatoria
Suecia	15.885	73,1	16.521	76,0
Países Bajos	29.110	64,9	28.383	72,8
Dinamarca	11.445	71,9	11.159	72,3
Bélgica	25.545	23,9	25.864	70,8
Reino Unido	91.204	57,9	87.426	65,7
Finlandia	10.697	58,3	11.160	63,1
Irlanda	3.687	32,1	3.486	49,4
Italia	175.710	50,5	151.594	46,5
Francia	154.127	11,4	155.676	40,9
España	81.051	34,0	89.270	38,8
Portugal	20.241	24,0	19.548	34,6
Estonia	1.800	14,4	2.036	29,8
Luxemburgo	1.094	14,2	1.054	22,7
Eslovenia	4.253	6,0	4.143	9,8
Hungría	15.619	2,3	28.721	7,0
Polonia	43.486	5,4	54.740	5,1
Alemania	175.702	0,3	176.137	0,4
Austria	21.386	0,0	22.708	0,0
Grecia	37.952	-	-	-
República Checa	-	-	-	-
República Eslovaca	-	-	-	-

Observaciones: datos obtenidos el 25 Feb 2014 08:44 UTC (GMT) from OECD.Stat. Última actualización: octubre 2013

Los datos 2011 de Bélgica, Dinamarca y Países Bajos corresponden al año 2010 y los de Portugal al 2009.

Fuente: OECD Health Statistics 2013

[http:// stats.oecd.org/index.aspx#](http://stats.oecd.org/index.aspx#)

6.5. Uso de servicios por mayores de 65 años

En España, según recoge la Encuesta Europea de Salud (EHIS), en el mes anterior a la entrevista un 28% de los adultos han asistido, a la consulta del médico de familia y un 11,8% a la consulta del médico especialista; el 9,3% han tenido un ingreso hospitalario en el último año. En los países europeos el rango oscila para la consulta del médico de familia entre el 40% de Alemania y el 3,4% de Chipre; para la consulta del especialista del 26% de Eslovaquia al 4,8% de Rumanía, y para el ingreso hospitalario del 17,3% de Austria al 6,6% de Rumanía..

La Encuesta Europea de Salud (EHIS), busca medir de forma armonizada y con un alto grado de comparabilidad entre los Estados miembros, el estado de salud, estilo de vida y la utilización de los servicios de atención a la salud de sus ciudadanos.

Tabla 30.- Porcentaje de utilización de los servicios en población general y de 65 a 74 años

	Consulta médico de familia o general		Consulta médico especialista		Ingreso hospitalario	
	Población adulta	Grupo de 65 a 74 años	Población adulta	Grupo de 65 a 74 años	Población adulta	Grupo de 65 a 74 años
Alemania	40,0	38,8	22,5	22,8	-	-
Austria	36,2	55,4	-	-	17,3	24,5
Bélgica	33,3	50,9	14,9	22,9	11,8	15,0
Bulgaria	26,9	55,6	9,5	18,8	8,8	16,4
Chipre	3,4	6,9	22,0	35,7	8,5	11,4
Eslovaquia	35,5	67,4	26,0	45,9	10,8	23,7
Eslovenia	27,5	41,7	16,4	23,4	9,5	15,1
España	28,5	46,9	11,8	15,6	9,3	15,1
Estonia	23,7	32,7	16,0	21,2	-	-
Francia	-	-	-	-	12,6	16,2
Grecia	26,5	39,8	20,3	28,5	10,0	16,9
Hungría	38,8	62,0	21,6	30,1	14,4	23,9
Letonia	22,2	36,9	14,4	20,0	12,3	21,0
Malta	27,1	32,1	7,4	9,0	9,5	13,7
Polonia	34,2	60,5	21,7	34,3	11,5	20,4
República Checa	29,7	54,0	24,9	34,8	10,9	16,1
Rumanía	17,0	37,2	4,8	9,4	6,6	11,1

Observaciones: Las consultas a médico de familia/general o especialista se refieren a las 4 últimas semanas. El ingreso en el hospital se refiere a los últimos 12 meses

Fuente: Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS)

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/database

En España, si comparamos la utilización de los servicios que hace la población adulta con la que hace la población de 65 y más años, se observa que estos últimos hacen un mayor uso de los mismos.

La proporción del uso de la consulta de medicina de familia en el grupo de 65 a 74 años es del 46,9%, con un rango que va desde el 67,4% de Eslovaquia al 6,9% de Chipre, en el grupo de 75 a 84 años del 52,6%, con un rango entre el 68,4% de Austria y el 6% de Chipre; y en el grupo de 85 y más años el uso fue de 49,5%, con un rango que oscila entre el 68,2% de Hungría y el 9,5% de Chipre.

El uso de la consulta del especialista en el grupo de 65 a 74 años es del 15,6%, con un rango entre el 45,9% de Eslovaquia y el 9% de Malta, en el grupo de 75 a 84 años el uso fue del 14,4%, con un rango entre el 42,3% de República Checa y el 7,6% de Rumanía, y en el grupo de 85 y más años el uso fue del 10,4%, con un rango entre el 41,9% de Chipre y el 6,6% de Malta.

Tabla 31.- Porcentaje de utilización de los servicios en población general y de 75 a 84 años

	Consulta al médico de familia o general		Consulta de médico especialista		Ingreso hospitalario	
	Población adulta	Grupo de 75 a 84 años	Población adulta	Grupo de 75 a 84 años	Población adulta	Grupo de 75 a 84 años
Alemania	40,0	42,2	22,5	-	-	-
Austria	36,2	68,4	-	-	17,3	33,0
Bélgica	33,3	64,8	14,9	15,7	11,8	21,0
Bulgaria	26,9	61,0	9,5	17,7	8,8	21,5
Chipre	3,4	6,0	22,0	41	8,5	19,3
Eslovaquia	35,5	66,8	26,0	46	10,8	27,1
Eslovenia	27,5	46,0	16,4	30,2	9,5	22,9
España	28,5	52,6	11,8	14,4	9,3	18,4
Estonia	23,7	38,2	16,0	20,4	-	-
Francia	-	-	-	-	12,6	23,0
Grecia	26,5	46,9	20,3	30,2	10,0	21,3
Hungría	38,8	67,3	21,6	29,5	14,4	31,8
Letonia	22,2	44,4	14,4	22,1	12,3	23,4
Malta	27,1	35,5	7,4	8,7	9,5	17,0
Polonia	34,2	65,1	21,7	35,9	11,5	28,5
República Checa	29,7	64,4	24,9	42,3	10,9	32,0
Rumanía	17,0	41,2	4,8	7,6	6,6	14,0

Observaciones: Las consultas a médico de familia/general o especialista se refieren a las 4 últimas semanas. El ingreso en el hospital se refiere a los últimos 12 meses

Fuente: Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS)

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/database

Los ingresos hospitalarios en el grupo de 65 a 74 años fue del 15,1%, con un rango entre el 24,5% de Austria y el 11% de Chipre y Rumanía; en el grupo de 75 a 84 años ingresaron el 18,4%, con un rango entre el 33% de Austria y el 14% de Rumanía; y en el grupo de 85 y más años ingresaron el 17,3%, con un rango entre el 35,6% de Austria y el 19,9% de Malta. Confirmándose la mayor utilización de los servicios en todos los grupos de edad de mayores de 65 años.

Tabla 32.- Porcentaje de utilización de los servicios en población general y de 85 y más años

	Consulta al médico de familia o general		Consulta de médico especialista		Ingreso hospitalario	
	Población adulta	Grupo de 85 y + años	Población adulta	Grupo de 85 y más años	Población adulta	Grupo de 85 y + años
Alemania	40,0	-	22,5	-	-	-
Austria	36,2	64,0	-	-	17,3	35,6
Bélgica	33,3	75,8	14,9	11,1	11,8	22,1
Bulgaria	26,9	45,0	9,5	10,5	8,8	23,6
Chipre	3,4	9,5	22,0	41,9	8,5	24,3
Eslovaquia	35,5	62,8	26,0	40,5	10,8	29,4
Eslovenia	27,5	-	16,4	-	9,5	-
España	28,5	49,5	11,8	10,4	9,3	17,3
Estonia	23,7	29,2	16,0	15,7	-	-
Francia	-	-	-	-	12,6	27,2
Grecia	26,5	42,0	20,3	24,0	10,0	23,6
Hungría	38,8	68,2	21,6	31,1	14,4	33,4
Letonia	22,2	26,3	14,4	14,6	12,3	25,1
Malta	27,1	32,6	7,4	6,6	9,5	10,9
Polonia	34,2	60,8	21,7	25,8	11,5	22,4
República Checa	29,7	49	24,9	21,0	10,9	33,7
Rumanía	17,0	43,5	4,8	7,9	6,6	11,4

Observaciones: Las consultas a médico de familia/general o especialista se refieren a las 4 últimas semanas. El ingreso en el hospital se refiere a los últimos 12 meses

Fuente: Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS)

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/database

6.6. Cobertura vacunaciones

Vacunaciones infantiles

La vacunación sistemática de la población infantil en los países de la UE ha contribuido en gran medida, a la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación.

Las tasas de vacunación reflejan el porcentaje de niños que reciben la vacunación en el plazo recomendado. La edad de la inmunización difiere entre países debido a los diferentes programas de vacunación. Para aquellos países que recomiendan la primera dosis de una vacuna después de un año de edad, el indicador se calcula como la proporción de niños de menos de dos años de edad que han recibido la vacuna.

Algunos países administran vacunas combinadas (la DTP-Difteria-Tétanos y Pertussis) mientras que otros las suministran separadamente; unos países acreditan las vacunaciones a través de encuestas, mientras que otros recuentan los datos, lo cual puede influir en los resultados.

Todos los países han establecido sus programas de vacunación basados en la interpretación que hacen de los riesgos y beneficios de cada vacuna. Existe una potente evidencia de que las vacunas proporcionan una protección segura y eficaz contra enfermedades tales como la difteria, tétanos, tosferina, sarampión, hepatitis b y poliomielitis.

El porcentaje de niños protegidos de esas enfermedades puede ser considerado un indicador de calidad de los cuidados en este tipo de programas de vacunación infantil.

La vacunación contra la poliomielitis en los países de la UE ha alcanzado una cobertura muy alta, con cifras por encima del 92%. En el 2012, España mantiene la cobertura en un 96,3%. En este mismo año, el rango en la vacunación contra la poliomielitis es elevado en los países de la UE, así Bélgica, Chipre, Eslovaquia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Luxemburgo, Malta y República Checa alcanzan el 99%, mientras que Rumanía y Letonia llegan al 92% de cobertura.

En el caso de la vacunación contra la Hepatitis B, en España se ha producido un notable incremento en los últimos años pasando de un 83% en 2001 a un 95,8% en el año 2012. El resto de países de la UE presentan una variabilidad de cobertura de vacunación entre el 83% de Austria y el 99% de Eslovaquia y República Checa.

La vacunación está disponible desde 1982 y se considera efectiva en el 95% de los casos en la prevención de la infección y sus consecuencias crónicas; una alta proporción de las infecciones crónicas se adquieren durante la primera infancia.

La OMS recomienda que todos los niños reciban su primera dosis de vacuna de la hepatitis B tan pronto como sea posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de las primeras 24 horas. La mayoría de los países han seguido las recomendaciones para incorporar la vacuna de la hepatitis B como parte integral de su programa nacional de inmunización, alcanzando una cobertura promedio del 93%. Sin embargo, en la actualidad, algunos países no la incluyen en sus programas nacionales de vacunación infantil; en Dinamarca y Suecia la vacuna de la hepatitis B no está incluida en su programa nacional de vacunación infantil, pero se proporciona a grupos de alto riesgo como son los hijos de madres que están infectadas por el virus de la hepatitis B. Otros países que tampoco la tiene incluida en sus programas nacionales de vacunación son: Hungría, Eslovenia y el

Reino Unido. En los Países Bajos, la vacuna de la hepatitis B ha sido incorporada recientemente para los niños nacidos después de agosto de 2011.

