



memoria
región de
murcia19

7.

La sanidad de la Región de Murcia: balance después de la crisis 2008-2013



2019
mrm

7. LA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA: BALANCE DESPUÉS DE LA CRISIS

2008-2013	465
7.1. INTRODUCCIÓN	467
7.2. INDICADORES ECONÓMICOS DEL SISTEMA SANITARIO.....	468
7.2.1. Gasto sanitario público en la Región de Murcia: situación comparada y evolución reciente.....	468
7.2.2. Estructura del gasto sanitario público según naturaleza económica..	474
7.2.3. Composición del gasto sanitario público por funciones de gasto	478
7.2.4. Gasto sanitario privado.....	483
7.3. RECURSOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	485
7.3.1. Personal	485
7.3.2. Recursos materiales.....	487
7.4. ACCESIBILIDAD	490
7.4.1. Necesidades no cubiertas y barreras económicas al acceso	490
7.4.2. Listas y tiempos de espera en el sistema público de salud.....	493
7.4.3. Cobertura vacunal.....	500
7.5. ESTILOS DE VIDA, DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA SALUD, Y CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	502
7.5.1. Estilos de vida y determinantes biológicos y sociales de la salud	502
7.5.2. Condiciones de vida y de trabajo.....	505
7.6. INDICADORES DE RESULTADOS SANITARIOS Y DE SALUD	506
7.6.1. Indicadores de bienestar relacionado con la salud	506
7.6.2. Indicadores de mortalidad	508
7.6.3. Indicadores de morbilidad y seguridad	513
7.6.4. Indicadores de efectividad y pertinencia.....	515
7.6.5. Satisfacción de los usuarios	518
7.7. CONCLUSIONES	521
7.8. APÉNDICE: LA CRISIS SANITARIA PROVOCADA POR LA ENFERMEDAD COVID-19 Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO REGIONAL	526
7.8.1. Introducción.....	526
7.8.2. Las cifras de la pandemia	527
7.8.2.1. Casos confirmados	527
7.8.2.2. Hospitalizaciones	531
7.8.2.3. Fallecidos por COVID-19	533
7.8.3. Estrés en los sistemas sanitarios regionales causado por la COVID-19.....	535

7.8.4. Estimación de los años de vida y de los años de vida ajustados por la calidad (AVAC) perdidos como consecuencia de las muertes por COVID-19.....	538
7.8.4.1. Metodología	538
7.8.4.2. Resultados	541

7.1.

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria no es el único factor que contribuye al mantenimiento y mejora de la salud de la población pero constituye un input esencial de la “función de producción de salud”, junto con otros factores como el estilo de vida, la educación, los hábitos nutricionales y las condiciones materiales de vida (entorno laboral, vivienda, etc.). Los sistemas públicos de salud responden al objetivo fundamental de facilitar a los ciudadanos el acceso a unos servicios sanitarios de calidad, que permitan a aquellos alcanzar el máximo nivel de bienestar posible, mediatizado -no se olvide- por esos determinantes sociales de la salud.

Han transcurrido cinco años desde que esta Memoria anual incluyó, por última vez, un capítulo dedicado al análisis del sistema sanitario regional (Consejo Económico y Social de la Región de Murcia, 2015). En aquella ocasión se presentaron y glosaron magnitudes e indicadores relacionados con la sanidad pública para un periodo que terminaba en el año 2013; el que ponía fin a la fase recesiva del ciclo económico que se inició en 2008. Se concluía entonces que las políticas de ajuste impuestas durante la fase más aguda de la crisis económica, no solo habían adelgazado significativamente el presupuesto sanitario, sino que habían tenido lugar al margen de criterios de racionalización del gasto, tendentes a “quitar la grasa” en aquellos ámbitos del sistema más hipertrofiados (asistencia hospitalaria y especializada) y mantener a salvo elementos básicos para el logro de los objetivos del sistema de salud como la atención primaria o la salud pública. Esta oleada de “recortes” indiscriminados, cuando no guiados por un mero criterio de oportunidad, no contribuyó en modo alguno a reducir

bolsas de ineficiencia y mejorar la relación coste-efectividad global del sistema público de salud. Por el contrario, los ajustes presupuestarios se tradujeron en un deterioro de algunos indicadores de recursos (como la ratio de profesionales, en particular de personal de enfermería, sobre población) y en aumentos en las listas y tiempos de espera para acceder a consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.

Se alertaba entonces acerca de los posibles impactos en términos de equidad que el periodo de crisis económica podría haber tenido, también en el ámbito de las prestaciones sanitarias: inequidades en las demoras, problemas de acceso a medicamentos a resultas de los cambios en el copago farmacéutico. Por lo que atañe a los indicadores de resultados, en el balance final que se presentó en 2015 pesaban más las sombras que las luces. La Región de Murcia mostraba carencias relativas en indicadores generales de bienestar relacionados con la salud, como la esperanza de vida en buena salud o el número de años de vida saludables a los 65 años, en tasas de mortalidad y de mortalidad prematura (con pocas excepciones), en tasas de mortalidad infantil y perinatal, en prevalencia de patologías crónicas como la diabetes o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como en tasas de hospitalización ajustadas por infarto, enfermedad cerebrovascular o insuficiencia cardiaca. Y ello pese a que, incluso tras la caída en los recursos destinados a sanidad impuesta por el escenario de consolidación fiscal, Murcia seguía teniendo en 2013 un gasto público en asistencia sanitaria superior a la media nacional, no solo en porcentaje sobre el PIB regional, sino también en euros por habi-

tante, situándose entre las 5 comunidades autónomas con un mayor volumen de gasto sanitario público per cápita.

Desde la publicación de aquel capítulo han transcurrido, como se ha dicho, cinco años. En este periodo hemos disfrutado de un crecimiento económico sostenido, más vigoroso en la Región que en el conjunto nacional, que ha servido, además, para reducir -aunque menos de lo que hubiera sido deseable- el desequilibrio de las cuentas públicas. En este contexto de recuperación económica las estrecheces del periodo de crisis se han ido relajando de manera progresiva y ello ha tenido reflejo en unos presupuestos públicos, si no expansivos, si menos restrictivos de lo que venían siendo en el periodo anterior.

Parece este, pues, un buen momento para hacer balance de la situación del sistema sanitario y de los indicadores de salud de la Región de Murcia, así como de su evolución reciente en comparación con las cifras de resto de Comunidades Autónomas (CC.AA.) y del conjunto del Estado. Con ese objetivo, el capítulo analiza en sucesivos epígrafes las principales cifras económicas del sistema de salud (gasto público y su composición), los recursos del sistema (humanos y materiales), la cuestión de la accesibilidad a los servicios (barreras económicas, listas de espera y cobertura vacunal), los determinantes biológicos y sociales de la salud, así como los estilos y condiciones materiales de vida y, finalmente, los resultados del sistema sanitario a través de sus principales indicadores (morbilidad, mortalidad, seguridad, efectividad, pertinencia y satisfacción de los usuarios). El capítulo como tal se cierra