Tabla 33.- Cobertura (%) de vacunación sistemática en población de 0 a 2 años

	Poliomielitis		Hepatitis B		Sarampión		DTP	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Alemania	94,9	95,0	86,0	86,0	91,0	97,0	93,0	93,0
Austria	82,5	83,0	44,0	83,0	78,5	76,0	84,0	83,0
Bélgica	95,7	99,0	60,0	98,0	82,2	96,0	95,0	99,0
Bulgaria	94,4	95,0	93,0	95,0	90,1	94,0	94,0	95,0
Chipre	97,0	99,0	89,0	96,0	85,0	86,0	97,0	99,0
Dinamarca	97,0	94,0	-	-	94,0	90,0	97,0	94,0
Eslovaquia	98,9	99,0	99,0	99,0	98,6	99,0	99,0	99,0
Eslovenia	92,6	96,0	-	-	94,0	95,0	92,0	96,0
España	96,1	96,3	83,0	95,8	96,0	97,1	96,3	96,3
Estonia	97,0	94,0	-	94,0	94,7	94,0	94,0	94,0
Finlandia	95,9	99,0	-	-	96,0	97,0	98,0	99,0
Francia	98,0	99,0	28,0	74,0	85,0	89,0	97,0	99,0
Grecia	87,0	99,0	90,0	98,0	88,0	99,0	91,0	99,0
Hungría	99,9	99,0	-	-	100,0	99,0	99,0	99,0
Irlanda	84,0	95,0	-	95,0	73,0	92,0	84,0	95,0
Italia	99,0	97,0	95,0	97,0	76,5	90,0	93,0	97,0
Letonia	97,3	92,0	96,0	91,0	97,9	90,0	97,0	92,0
Lituania	90,8	93,0	95,0	93,0	97,4	93,0	95,0	93,0
Luxemburgo	98,0	99,0	49,0	95,0	91,0	96,0	98,0	99,0
Malta	70,0	99,0	-	93,0	65,0	93,0	95,0	99,0
Países Bajos	97,0	97,0	-	-	95,0	96,0	97,0	97,0
Polonia	97,7	96,0	95,0	98,0	97,2	98,0	98,0	99,0
Portugal	97,9	98,0	70,0	98,0	86,8	97,0	97,0	98,0
Reino Unido	94,0	97,0	-	-	98,8	93,0	91,0	97,0
República Checa	97,2	99,0	86,0	99,0	98,0	98,0	98,0	99,0
Rumanía	98,8	92,0	98,0	96,0	97,8	94,0	99,0	89,0
Suecia	98,6	98,0	-	-	88,5	97,0	99,0	98,0
Croacia	94,1	96,0	-	98,0	94,0	95,0	94	96,0

Observaciones: Poliomieltitis (primovacunación de 0-1 años), Sarampión (primovacunación 1-2 años), Toxoide diftérico -tetánico-tos ferina (DTP) (vacunación 1 año) y Hepatitis B (vacunación un año)

Fuente: European Health For All (HFA-DB). Actualizado a Julio de 2013. World Health Organization Regional Office for Europe. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del SNS (INCLASNS)

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#primero>

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A824?lang=en>

En 2012, la cobertura alcanzada en la vacunación contra el sarampión en los países de la UE es alta, con un rango que varía entre el 99% de Eslovaquia, Grecia y Hungría y el 86% de Chipre. España con un 97,1% se sitúa entre los países que tienen una mayor cobertura, estando por debajo del 90% solo Austria, Chipre y Francia.

La vacunación contra la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP) también alcanza coberturas altas, con una variabilidad entre el 83% de Austria y el 99% de Bélgica, Chipre, Eslovaquia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Luxemburgo, Malta, Polonia y República Checa. España, con un 96,3% se sitúa también entre los países que tienen una mayor cobertura, estando por debajo del 93% solo Austria, Letonia y Rumanía.

Vacunación de la gripe

En los últimos años, la proporción de personas mayores de 65 años que han recibido una dosis de vacunación antigripal está sufriendo una disminución en todos los países de la Unión Europea, observándose un marcado descenso entre 2005 y 2011.

Tabla 34.- Cobertura (%) de vacunación antigripal en población mayor de 65 y más años.

	Temporada 2001-2002	Temporada 2005-2006	Temporada 2011-2012
Países Bajos	76,0	77,0	74,0
Reino Unido	68,0	75,0	74,0
Bélgica	58,0	-	65,0
Suecia	-	-	64,0
Italia	55,2	68,3	62,7
España	61,9	70,1	57,7
Alemania	55,8	63,0	56,0
Irlanda	-	63,0	56,3
Francia	65,0	63,5	55,2
Portugal	41,9	41,6	48,0
Dinamarca	6,2	34,0	46,0
Luxemburgo	42,8	54,3	45,8
Grecia	-	-	41,0
Finlandia	25,0	52,0	38,5
Austria	-	36,1	36,0
Hungría	36,8	37,1	29,9
Eslovaquia	31,5	-	22,0
República Checa	16,5	-	22,0
Eslovenia	29,0	35,0	16,0
Polonia	-	-	13,0
Estonia	-	-	1,0

Observaciones: Países ordenados de mayor a menor según los datos de la campaña de vacunación antigripal 2011-2012

Fuente: OECD Health Statistics 2013

<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Según la OCDE, la incidencia de la pandemia de influenza declarada por la OMS en 2009 puede que haya tenido, entre otros factores, un efecto de relajación en la vacunación por parte de la población.

En la temporada 2011-2012 la tasa de vacunación contra la gripe para personas de 65 años y más en España fue del 57,7%, con un rango que va desde el 74% de Países Bajos y Reino Unido al 1% de Estonia. La bajísima cobertura alcanzada en Estonia puede ser explicada porque en este país la vacunación de la gripe no la realiza el sistema público de salud. Puede que la principal limitación en cuanto a la comparabilidad de los datos entre los países sea el uso de diferentes fuentes de datos.

En España, se dispone del dato de la temporada 2012-2013 que alcanzan una cobertura de vacunación en mayores de 65 o más años del 57%, lo que confirma la tendencia descendente de la vacunación antigripal en este grupo de edad aunque se mantiene en cifras superiores al 55%.

7. Calidad de los cuidados

7.1. Atención sanitaria en enfermedad aguda

La atención sanitaria en trastornos agudos requiere en general de una elevada disponibilidad de recursos, así como de una atención efectiva. Uno de sus indicadores es el de mortalidad intrahospitalaria durante los primeros 30 días de hospitalización por infarto agudo de miocardio en los adultos de 45 y más años, cuya variabilidad es alta (4,5% de Suecia y 3% de Dinamarca, frente a valores superiores a 8% en España, Alemania y Luxemburgo). No obstante la tendencia general es descendente; en España, se pasó del 10,5% en 2005 al 8,5% en 2011.

Tabla 35.- Mortalidad intrahospitalaria en los adultos de 45 y más años durante los primeros 30 días de hospitalización por IAM (%)

	2005	2011(o más cercano disponible)
Hungría	17,0	13,9
Alemania	11,1	8,9
Luxemburgo	9,1	8,8
España	10,5	8,5
Portugal	12,6	8,4
Reino unido	9,4	7,8
Austria	10,9	7,7
Bélgica	10,3	7,6
Finlandia	9,0	7,0
Eslovenia	7,4	7,0
Países Bajos	9,6	6,8
República Checa	10,6	6,8
Irlanda	10,3	6,8
Francia	7,9	6,2
Italia	7,4	5,8
Polonia	8,9	5,2
Suecia	6,4	4,5
Dinamarca	5,3	3,0

Observaciones: Los datos corresponden a los años 2005 y 2011 o más cercano disponible.

Fuente: OECD Health Statistics 2013

[http:// dx.doi.org/10.1787/health-data-en](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en).

7.2. Atención sanitaria en enfermedad crónica

La atención sanitaria y el adecuado seguimiento de las enfermedades crónicas es importante para evitar las complicaciones que de ellas pueden derivarse, con el consiguiente aumento de la mortalidad. Entre los países europeos de los que se dispone de datos, España presenta una frecuencia por 100.000 habitantes de ingresos por agudización de procesos crónicos superior a la media europea en el caso de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (211,3 frente a 198,8) y por debajo en Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) (207,6 frente a 288,5), Asma (39,5

frente a 44,3) y complicaciones agudas de Diabetes (85 frente a 149,16) que suponen la suma del ingreso por complicaciones de larga y corta estancia e ingresos por diabetes no controlada.

Tabla 36.- Ingresos hospitalarios evitables por 100.000 habitantes por agudización de enfermedades crónicas

	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	EPOC	Asma	Diabetes
Promedio	288,5	198,8	44,3	149,2
Alemania	374,4	211,8	19,6	217,2
Austria	287,6	319,6	50,6	335,9
Bélgica	183,2	217,2	37,9	181,1
Dinamarca	169,2	291,8	36,3	151,0
Eslovenia	56,5	112	39,3	-
España	207,6	211,3	39,5	85,0
Finlandia	309,6	143,4	67,8	138,1
Francia	252,9	101,9	36,6	-
Hungría	467,1	378,1	73,6	404,6
Irlanda	167,3	365,0	36,8	135,3
Italia	283,3	89,6	11,4	54,2
Letonia	128,9	200,1	132,6	203,8
Luxemburgo	-	162,1	23,9	-
Países Bajos	200,4	162,1	31,8	-
Polonia	595,4	202,3	68,7	247,4
Portugal	169,3	70,5	16,0	88,7
Reino unido	116,6	226,5	60,8	71,8
República Checa	377,6	143,7	37,0	221,0
Suecia	271,6	168,8	22,2	116,9

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible en población mayor de 15 años. Los datos de Bélgica y Dinamarca corresponden al año 2009 y los de Países Bajos y Polonia al año 2010.

Fuente: OECD Health Statistics 2013,

<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

7.3. Satisfacción con la atención recibida

En el año 2009, se elaboró un Eurobarómetro sobre la percepción de la población en cuanto a la calidad de la atención sanitaria. A través de una encuesta se instaba a los ciudadanos a realizar una apreciación de la misma en relación con el resto de estados miembros de la UE.

Tabla 37.- Calidad percibida (%) de la atención sanitaria del país de origen en relación a otros países miembros de la UE-27.

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

Observaciones: Datos de 2009.

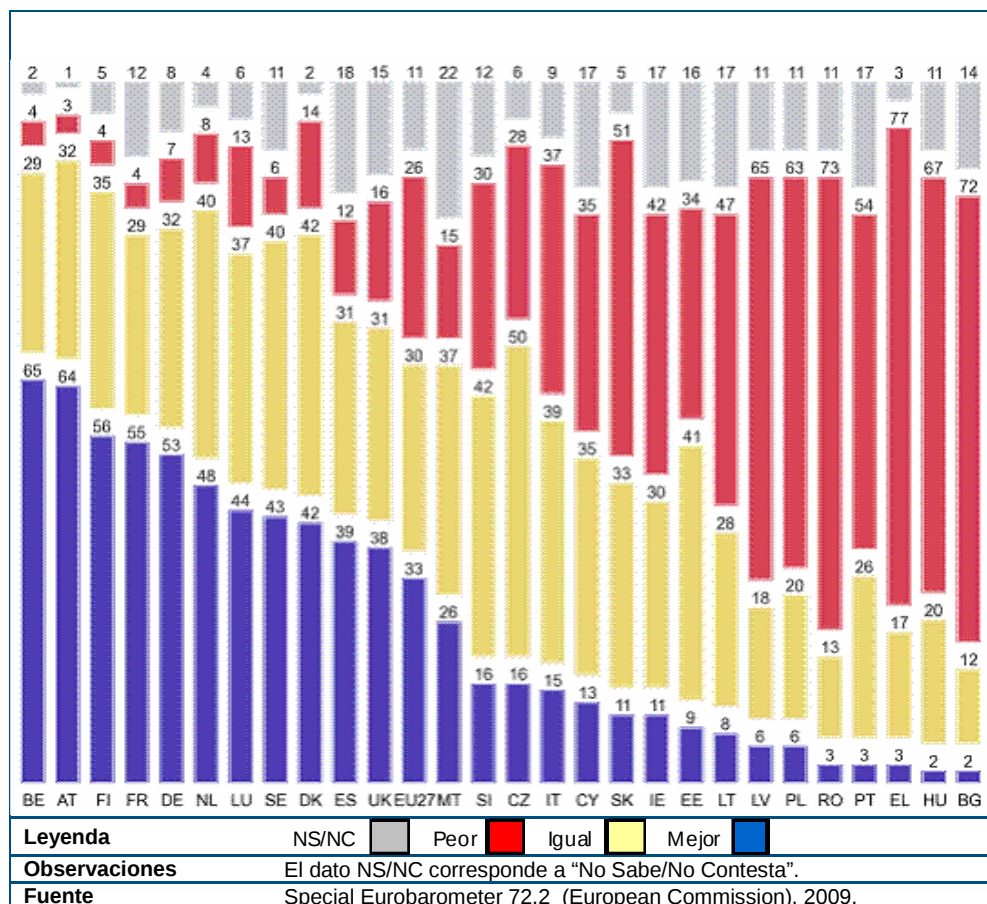
Fuente: Special Eurobarometer 72.2 (European Commission) 2009

Ante la pregunta: "¿considera la atención sanitaria de su país mejor, igual o peor que la de otros estados miembros de la UE?", España ocupa un lugar intermedio, en el cual un 70% de los ciudadanos consideran nuestro sistema sanitario igual o mejor que los del resto de Europa. Los mayores niveles de satisfacción siguen obteniéndose en Bélgica, Finlandia y Austria (más del 90% de los ciudadanos considera su sistema sanitario mejor o igual que el del resto de los estados miembros).

En cualquier caso para España es de destacar el alto porcentaje de población (18%) que no tiene opinión sobre el asunto investigado.

Entre los países de la UE-27 que consideran la atención sanitaria mejor que la de otros estados miembros, se encuentran, en el rango superior: Bélgica (65%), Austria (64%) y Finlandia (56%) y, en el rango inferior (peor): Grecia (77%), Rumanía (73%) y Bulgaria (72%).

Gráfico 1.- Calidad percibida de la atención sanitaria del país de origen en relación con la de otros países miembros de UE-27. Año 2009.



BE: Bélgica. AT: Austria. FI: Finlandia. FR: Francia. DE: Alemania. NL: Países Bajos. LU: Luxemburgo. SE: Suecia. DK: Dinamarca. ES: España. UK: Reino Unido. EU27: EU27. MT: Malta. SI: Eslovenia. CZ: República Checa. IT: Italia. CY: Chipre. SK: Eslovaquia. IE: Irlanda. EE: Estonia. LT: Lituania. LV: Letonia. PL: Polonia. RO: Rumanía. PT: Portugal. EL: Grecia. HU: Hungría. BG: Bulgaria

8. Gasto sanitario

8.1 Gasto sanitario y su relación con el PIB

El gasto sanitario de un país mide el consumo final de bienes y servicios de salud y la inversión de capital en infraestructuras dedicadas a la atención sanitaria. Las variaciones en el tiempo del cociente entre gasto sanitario y PIB refleja el efecto combinado de las tendencias del PIB y del gasto sanitario.

Tabla 38.- Gasto en salud como porcentaje del PIB

	2001	2011 (o año más cercano disponible)
Países Bajos	8,3	11,9
Francia	10,2	11,6
Alemania	10,5	11,3
Dinamarca	9,1	10,9
Austria	10,1	10,8
Bélgica	8,3	10,5
Portugal	9,3	10,2
Suecia	8,9	9,5
Reino Unido	7,3	9,4
España	7,2	9,3
Italia	8,1	9,2
Grecia	8,9	9,1
Finlandia	7,4	9,0
Irlanda	6,7	8,9
Eslovenia	8,6	8,9
Malta	7,3	8,6
República Eslovaca	5,5	7,9
Hungría	7,2	7,9
República Checa	6,4	7,5
Chipre	6,0	7,4
Bulgaria	7,4	7,2
Lituania	5,7	7,0
Polonia	5,9	6,9
Letonia	5,0	6,8
Luxemburgo	7,4	6,6
Rumanía	4,2	6,0
Estonia	4,9	5,9
Croacia	7,3	7,8

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los países están ordenados según los valores del año 2011 (de mayor a menor).

Fuente: Año 2001 los datos de Bulgaria, Chipre, Croacia Letonia, Lituania Malta y Rumanía tienen como fuente la WHO European Health For All Data Base (HFA-DB) actualizada a julio 2013. Las cifras del resto de países proceden de la *OECD Health Data 2013*. Año 2011: los datos de Bulgaria, Chipre, Croacia Letonia, Lituania Malta y Rumanía corresponden al 2010 (o año más cercano) y tienen como fuente OECD (2012). Las cifras del resto de los países corresponden a 2011 (o año más cercano) y tienen como fuente la OECD (2013) Health at a Glance 2013: OECD Indicators.

En 2011, en promedio, la proporción del PIB que los países de la UE dedican a bienes y servicios sanitarios está cerca del 9% aunque es muy variable entre los diferentes territorios oscilando en un rango que va desde el 12% de los Países Bajos al 6% Rumanía o Estonia.

Siete países dedican más del 10% de su PIB al gasto sanitario, en 2001 eran solamente tres. Croacia dedicó en ese año un 7,8% de su PIB al gasto sanitario.

España con un 9,3% ocupa la décima posición lo que supone 2,1 puntos más que en 2001. Aunque para realizar una mejor valoración de esta variación debe considerarse lo sucedido antes de 2009, periodo pre-crisis y lo sucedido después. En el periodo 2001- 2009 el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB creció 2,4 puntos y en el 2010-2011 cambió la tendencia decreciendo 0,3 puntos.

El sector público es el financiador principal en la mayoría de los países de la UE superando el 70% de promedio. En España la financiación pública del gasto sanitario es del 73% siendo inferior a países como Dinamarca, Suecia, o Reino Unido, todos con proporciones que superan el 80% en todos los casos.

8.2 Gasto sanitario por habitante

El gasto sanitario por habitante mejora la información que proporciona el cociente entre el gasto sanitario y el PIB al reflejar la influencia que pueden tener, entre otros, una amplia variedad de factores sociales, diferentes estructuras de financiación y la organización de los sistemas sanitarios de cada país.

Países con una alta proporción entre gasto sanitario y PIB pueden tener un gasto por habitante relativamente bajo y a la inversa.

Austria y Portugal dedicaron al gasto sanitario una proporción de su PIB superior al 10% en cambio el gasto *per cápita* (ajustados en PPC en dólares USA) de Austria es 1,7 veces superior al de Portugal.

España está en el grupo de 5 países (Reino Unido, Finlandia, España, Italia y Portugal) que gastan entre 2.500 y 3.500 dólares USA (PPC) por habitante.

Tabla 39.- Gasto sanitario total por habitante en poder paritario de compra dólares USA

2011 (o más cercano disponible)	
Promedio UE	2.740
Países Bajos	5.099
Austria	4.546
Alemania	4.495
Dinamarca	4.448
Luxemburgo	4.246
Francia	4.118
Bélgica	4.061
Suecia	3.925
Irlanda	3.700
Reino Unido	3.405
Finlandia	3.374
España	3.072
Italia	3.012
Portugal	2.619
Eslovenia	2.421
Grecia	2.361
República Checa	1.966
República Eslovaca	1.915
Chipre	1.783
Malta	1.758
Hungría	1.689
Polonia	1.452
Estonia	1.303
Lituania	972
Letonia	821
Bulgaria	745
Rumanía	677
Croacia	1.152

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los países están ordenados según los valores de mayor a menor.

Fuente: Año 2001 los datos de Bulgaria, Chipre, Croacia Letonia, Lituania Malta y Rumanía tienen como fuente la WHO European Health For All Data Base (HFA-DB) actualizada a julio 2013. Las cifras del resto de países proceden de la OECD Health Data 2013

Año 2011: los datos de Bulgaria, Chipre, Croacia Letonia, Lituania Malta y Rumanía corresponden al 2010 (o año más cercano) y tienen como fuente OECD (2012). Health at a Glance Europe 2012, OCDE Publishing. Las cifras del resto de los países corresponden a 2011 (o año más cercano) y tienen como fuente la OECD (2013) Health at a Glance 2013: OECD Indicators.

8.3 Gasto en medicamentos y productos sanitarios

El gasto en medicamentos y productos sanitarios tanto de prescripción como de venta libre está aumentando en todos los países de la UE y consume una proporción importante del gasto sanitario total.

Tabla 40.- Gasto farmacéutico como porcentaje del PIB

	2001	2011 (o más cercano disponible)
Bulgaria	-	2,8
Grecia	1,6	2,6
Hungría	2,1	2,6
República Eslovaca	1,9	2,2
Lituania	-	1,9
Francia	1,7	1,8
Portugal	1,9	1,8
Eslovenia	-	1,7
Alemania	1,5	1,6
Bélgica	-	1,6
España	1,5	1,6
Irlanda	1,0	1,6
Italia	1,8	1,5
Letonia	-	1,5
Polonia	-	1,5
República Checa	1,5	1,5
Rumanía	-	1,4
Austria	1,2	1,3
Chipre	-	1,3
Estonia	1,2	1,3
Finlandia	1,2	1,2
Países Bajos	1,0	1,1
Suecia	1,2	1,1
Reino Unido	1,0	1,0
Dinamarca	0,8	0,7
Luxemburgo	0,7	0,6
Malta	-	-
Croacia	-	-

Observaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los países están ordenados según los valores del año 2011 de mayor a menor

Fuente: Año 2001 OECD Health Data 2013, actualizado a junio de 2013.

Año 2011, los datos de Bulgaria, Chipre, Letonia, Lituania y Rumanía corresponden al 2010 (o año más cercano) y tienen como fuente OECD (2012) Health at a Glance Europe 2012, OCDE Publishing. Las cifras del resto de los países corresponden a 2011 (o año más cercano) y tienen como fuente la OECD (2013) Health at a Glance 2013: OECD Indicators.

La estructura de población (envejecimiento) y la introducción de nuevos medicamentos pueden estar empujando el incremento aunque la relación es compleja.

Los países de la UE dedican como promedio alrededor del 1,6% de su PIB al gasto farmacéutico con un rango que va desde menos del 1% en Luxemburgo y Dinamarca a más del 2,5% de Hungría, Grecia y Bulgaria.

En España el 1,6% del PIB se dedica al gasto en medicamentos y productos sanitarios lo que representa más de un sexto (17,4%) del gasto sanitario total.

Tabla 41.- Gasto farmacéutico por habitante en poder paritario de compra dólares USA

	2011 o año más cercano
Promedio UE	455
Grecia	673
Irlanda	648
Alemania	632
Bélgica	627
Francia	615
Hungría	541
República Eslovaca	525
Austria	520
España	500
Italia	487
Países Bajos	479
Portugal	469
Suecia	443
Finlandia	436
Eslovenia	433
República Checa	373
Luxemburgo	325
Polonia	319
Estonia	272
Dinamarca	266
Lituania	257
Letonia	175
Bulgaria	-
Chipre	-
Malta	-
Reino Unido	-
Rumanía	-
Croacia	-

Observaciones: Los países están ordenados según los valores del año 2011 (de mayor a menor).

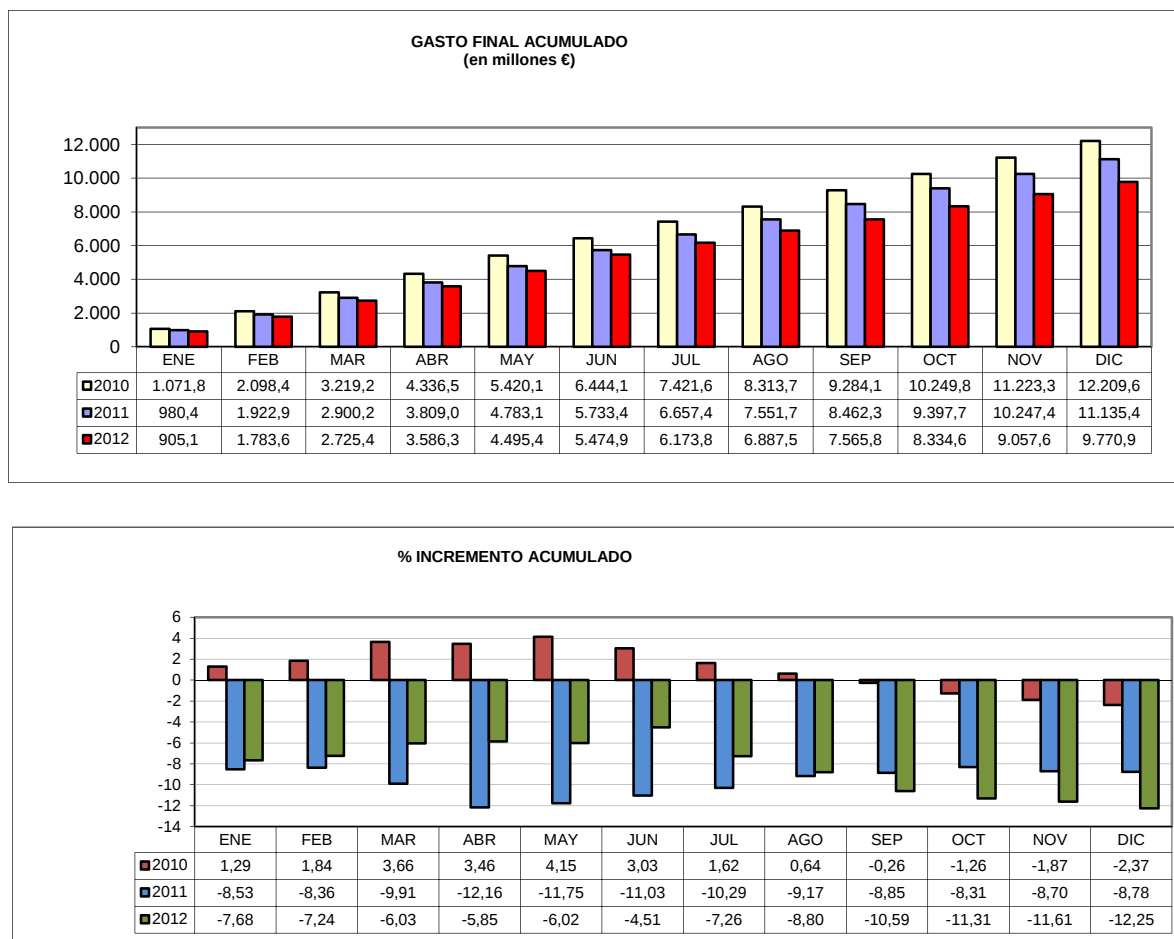
Fuente: OCDE (2013) Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

Medido en poder paritario de compra en dólares USA España está en el grupo de países con un gasto farmacéutico per cápita entre 500 y 550.

8.4 Gasto farmacéutico en España

La evolución mensual y acumulada del gasto farmacéutico en los últimos 3 años presenta decrecimiento, pasando del -2,37% en 2010 a -12,25% en 2012.

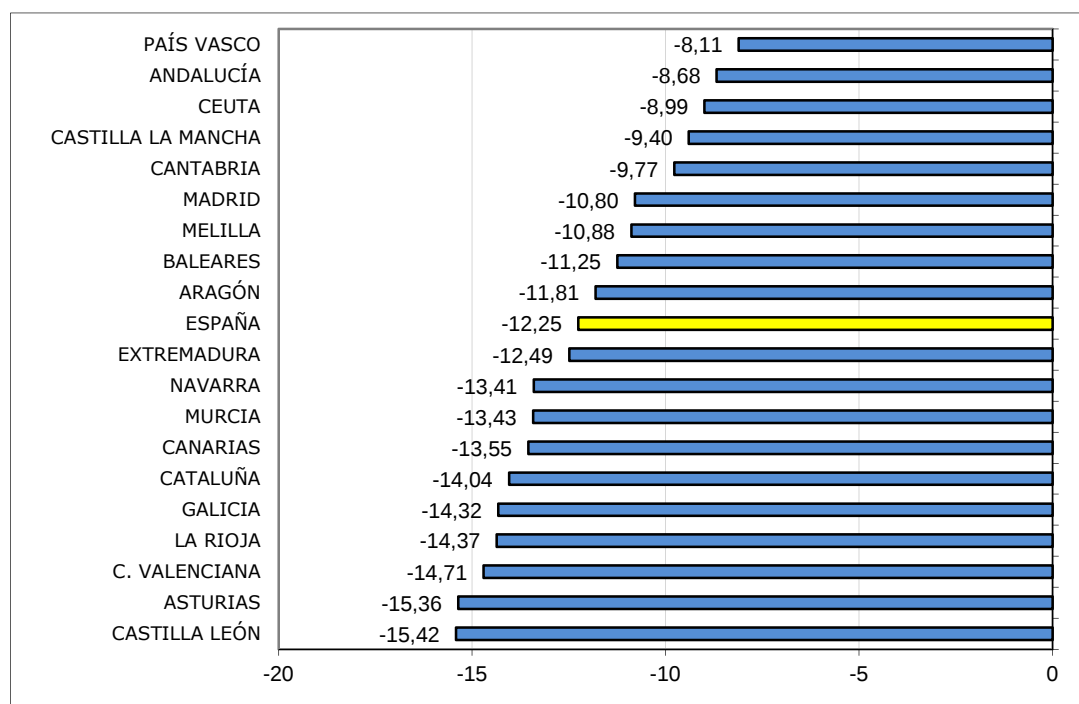
Gráfico 2.- Gasto farmacéutico a través recetas médicas SNS.



Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010

Fuente: Partes estadísticas de facturación de recetas médicas

En el análisis por comunidades autónomas de la evolución del gasto farmacéutico en 2012 respecto a 2011, Castilla y León (-15,42%) Asturias (-15,36%) C. Valenciana (-14,71%) y La Rioja (-14,37%), son las que presentan mayor reducción de la factura farmacéutica. País Vasco (-8,11%) Andalucía (-8,68%) Ceuta (-8,99%) y Castilla-La Mancha (-9,40%) son las que han registrado menores descensos.

Gráfico 3.- Porcentaje de incremento del gasto farmacéutico por CCAA.

Fuente: Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Año 2012.

Medicamentos genéricos

En el año 2012 el consumo de medicamentos genéricos ha supuesto el 39,74% del total de envases de medicamentos facturados. En enero de 2012 el consumo era del 38,37% y en diciembre este porcentaje se incrementó al 43,68%. En relación al importe facturado, un 18,41% corresponde a medicamentos genéricos. En el transcurso del año ha ido aumentando al haber ido creciendo el número de envases facturados.

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 se observa un impulso en el crecimiento del consumo de genéricos.

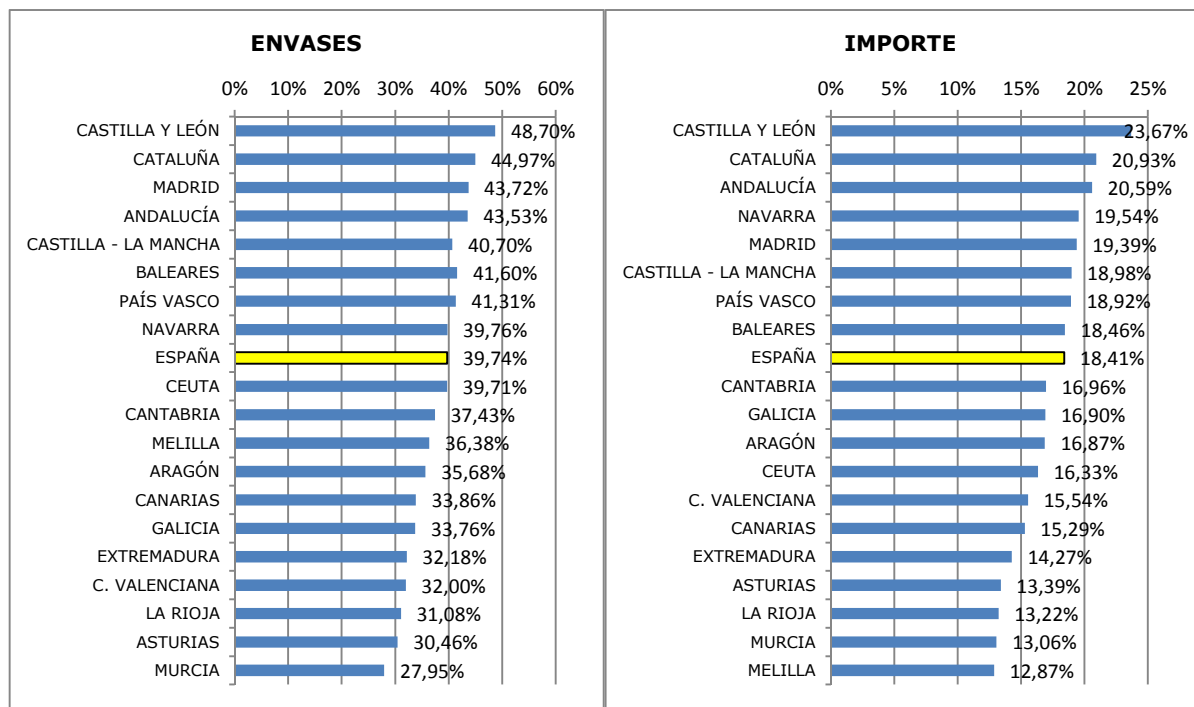
La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha sido creciente año a año. En 2012 se ha superado en más de 4 veces el porcentaje de consumo en envases de genéricos frente al total de medicamentos de 2003, de un 8,85% ha crecido a un 39,74% y en el importe facturado, se ha pasado de un 6,03% del año 2003 a un 18,41% en 2012.

Castilla y León (48,70%), Cataluña (44,97%), Madrid (43,72%) y Andalucía (43,53%) son las comunidades autónomas que han tenido mayor porcentaje de consumo de envases de genéricos respecto al total de medicamentos, y con los porcentajes más bajos se encuentran Murcia (27,95%), Asturias (30,46%) y La Rioja (31,08%).

Tabla 42.- Evolución del consumo de medicamentos genéricos.

	EFG/Total medicamentos	
	% Envases	% Importe
ENERO	38,37%	17,79%
FEBRERO	38,05%	17,61%
MARZO	37,55%	17,33%
ABRIL	37,48%	17,08%
MAYO	37,96%	17,53%
JUNIO	38,25%	17,81%
JULIO	39,36%	18,81%
AGOSTO	39,88%	19,15%
SEPTIEMBRE	42,58%	19,65%
OCTUBRE	43,04%	19,68%
NOVIEMBRE	43,33%	19,72%
DICIEMBRE	43,68%	19,91%
AÑO 2012	39,74%	18,41%

Fuente: Sistema de información Alcántara. Año 2012.

Gráfico 4.- Consumo de medicamentos genéricos sobre total de medicamentos por CCAA (% envases -% importe).


Fuente: Sistema de información Alcántara. Año 2012.

8.5 El gasto sanitario en España

Según el Sistema de Cuentas de Salud¹, el gasto total del sistema sanitario español, entendiendo éste como suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió en el año 2011 a 98.860 millones de euros (72.217 millones financiados por el sector público y 26.643 millones financiados por el sector privado)

Tabla 43.- Gasto sanitario total, público y privado: estructura porcentual, porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) y euros por habitante.

Millones de euros	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto sanitario total	89.422	97.250	100.872	100.770	98.860
Gasto sanitario público	64.253	71.028	75.378	74.773	72.217
Gasto sanitario privado	25.169	26.222	25.495	25.998	26.643
Estructura porcentual					
Gasto sanitario total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Gasto sanitario público	71,9	73,0	74,7	74,2	73,0
Gasto sanitario privado	28,1	27,0	25,3	25,8	27,0
Porcentaje sobre PIB					
Gasto sanitario total	8,5	8,9	9,6	9,6	9,3
Gasto sanitario público	6,1	6,5	7,2	7,1	6,8
Gasto sanitario privado	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
Euros por habitante					
Gasto sanitario total	1.978	2.107	2.158	2.143	2.095
Gasto sanitario público	1.421	1.539	1.612	1.590	1.530
Gasto sanitario privado	557	568	545	553	565

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

En el período 2007-2011, la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario aumentó 1,1 puntos porcentuales, ya que pasó de un 71,9% en 2007 a un 73% en 2011.

Durante este quinquenio, la tasa media anual de crecimiento del gasto sanitario total fue de un 2,5%. Mientras que el gasto sanitario público presentó una tasa del 3%, el gasto privado creció de forma más suave, con una media de un 1,4% anual.

Sin embargo, en el último año, los componentes del gasto sanitario se comportaron de manera opuesta. Así, el gasto sanitario público se redujo un 3,4% al tiempo que el gasto sanitario privado se incrementó un 2,5%.

En 2011, el gasto sanitario total representó un 9,3% del PIB, del cual un 6,8% fue financiado con recursos públicos y un 2,5%, con recursos privados.

En relación a la población, el gasto sanitario total aumentó de 1.978 euros por habitante en 2007 a 2.095 euros por habitante en 2011, lo que supone un incremento anual medio del 1,4% en el quinquenio.

¹ Elaborado por la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión

Según la función de atención de la salud, el gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, que en el año 2011 alcanzó 56.316 millones de euros, absorbe más de la mitad del gasto sanitario total.

Tabla 44.- Gasto sanitario total según funciones (en millones)

	2007	2008	2009	2010	2011
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	49.130	54.372	56.067	55.873	56.316
Servicios de atención de larga duración	8.357	8.975	9.931	10.830	10.328
Servicios auxiliares de atención de la salud	4.332	4.865	5.121	5.126	5.199
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	19.114	20.396	20.973	21.155	19.910
Servicios de prevención y de salud pública	2.175	2.244	2.691	2.272	2.125
Administración de la salud y los seguros médicos	3.008	3.047	3.204	3.018	3.008
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	3.305	3.351	2.885	2.496	1.974
Gasto sanitario total	89.422	97.250	100.872	100.770	98.860

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Así, en 2011, un 57% del gasto sanitario total se destinó a servicios de asistencia curativa y de rehabilitación.

Le siguen en importancia el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, con un 20,1%, el gasto en servicios de atención de larga duración, con un 10,4%, y el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud, que supuso un 5,3% del gasto sanitario total.

Sin embargo, el peso del gasto en las principales funciones de atención de la salud fue desigual durante el período 2007-2011. Mientras que los gastos en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en servicios de atención de larga duración y en servicios auxiliares de atención de la salud se incrementaron 2 puntos porcentuales, 1,1 puntos porcentuales y 0,4 puntos porcentuales, respectivamente, el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios bajó 1,2 puntos porcentuales.

El gasto en servicios de atención de larga duración es el que en el quinquenio 2007-2011 experimentó la mayor tasa anual media de crecimiento, cifrada en un 5,4%, seguido del gasto en servicios auxiliares, con un 4,7%, y en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, con un 3,5%.

En el último año disminuyó el gasto en todas las funciones de atención de la salud, excepto en servicios auxiliares y en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación.

Si no se tiene en cuenta la evolución del gasto en formación de capital, los principales descensos se produjeron en servicios de prevención y de salud pública (un 6,5%), en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (un 5,9%) y en servicios de atención de larga duración (un 4,6%).

En el gasto sanitario desagregado según el proveedor de atención sanitaria, se percibe que el gasto de los hospitales en 2011 ascendió a 41.704 millones de euros, lo que supone el mayor porcentaje del gasto sanitario total.

Tabla 45.- Gasto sanitario total según proveedor (en millones)

	2007	2008	2009	2010	2011
Hospitales	35.757	40.045	41.595	41.096	41.704
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5.277	5.590	6.335	7.125	6.324
Proveedores de atención ambulatoria	23.944	25.855	26.095	26.155	25.790
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	19.114	20.396	20.973	21.155	19.909
Suministro y administración de programas de salud pública	925	820	1.197	796	779
Administración general de la salud y los seguros médicos	3.463	3.579	3.659	3.337	3.264
Otras ramas de actividad	938	962	1.016	1.105	1.088
Resto del mundo	4	3	2	2	1
Gasto sanitario total	89.422	97.250	100.872	100.770	98.860

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

En 2011, el 42,2% del gasto sanitario total fue generado por los hospitales. Además, destaca el gasto de los proveedores de atención ambulatoria, con un 26,1%, el de los minoristas y otros proveedores de productos médicos, con un 20,1%, y el de los establecimientos de atención medicalizada y residencial, con un 6,4%.

No obstante, la contribución del gasto de los principales proveedores de atención de la salud al gasto sanitario total fue dispar en el período 2007-2011: el gasto de los hospitales se incrementó 2,2 puntos porcentuales, el gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial aumentó 0,5 puntos porcentuales, el gasto de los proveedores de atención ambulatoria se redujo 0,7 puntos porcentuales y el gasto de los minoristas y otros proveedores de productos médicos (principalmente, farmacias) disminuyó 1,2 puntos porcentuales.

En el quinquenio 2007-2011, el gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial es el que tuvo la mayor tasa anual media de crecimiento (4,6%), seguido del gasto de los hospitales (3,9%) y del gasto de las otras ramas de actividad² (un 3,8%).

En el último año, con la excepción de los hospitales, descendió el gasto de todos los proveedores de atención de la salud. Las principales bajadas se produjeron en los establecimientos de atención medicalizada y residencial (11,2%), en los minoristas y otros proveedores de productos médicos (5,9%) y en la administración general de la salud y los seguros médicos (2,2%).

² La categoría "Otras ramas de actividad" incluye a los hogares como proveedores de atención domiciliaria siempre que los servicios prestados correspondan a pagos de transferencias sociales concedidas con ese propósito.

8.6 El gasto sanitario público en España

Según la Estadística del Gasto sanitario público (EGSP)³, en el año 2011 en España, el gasto sanitario público supuso 67.626 millones de euros, lo que representa el 6,4% del producto interior bruto (PIB). El gasto per cápita ascendió a 1.433 euros por habitante.

Tabla 46.- Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante

	2007	2008	2009	2010	2011
Millones de euros	60.310	66.918	70.464	69.128	67.626
Porcentaje sobre el PIB	5,7%	6,2%	6,7%	6,6%	6,4%
Euros por habitantes	1.334	1.450	1.507	1.470	1.433

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público 2011: Principales resultados.

La media anual de crecimiento del gasto sanitario público en el quinquenio 2007-2011 fue de un 2,9%. En este mismo periodo, el PIB creció, en términos anuales, un 0,2%.

Tabla 47.- Gasto sanitario público y producto interior bruto. Tasa de variación interanual en porcentaje

	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010
Gasto sanitario público	11,0	5,3	-1,9	-2,2
Producto Interior Bruto	3,3	-3,7	0,1	1,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público 2011: Principales resultados.

Desde una óptica funcional, en el año 2011, los servicios primarios de salud suponen 10.217 millones de euros (15,1% del gasto sanitario público), seguido de los gastos en farmacia 12.237 millones de euros (18,1% del gasto sanitario público). Los servicios hospitalarios y especializados, son la función con mayor importe y peso porcentual con 39.493 millones de euros y el 58,4% respectivamente

El comportamiento en el período 2007-2011 de las tres principales funciones asistenciales (que representan el 91,6 por ciento del gasto total) ha sido dispar. Los servicios hospitalarios y especializados se mostraron como los más dinámicos, experimentando un incremento de 4,3 puntos porcentuales. La farmacia, con un comportamiento opuesto, cedió 1,6 puntos durante el quinquenio. Por su parte, los servicios primarios de salud disminuyeron 0,5 puntos porcentuales su participación en el total del gasto.

³ La Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) es una operación estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional (PEN) responsabilidad de la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión que se elabora en colaboración con las comunidades autónomas y otros organismos implicados en la gestión de gasto sanitario públicos. La EGSP sirve de base para implementar el Sistema de Cuentas en Salud, estadística elaborada de acuerdo con el manual A System of Health Accounts (SHA) de la OCDE.

Cabe destacar que en 2011, respecto a 2009, año en que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el gasto sanitario público, el gasto farmacéutico disminuyó un 8,8%.

Tabla 48.- Gasto sanitario público consolidado según la clasificación funcional. Millones de euros y estructura porcentual

	2007	2008	2009	2010	2011	
					Millones de euros	% sobre total
Servicios hospitalarios y especializados	32.612	37.018	39.132	38.743	39.493	58,4%
Servicios primarios de salud	9.429	10.456	10.831	10.651	10.217	15,1%
Servicios de salud pública	839	784	1.158	761	750	1,1%
Servicios colectivos de salud	1.828	1.907	2.074	2.058	2.086	3,3%
Farmacia	11.884	12.690	13.415	13.381	12.237	18,1%
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.081	1.230	1.298	1.351	1.332	2,0%
Gasto de capital	2.638	2.833	2.557	2.183	1.512	2,2%
Total	60.310	66.918	70.464	69.128	67.626	100,0%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público 2011: Principales resultados.

Tabla 49.- Gasto sanitario público según la clasificación funcional. Tasa de variación interanual (%)

	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010
Servicios hospitalarios y especializados	13,5	5,7	-1,0	1,9
Servicios primarios de salud	10,9	3,6	-1,7	-4,1
Servicios de salud pública	-6,5	47,6	-34,3	-1,4
Servicios colectivos de salud	4,4	8,7	-0,7	1,4
Farmacia	6,8	5,7	-0,3	-8,5
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	13,8	5,5	4,1	-1,5
Gasto de capital	7,4	-9,7	-14,6	-30,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público 2011: Principales resultados.

Además, es importante señalar que el cambio brusco que se observa en la serie del gasto en servicios de salud pública obedece a la compra centralizada en el otoño de 2009 por el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social de la vacuna contra la gripe A (H1N1), por un importe de 333 millones de euros.

Tabla 50.- Gasto sanitario público según la clasificación económica. Millones de euros y estructura porcentual

	2007	2008	2009	2010	2011	
					Millones de euros	% sobre total
Remuneración de personal	26.160	29.186	31.341	30.944	30.364	44,9%
Consumo intermedio	11.851	13.775	14.704	14.061	14.953	22,1%
Consumo de capital fijo	197	224	274	284	306	0,5%
Conciertos	6.814	7.424	7.403	7.417	7.456	11,0%
Transferencias corrientes	12.650	13.475	14.185	14.240	13.035	19,3%
Gasto de capital	2.638	2.833	2.557	2.183	1.512	2,2%
Total	60.310	66.918	70.464	69.128	67.626	100,0%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público 2011: Principales resultados.

Desde la óptica de la clasificación económica, la retribución de personal alcanzó en el año 2011 un total de 30.364 millones de euros, gasto que absorbe el mayor porcentaje del total (44,9%).

Le siguen en importancia los gastos en consumo intermedio, con un 22,1%, los gastos en transferencias corrientes, que suponen un 19,3%, y los gastos en compras al sector privado a través de conciertos, que representan un 11% del gasto sanitario público.

Si no se tiene en cuenta el comportamiento de los gastos de capital —ni los de consumo ni los de inversión— debido, en el caso de los de consumo, a las dificultades que entraña su estimación, y, en los de inversión, a su estacionalidad y variabilidad, los gastos en consumo intermedio son los que en el quinquenio 2007-2011 experimentaron la mayor tasa anual media de crecimiento, cifrada en un 6%, seguidos de los gastos en remuneraciones de los asalariados, con un 3,8%, y en conciertos, con un 2,3%.

Tabla 51.- Gasto sanitario público según la clasificación económica. Tasa de variación interanual en porcentaje

	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010
Remuneración de personal	11,6	7,4	-1,3	-1,9
Consumo intermedio	16,2	6,7	-4,4	6,3
Consumo de capital fijo	13,7	22,1	3,6	7,8
Conciertos	9,0	-0,3	0,2	0,5
Transferencias corrientes	6,5	5,3	0,4	-8,5
Gasto de capital	7,4	-9,7	-14,6	-30,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público 2011: Principales resultados.

En el último año, se observa un descenso del 8,5% en las transferencias corrientes, concepto que recoge principalmente el gasto en recetas médicas, así como los reintegros para prótesis y aparatos terapéuticos.

Asimismo, con respecto a 2009, año en que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el gasto sanitario público, el gasto en remuneración de personal disminuyó un 3,2%, lo que traduce las medidas de contención salarial adoptadas a partir de 2010.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes Internacionales

Anell A, Glenngard AH, Merkur S. Sweden: Health System Review. Health Systems in Transition 2012, 14(5):1-159.

[http:// www.who.int/_data/asstes/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf](http://www.who.int/_data/asstes/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf)

Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13 (4):1-156.

[http:// www.who.int/_data/asstes/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.who.int/_data/asstes/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf)

Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the Observatory on Health Systems an Policies, 2004.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/00018/80703/E85472.pdf

The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008. The Commonwealth Found; 2008. Disponible en:

<http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2008/Jul/Why-Not-the-Best--Results-from-the-National-Scorecard-on-U-S--Health-System-Performance--2008.aspx>

Economu C.Greece: Health System review. Health Systems in Transition, 2010; 12(7):1-180. -

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf

European Opinion Research Group EEIG. Patient safety and quality of Healthcare. Full Report. Special Eurobarometer Nº.327 / 72.2 Bruselas: TNS Opinion & Social, Comisión Europea; 2009. Disponible en:

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf

EUROSTAT [base de datos en Internet]. Luxemburgo: European Commission; Actualizada en febrero de 2012 - [acceso febrero de 2012]. Disponible en:

<http://epp.EUROSTAT.ec.europa.eu/portal/page/portal/EUROSTAT/home/>

Figueras, J; McKee, M; Cain, J; et.al. ed. Health Systems in transition: learning from experience. European Observatory on health Systems and Policies; 2004. Disponible en:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98395/E83108.pdf

Hofmarcher MM, Rack H-M. Austria: Health System review. Health Systems in Transition, 2006; 8(3):1-247.

[http:// www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/96435/E89021.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/96435/E89021.pdf)

Huffington Post: [http://www.huffingtonpost.es/2012/12/30/Alemania-se-despide-del - copago_n_238337...](http://www.huffingtonpost.es/2012/12/30/Alemania-se-despide-del-copago_n_238337...)

International Diabetes Federation [homepage en Internet]. IDF Diabetes Atlas. Bruselas: International Diabetes Federation; 2011. [citado en marzo de 2012]. Disponible en:

<http://www.idf.org/diabetesatlas>

McDaid D, Willey M, Mareso A and Mossialos E. Ireland: Health systems review. Health Systems in Transition, 2009; 11(4):1-268.

http://www.euro.who.int/_date/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf

MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA) de la Comisión Europea

OECD: Measuring health coverage Delsa/HEA(2013)6

OECD (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. doi: [10.1787/health_glance-2011-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

OECD (2009). Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing. doi: [10.1787/health_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

OECD Survey on Health System Institutional Characteristics 2008-2009.

OECD (2007). Health at a Glance 2007: OECD Indicators, OECD Publishing. doi: [10.1787/health_glance-2007-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2007-en)

OECD Health Data [base de datos en Internet]. París: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. Actualizada june 2011 -[Acceso febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/healthdata>

OECD Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico [homepage en Internet]. París: Health Care Quality Indicators project. [Actualizado en febrero de 2012; citado en marzo de 2012]. OECD. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/hcqi>

Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark :Heath system review. Health System in Transition, 2012,14(2):1-192

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

París, V; Devaux, M; Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en>

Lo Scalzo A, Donatini A, Orzellal, Cicchetti A, Profilli S, Maresso A. Italy: Health system review. Health Systems in Transition, 2009;11(6)1-16- http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and Ginneken E. The Netherlands: Health System Review. Health Systems in Transition, 2010, 12(1):1-229 http://www.euro.int/_data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf

WHO European Health for All Database (HFA-DB) [base de datos en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, oficina regional para Europa. Actualizada enero 2012 - [Acceso febrero de 2012]. Disponible en:

<http://data.euro.who.int/hfadb>

www.thelancet.com (publish inline March 27,2013.

[http://dx.doi.org/10.16/50140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.16/50140-6736(13)60102-6)

Fuentes Nacionales

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Barómetro Sanitario, 2010 [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, [acceso febrero de 2012].

http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2010_Informe_Resultados.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud de España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; [acceso febrero de 2012].

<http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm>

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2009 - ESCRI [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; [acceso febrero de 2012].

http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI_2009.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Indicadores Clave del SNS. Actualización Febrero 2012.

http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte. España y comunidades autónomas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; [acceso febrero 2012].

<http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud – CMBD – [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; [acceso febrero 2012].

<http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Sistema de información de Atención Primaria – SIAP - [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; [acceso febrero de 2012]. Recursos y población protegida 2004-2010.

<http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Observatorio del SNS. Informe del SNS 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. In press 2012.

<http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/11/21/actualidad/1385062183_415382.html

<http://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/articulo-espana-cada-vez-se-parece-mas-a-alemania.html>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público 2011: Principales resultados; [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [acceso febrero 2014].

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Sistemas sanitarios en Europa: Servicio Nacional de Salud - Modelo "Beveridge".....	10
Tabla 2.- Sistemas sanitarios en Europa: Sistema de Seguros Sociales - Modelo "Bismark"	11
Tabla 3.- Resumen de las principales características de los sistemas sanitarios de la UE-15.....	12
Tabla 4.- Copago de los Pacientes en la UE-15.....	13
Tabla 5.- Porcentaje de población expuesta a gastos sanitarios catastróficos en 2010 o último disponible	19
Tabla 6.- Modelo predominante de remuneración de los médicos en la UE-15	20
Tabla 7.- Población en millones de habitantes.....	22
Tabla 8.- Estructura porcentual de la población según grupos etarios de 0 a 14 y de 65 y más años.....	23
Tabla 9.- Tasa de fertilidad (número de hijos por mujer).....	24
Tabla 10.- Esperanza de vida al nacer (años)	26
Tabla 11.- Esperanza de vida en hombres y mujeres a los 65 años	28
Tabla 12.- Tasa de mortalidad total por 100.000 habitantes	29
Tabla 13.- Tasa de mortalidad por cáncer por 100.000 habitantes.....	30
Tabla 14.- Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio por 100.000 hab.	31
Tabla 15.- Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	33
Tabla 16.- Estado de salud percibido por la población (%)	34
Tabla 17.- Prevalencia porcentual de diabetes en adultos de 20 a 79 años	35
Tabla 18.- Porcentaje de fumadores diarios en personas mayores de 15 años.	36
Tabla 19.- Consumo de alcohol en personas mayores de 15 años (litros per cápita)	38
Tabla 20.- Porcentaje de población mayor de 15 años con obesidad (IMC) > 30	39
Tabla 21.-% de población que práctica actividad física (intensa y moderada) de forma habitual	40
Tabla 22.- Número de médicos por 1.000 habitantes.....	42
Tabla 23.- Número de enfermeros por 1.000 habitantes	43
Tabla 24.- Número de consultas médicas per cápita	45
Tabla 25.- Camas por 1.000 habitantes	47
Tabla 26.- Número de altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes	48
Tabla 27.- Número de intervenciones de cataratas totales y ambulatorias.....	50
Tabla 28.- Número de amigdalectomías totales y ambulatorias.....	51
Tabla 29.- Número de cirugías de hernia inguinal totales y ambulatorias.....	52
Tabla 30.-% de utilización de los servicios en población general y de 65 a 74 años	53
Tabla 31.-% de utilización de los servicios en población general y de 75 a 84 años	54
Tabla 32.-% de utilización de los servicios en población general y de 85 y más años	55
Tabla 33.- Cobertura (%) de vacunación sistemática en población de 0 a 2 años	57
Tabla 34.- Cobertura (%) de vacunación antigripal en población mayor de 65 y más años.	58
Tabla 35.- Mortalidad intrahospitalaria en los adultos de 45 y más años durante los primeros 30 días de hospitalización por IAM (%)	60
Tabla 36.- Ingresos hospitalarios evitables por 100.000 habitantes por agudización de enfermedades crónicas	61

Tabla 37.- Calidad percibida (%) de la atención sanitaria del país de origen en relación a otros países miembros de la UE-27.	62
Tabla 38.- Gasto en salud como porcentaje del PIB	64
Tabla 39 Gasto sanitario total por habitante en poder paritario de compra dólares USA	66
Tabla 40.- Gasto farmacéutico como porcentaje del PIB.....	67
Tabla 41.- Gasto farmacéutico por habitante en poder paritario de compra dólares USA	68
Tabla 42.- Evolución del consumo de medicamentos genéricos.	71
Tabla 43.- Gasto sanitario total, público y privado: estructura porcentual, porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) y euros por habitante.	72
Tabla 44.- Gasto sanitario total según funciones (en millones).....	73
Tabla 45.- Gasto sanitario total según proveedor (en millones).....	74
Tabla 46.- Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante	75
Tabla 47.- Gasto sanitario público y producto interior bruto. Tasa de variación interanual en porcentaje	75
Tabla 48.- Gasto sanitario público consolidado según la clasificación funcional. Millones de euros y estructura porcentual	76
Tabla 49.- Gasto sanitario público según la clasificación funcional. Tasa de variación interanual.	76
Tabla 50.- Gasto sanitario público según la clasificación económica. Millones de euros y estructura porcentual.....	77
Tabla 51.- Gasto sanitario público según la clasificación económica. Tasa de variación interanual en porcentaje	77

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Calidad percibida de la atención sanitaria del país de origen en relación con la de otros países miembros de UE-27. Año 2009.	63
Gráfico 2.- Gasto farmacéutico a través recetas médicas SNS.....	69
Gráfico 3.- Porcentaje de incremento del gasto farmacéutico por CCAA.....	70
Gráfico 4.- Consumo de medicamentos genéricos sobre total de medicamentos por CCAA (% envases -% importe).....	71

ANEXO

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LA UNIÓN EUROPEA (UE)

Alemania.....	85
Francia.....	87
Italia.....	90
Países Bajos.....	92
Reino Unido.....	94
Suecia.....	96

ALEMANIA

Población: 82 M (EUROSTAT, 2013).

Tasa de mortalidad infantil estimada: 3,4/1000 nacidos vivos (OECD Health Data, 2013).

Gasto total en salud como% del PIB: 11,3 (OECD Health Data, 2013).

Esperanza de vida al nacer (años): 80,8 (78,1 H / 83,1 M) (OECD Health Data, 2013).

1. Estructura y organización

Sistema Obligatorio de Salud con multitud de cajas tanto públicas como privadas y una mezcla de oferta de servicios también pública y privada.

Las competencias se distribuyen entre el nivel central (Asamblea Federal, Ministerio de Salud y Seguridad Social) y los 16 Länder con responsabilidad en la planificación de algunos servicios y la inversión en hospitales y centros de cuidados de larga duración. Finalmente, también juegan un papel las organizaciones responsables de los diversos seguros y de profesionales.

2. Modelo de financiación básico

Gasto total per cápita público y privado: 4.495\$PPP (OECD Health Data, 2013).

- Fuentes: cerca del 88% de la población está cubierta por un seguro obligatorio y el resto por privado (autónomos y personas con altos salarios que pagan un seguro voluntariamente) o por seguros de tipo beneficencia. Desde 1995, tener un seguro de cuidados de larga duración es obligatorio para toda la población (tanto a través de seguros públicos como privados).
- Pago de bolsillo: desde Enero de 2013 no hay copago en la consulta de Atención Primaria ni de Atención Especializada. Hay copago de 10€/paciente/día de ingreso hospitalario, 10% del precio del medicamento (con mínimo de 5€ y máximo de 10€).

Proveedores:

- Atención primaria se provee fundamentalmente por médicos de familia (94%) que reciben un pago por servicio.
- Los especialistas ambulatorios trabajan en forma privada y reciben un pago por servicio.
- La atención hospitalaria es provista por una mezcla de público (54%) y privado sin fines de lucro (38%). Los proveedores privados con ánimo de lucro representan un 8% de las camas, con tendencia creciente. Los médicos especialistas hospitalarios cobran un salario.

3. Cobertura de financiación y Cartera de servicios

Las prestaciones sanitarias en Alemania están definidas en el denominado Social Code Book V (Estatutos de los seguros médicos).

En su capítulo 3 se recogen de manera genérica las prestaciones sanitarias, que son independientes de la duración o coste del seguro:

- Prevención de la enfermedad, promoción de la salud en el lugar de trabajo.
- Tratamiento de la enfermedad (atención médica ambulatoria, atención dental, farmacia, atención de profesionales de la salud complementarios, prótesis y dispositivos médicos, ingreso hospitalario, atención domiciliaria de enfermería, atención rehabilitadora seleccionada, socioterapia).
- Atención de urgencia, emergencia y transporte sanitario en ciertos casos.
- Otras prestaciones como información sanitaria.

4. Acceso al Sistemas Sanitario

- Atención Primaria: libre elección de médico, al igual que psicoterapeuta, dentista y servicio de urgencias.
- Filtro para acceso a especialistas: desde 2004 los sistemas de seguro están obligados a que la visita a un especialista sea derivada por algún profesional de primer nivel.
- Especialistas: acceso libre, pero solo reembolsable si es referido por un médico de primer nivel.
- Lista de espera: no hay lista de espera significativa.

5. Recursos humanos por 1.000 habitantes

- Médicos en activo: 3,8 (OECD Health Data, 2013).
- Enfermeros en activo: 11,4 (OECD Health Data, 2013).

6. Medicamentos:

10% del precio del medicamento con mínimo de 5€ y máximo de 10€. Están exentos los menores, embarazadas y víctimas de guerra. Límite del copago 2% de los ingresos brutos anuales y 1% en el caso de enfermedades crónicas.

FRANCIA

Población: 63,4M (EUROSTAT 2013).

Tasa de mortalidad infantil estimada: 3,5/1000 nacidos vivos (OECD Health Data, 2013).

Gasto total en salud como% del PIB: 11,6 (OECD Health Data, 2013).

Esperanza de vida al nacer (años): 82,2 (78,2 H /85,2 M) (OECD Health Data, 2013).

1. Estructura y organización

Sistema Nacional de Seguridad Social complementado con elementos de financiación mediante impuestos y contribuciones complementarias voluntarias para cubrir servicios que no se consideran parte de la cartera básica.

Las competencias se dividen entre el Estado: Parlamento y Gobierno (que define los presupuestos y el techo de gasto en salud), el Sistema Nacional de Seguridad Social (que compra los servicios) y a un nivel más pequeño las regiones y municipios.

2. Modelo de financiación básico

Gasto total per cápita público y privado: 4.118 \$PPP (OECD Health Data, 2013).

Dentro del sistema existen tres regímenes básicamente: General, Agrícola y Autónomos no agrícolas. Existe también un mutualismo local y otra serie de regímenes obligatorios misceláneos de pequeña entidad.

En 1999 se creó por ley el Fondo de Financiación de la CMU (Fondo de compensación para la protección adicional de la cobertura universal de riesgos para la salud), para determinados colectivos, a través del cual se transfiere a los fondos de seguro de salud una cuantía fija por beneficiario que se ajusta cada año.

- Fuentes: La financiación de la Seguridad Social francesa procede en casi un 60% de las cotizaciones sociales sobre los salarios de los empleados y los ingresos de los trabajadores por cuenta propia. Otras fuentes de financiación son la Contribución Social Generalizada (CSG) que se aplica a todos los ingresos; los impuestos y tasas (sobre el capital, productos de inversión, tabaco, alcohol, juego...) y las transferencias de organismos como el Fondo de Solidaridad de Vejez o el Fondo Nacional de Solidaridad para la Autonomía y otros productos. La industria farmacéutica también contribuye mediante un impuesto del 1% sobre sus beneficios y tasas por publicidad.
- Pago de bolsillo: Los pacientes pagan directamente por servicios y recetas, y después recuperan parte del sistema de seguro (excepto para pacientes con enfermedades crónicas o bajos recursos). Además pagan 1€ por visita médica, prueba de laboratorio o de radiología con un tope anual. En hospitales hay una tasa fija de 18€ al día en concepto de catering y en la farmacia se paga una tasa de 0,5€ por receta con un tope anual.
- Pago a los proveedores: La Atención Primaria y los especialistas extrahospitalarios son médicos privados. Tradicionalmente el sistema de pago a los médicos ha sido el de pago por servicio.

Los Hospitales pueden ser públicos, privados sin ánimo de lucro y privados con ánimo de lucro. Los públicos constituyen alrededor de $\frac{1}{4}$ del total y $\frac{2}{3}$ de las camas. Tienen plena autonomía de la gestión de su presupuesto. Los médicos especialistas hospitalarios cobran por salario. Desde mediados de los años 2000 se ha iniciado un movimiento para implementar el pago por GDRs en los hospitales y el pago por desempeño a los médicos, complementario del pago por servicios.

3. Cobertura de financiación y Cartera de servicios

Los pacientes pagan directamente por los servicios (excepto para pacientes con enfermedades crónicas y bajos recursos y otros grupos) y después recuperan parte del sistema de seguro. En media estas son las proporciones de reembolso según servicios:

- Ingresos hospitalarios 80%.
- Visitas al médico 70%.
- Salud dental 70%.
- Servicios auxiliares 60%.
- Laboratorio 60%.

Desde 2005 los pacientes pagan además 1€ (que se resta del reembolso) por cada una de las siguientes actividades: visita al médico, cada prueba de laboratorio y cada radiografía hasta un máximo de 4€/día y 50€/año y tipo de actividad. En 2008 se extendió a medicamentos, cuidados auxiliares y transporte sanitario: 0,5€/ caja o cuidados auxiliares y 2€ por transporte hasta un máximo de 50€ en cada uno de estos conceptos.

La cobertura de las prestaciones no siempre es del 100%. En general los ingresos hospitalarios lo están al 80%, las consultas médicas al 70%, la atención dental al 70%, la analítica al 60 y la farmacia del 15 al 65%.

La cobertura es completa en tres casos: en los 30 procesos de larga duración recogidos en la lista "*affection de longue durée*" (ALD); algunos tratamientos hospitalarios y en ciertas tipos de circunstancias (accidente de trabajo, embarazo de más de 5 meses, niños discapacitados y pensionistas). También existe un sistema de exenciones (no totales) por razones económicas.

Las prestaciones sanitarias en Francia están definidas en listas positivas, gestionadas por el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Comprenden tanto, los actos profesionales como diagnósticos biopatológicos, especialidades farmacéuticas reembolsables y dispositivos y materiales.

Para los pacientes hospitalizados existe una lista específica de fármacos.

El Seguro Obligatorio excluye de sus prestaciones la cirugía cosmética, la mayor parte de los tratamientos termales, y otras prestaciones sin base en evidencias. También existen ciertas limitaciones en la utilización de procedimientos, como por ejemplo la densitometría de cribado o la mamografía de cribado fuera de los periodos estipulados.

Igualmente se limita la cantidad de ciertos servicios especialmente costosos, como la fecundación in vitro, stent coronarios, y ciertas prestaciones están sujetas a autorización previa (por ejemplo ciertos tratamientos fisioterápicos).

4. Acceso al sistema sanitario

- Atención Primaria: libre elección de médico.
- Filtro para acceso a especialistas: acceso directo.
- Hospitales: libre elección.
- Lista de espera: no son un problema relevante.

5. Recursos humanos por 1.000 habitantes

- Médicos en activo: 3,3 (OECD Health Data, 2013).
- Enfermeros en activo: 8,7 (OECD Health Data, 2013).

6. Medicamentos

Existe un copago para medicamentos de 0,5€ por receta hasta un máximo de 50€/año. La tasa de reembolso varía entre un 65 (la mayoría) y un 15% en función de la gravedad de la enfermedad y del beneficio terapéutico del tratamiento. Existen diversas listas de medicamentos no cubiertos por el sistema, así como una lista de medicamentos que se cubren al 100%.

ITALIA

Población: 60,9M (EUROSTAT, 2013).

Tasa de mortalidad infantil estimada: 3,4/1000 nacidos vivos (OECD Health Data, 2013).

Gasto total en salud como% del PIB: 9,2 (OECD Health Data, 2013).

Esperanza de vida al nacer (años): 82,7 (79,8 H /85 M) (OECD Health Data, 2013).

1. Estructura y Organización

Sistema Nacional de Salud desde 1978. Cobertura universal y financiación a través de impuestos. Las regiones tienen la responsabilidad de la organización, existiendo Agencias Sanitarias Locales (ASL). Aunque teóricamente la cobertura es universal, existen marcadas diferencias socioeconómicas entre el norte y el sur que a su vez se traducen en diferencias demográficas en diversos indicadores de salud relacionados con la calidad y el acceso a los servicios.

2. Modelo de financiación básico

Gasto total per cápita público y privado: 3.012\$PPP (OECD Health Data, 2013).

Fuentes: la principal fuente de financiación del Sistema Nacional de Salud son los impuestos generales, complementado con impuestos a los empresarios en las regiones y con el IVA. La financiación pública supone el 75% del gasto.

Seguros privados: juegan un papel pequeño. Solo el 15% de la población tiene este tipo de seguros y fundamentalmente cubre costes no cubiertos por el seguro público o complementan algunos servicios para llegar a cubrir el 100% del coste.

Pago de bolsillo: algunos costes son pagados directamente por los pacientes: algunos procedimientos diagnósticos, medicamentos, visitas al especialista o el uso innecesario de las emergencias. Algunos grupos están exentos: mayores de 65 años, personas con ingresos familiares menores de 36.152€, personas con enfermedades crónicas o raras, discapacitados y otro grupos de similares características.

Proveedores:

- Atención Primaria: proporcionada por médicos de familia y pediatras que pueden elegir entre trabajar a tiempo parcial o completo para el SNS. Pueden al mismo tiempo atender a privados siempre que el tiempo dedicado a estos no interfiera con su contrato con el SNS. Sistema de remuneración caputivo.
- Especialistas extrahospitalarios: a través de las ASL o sistemas públicos y privados contratados por las ASL. Los servicios varían según las regiones. Los médicos especialistas tanto ambulatorios como en hospitales cobran un salario.
- Hospitales: mezcla de hospitales públicos y privados concertados.

3. Cobertura de financiación y Cartera de servicios

El sistema sanitario es universal incluso para personas en situación irregular que pueden recibir servicios básicos.

El Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dispone de un catálogo básico de prestaciones denominado "livelli essenziali di assistenza" (LEAs), que contiene listados positivos y negativos. Las regiones pueden ofertar prestaciones no incluidas en los LEAs, pero asumiendo la financiación. Se expresan con diferente grado de detalle, desde categorías generales a procedimientos detallados.

Las listas negativas excluyen prestaciones en base a varios criterios y son de tres tipos:

- Los servicios o prestaciones ineficaces o aquellos considerados especiales, como la cirugía cosmética, la circuncisión ritual, la medicina alternativas, las vacunaciones por viajes o algunos tipos de fisioterapia.
- Un grupo de prestaciones diagnósticas y terapéuticas (ej. densitometría, ortodoncia, ciertas cirugías con láser), que se aprueban de forma individualizada.
- Listado de hospitalizaciones potencialmente inapropiadas, que son derivadas a otros niveles, como la cirugía de cataratas o del síndrome de túnel carpiano.

También existe una lista de fármacos incluidos y excluidos.

La atención dental está incluida en el catálogo básico y prestaciones en poblaciones específicas: niños hasta 16 años, enfermos vulnerables como discapacidad, infección VIH o enfermedades raras, y la atención dental de urgencia.

4. Acceso al sistema sanitario

- Atención Primaria: libre elección de médico.
- Filtro para acceso a especialistas: La Atención Primaria ejerce una labor de agencia para el acceso al resto del sistema.
- Lista de espera: sí.

5. Recursos humanos por 1.000 habitantes

- Médicos en activo: 4,1 (OECD Health Data, 2013).
- Enfermeros en activo: 6,3 (OECD Health Data, 2013).

6. Medicamentos

Existen tres categorías de reembolso a través de la Agencia Italiana de Medicamentos:

- • *group A*: medicamentos para enfermedades graves y crónicas. Reembolso 100%.
- • *group C*: medicamentos que no se reembolsan.
- • *group H*: medicamentos de uso solo hospitalario.

La lista se estableció en base a los criterios de eficacia clínica, balance riesgo-beneficio, aceptabilidad del tratamiento por los pacientes y coste del tratamiento.

PAÍSES BAJOS

Población: 16,7M (EUROSTAT 2013).

Tasa de mortalidad infantil estimada: 3,8/1000 nacidos vivos (OECD Health Data, 2013).

Gasto total en salud como% del PIB: 11,9 (OECD Health Data, 2013).

Esperanza de vida al nacer (años): 81,3 (79,1 H /83,1 M) (OECD Health Data, 2013).

1. Estructura y organización

Sistema complejo, basado en seguros de salud con tres componentes:

- Sistema de seguro nacional para “gastos médicos excepcionales”, por ejemplo CLD, tratamientos médicos de alto coste. Cubre a todos los habitantes de Holanda, con pocas excepciones.
- Seguro obligatorio de enfermedad, para personas con ingresos inferiores a 30.700€. Cubre a un 85% de la población e incluye los servicios básicos. Aquellos por encima de esa cifra, necesitan un seguro privado. Los empleados públicos tienen un seguro especial.
- Suplemento voluntario: para cubrir cuidados considerados poco necesarios.

2. Modelo de financiación básico

Gasto total per cápita: 5.099\$PPP (OECD Health Data, 2013).

En los Países Bajos, no es posible distinguir claramente la participación pública y privada en relación con los inversores.

- Fuente: el sistema se financia mediante una mezcla de impuestos sobre la renta y primas pagadas por el asegurado (50%). Las contribuciones se fijan y recaudan a nivel centralizado. La prima media anual se sitúa alrededor de los 1.100€. El gobierno paga las primas de los menores de 18 años y da una “pensión” a adultos con primas que exceden de un 5% sus ingresos anuales. Los ciudadanos pueden elegir aseguradora libremente y cambiar una vez al año. Las aseguradoras deben contratar los servicios a médicos y hospitales (que son básicamente organizaciones privadas sin ánimo de lucro).
- Pago de bolsillo: existe un prepago (deducible) obligatorio anual de 155€ (2009) para todos los individuos mayores de 18 años para los servicios básicos, que puede ser evitado si se acude al médico de elección, se utilizan medicamentos de elección o se está incluido en programas preventivos.

Están exentos de copago las visitas a Atención Primaria y los cuidados durante el embarazo. La mayoría de los ciudadanos tienen seguros privados para cubrir gastos no cubiertos por los seguros básicos.

- Pago a Proveedores:
 - Atención Primaria: pago por capitación y pago por servicio que puede ser complementada con cuotas por otros servicios.
 - Hospitales: La mayoría de los especialistas trabajan en hospitales tanto contratados como auto-empleados. Los hospitales tienen presupuestos basados en una cantidad fija por cama complementada por volumen de pacientes y número de profesionales. Se está trabajando en presupuestos basados en GDRs.

3. Cobertura de financiación y Cartera de servicios

- Cobertura universal y cartera de servicios definida por ley. Las empresas aseguradoras están obligadas a cumplirla. Las compañías aseguradoras deben aceptar a todas las personas en su área de influencia.
- Atención médica, incluida la atención prestada por los médicos generalistas, hospitales, médicos especialistas y matronas:
 - Ingreso hospitalario.
 - Cuidado dental hasta 22 años.
 - Atención farmacéutica.
 - Cuidados maternos.
 - Transporte sanitario en ambulancia o taxi.
 - Fisioterapia para personas con algún problema crónico (se excluyen las primeras 10 sesiones por año).
 - Atención de salud mental: la atención mental ambulatoria (psicólogo de atención primaria: ocho sesiones) y la atención mental para pacientes hospitalizados durante el primer año (después de un año, la atención hospitalaria mental es considerado cuidado a largo plazo y financiada por el Ley de gastos médicos excepcionales).

4. Acceso al sistema sanitario

- Atención Primaria: libre elección de médico.
- Filtro para acceso a especialistas: la Atención Primaria ejerce un papel de agencia para el acceso al resto del sistema.
- Lista de espera: sí.

5. Recursos humanos por 1.000 habitantes

- Médicos en activo: 3 (OECD Health Data, 2013).
- Enfermeros en activo: 11,8 (OECD Health Data, 2013).

6. Medicamentos

Existe una lista de medicamentos que son reembolsables completamente y otra de medicamentos que no se reembolsan. El reembolso se basa en un sistema de precios de referencia.

REINO UNIDO

Población: 62,2M (EUROSTAT, 2013).

Tasa de mortalidad infantil estimada: 4,3/1000 nacidos vivos (OECD Health Data, 2013).

Gasto total en salud como% del PIB: 9,4 (OECD Health Data, 2013).

Esperanza de vida al nacer (años): 81,1 (78,8 H/82,7 M) (OECD Health Data, 2013).

1. Estructura y organización

Sistema Nacional de Salud financiado principalmente a través de impuestos, con un limitado papel de otros seguros. Básicamente gratuito en el lugar de asistencia. Funciona como 4 SNS independientes de los países que integran el Reino Unido.

2. Modelo de financiación básico

Gasto total per cápita público y privado: 3.405\$PPP (OECD Health Data, 2013).

- Financiación: cada departamento de Salud de los 4 países gestiona su propio presupuesto. En Inglaterra por ejemplo, se destina un 85% a Atención Primaria en base a una fórmula ponderada que incluye capitación y resultados de diversos indicadores cumplidos por las Organizaciones de AP (152 Primary Care Trusts).
- Seguros privados: cubren el 12% de la población (proporcionan acceso a determinados tratamientos opcionales, terapias alternativas, salud dental, y similares).
- Pago del propio bolsillo: Copago para medicamentos extrahospitalarios, con excepciones (niños, personas con bajos ingresos, embarazadas, mayores de 60, y personas con enfermedades crónicas).
- Proveedores: los TRUSTs compran sus servicios a hospitales públicos y médicos privados auto-empleados. A los médicos de AP se les paga mediante una combinación de salario, capitación y desempeño de servicios. Los médicos especialistas tanto ambulatorios como hospitalarios perciben un salario.

3. Cobertura de financiación y Cartera de servicios

Cobertura universal para cualquier residente.

No existe una cartera de servicios como tal. En general, han de proporcionarse los servicios sanitarios 'razonablemente necesarios' (Ley Nacional de Sanidad de 1977). La Ley de Sanidad de 2009, recoge el derecho de acceso a la atención sanitaria gratuita, con excepciones limitadas acordadas en el parlamento, y a recibir los tratamientos recomendados por NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), quien emite recomendaciones clínicas y sobre el uso de tecnologías sanitarias que tienen carácter obligatorio para todo el SNS.

Servicios no cubiertos por el SNS: fármacos de venta sin receta, servicios oftalmológicos y los servicios sociales, aunque existen exenciones y precios reducidos en función de rentas. Algunos servicios se incluyen mediante copago, como ciertos cuidados dentales y la prestación farmacéutica.

4. Acceso al sistema sanitario

- Atención Primaria: libre elección de médico.

- Filtro para acceso a especialistas: la Atención Primaria ejerce un papel de comprador de los otros servicios sanitarios.
- Atención especializada: Los pacientes pueden elegir hospital entre una lista ofrecida por su médico de Atención Primaria.
- Lista de espera: sí.

5. Recursos humanos por 1.000 habitantes

- Médicos en activo: 2,8 (OECD Health Data, 2013).
- Enfermeros en activo: 8,6 (OECD Health Data, 2013).

6. Medicamentos

Se paga una cantidad fija por medicamentos extrahospitalarios (£6.85), aunque hay muchos subgrupos exentos (niños, personas con bajos ingresos, embarazadas, mayores de 60, personas con enfermedades crónicas). Existen "bonos" anuales y trimestrales. Gales y Escocia han eliminado este copago recientemente.

SUECIA

Población: 9,5 M (EUROSTAT, 2013).

Tasa de mortalidad infantil estimada: 2,5/1000 nacidos vivos (OECD Health Data, 2013).

Gasto total en salud como% del PIB: 9,5 (OECD Health Data, 2013).

Esperanza de vida al nacer (años): 81,9 (79,7 H /83,7 M) (OECD Health Data, 2013).

1. Estructura y organización

El Sistema de Salud se financia a partir de impuestos locales complementados con algunos nacionales. La financiación de atención primaria, hospitales y salud mental depende de los condados, mientras que las atención socio sanitaria (domiciliaria y enfermería) dependen de los ayuntamientos.

2. Modelo de financiación básico

Gasto total per cápita público y privado: 3.925\$PPP (OECD Health Data, 2013).

- Fuentes: Impuestos locales, ayudas y subvenciones que el gobierno proporciona a los condados y ayuntamientos para equilibrar diferencias socio-económicas.
- Seguro privado: cubre el 2,5% de la población, jugando un papel suplementario (por ejemplo acceso más rápido a determinados servicios).
- Pago de bolsillo: Existe copago para la mayoría de los servicios (los niños están excluidos). Existe un máximo anual de 900 SEK (101,48€) para servicios sanitarios y de 1800 SEK (202,96€) para medicamentos. Hay ayudas para servicios de salud dental. Las cantidades de copago las fijan los condados aunque el límite máximo está establecido a nivel nacional.
- Proveedores: la mayoría de los centros de AP y hospitales pertenecen y son gestionados por los condados, aunque la cantidad de proveedores privados está aumentando. A los médicos de atención primaria, en general, se les paga por capitación, pago por servicio y pago por rendimiento. A los especialistas ambulatorios y hospitalarios se les paga en base a GRDs, dietas y pagos por rendimiento.

En otros casos existe un sistema de capitación con o sin parte de pago por servicios. En algunos casos se están incorporando los GDRs. Suele existir un límite para evitar que se incremente la actividad artificialmente.

3. Cobertura de financiación y Cartera de servicios

La Agencia Sueca de Seguridad Social no dispone de ningún listado de prestaciones sanitarias básicas o esenciales. De hecho, la Ley de Sanidad y Servicios Médicos dice respecto a la Atención Primaria que se prestará "sin limitaciones relativas a enfermedades, edad o tipo de paciente".

En términos generales no se han producido cambios en los últimos 20 años, excepto la reducción de subsidios en atención dental. La prestación farmacéutica corre a cargo del ciudadano hasta un cierto tope. A partir de ahí comienza un sistema de subsidios, siempre que los fármacos estén incluidos en un listado de prestaciones.

4. Acceso al sistema sanitario

- Atención Primaria: Libre elección de médico.
- Filtro para acceso a especialistas: No existe formalmente, pero hay incentivos económicos para pasar primero por el médico de AP.
- Lista de espera: sí.

5. Recursos humanos por 1.000 habitantes

- Médicos en activo: 3,9(OECD Health Data, 2013).
- Enfermeros en activo: 11,1 (OECD Health Data, 2013).

6. Medicamentos

Los pacientes tienen que pagar el 100% de los medicamentos hasta una cantidad de 900 SK (101,48€), por encima de esta cantidad se establece un sistema de pago proporcional. En ningún caso se paga más de 1.800 SK (202,96€) anuales.

EQUIPO DE TRABAJO

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Directora General: Mercedes Vinuesa Sebastián

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Subdirectora General: Mercedes Alfaro Latorre

Responsables de la edición

Alicia López Rodríguez

Angel Abad Bassols

Santiago Esteban Gonzalo

Apoyo administrativo

Elena Campos Carrizo

Elena Rodríguez Alvarez

José Antonio Lozano Sánchez

María Jesús Calvo Esteban

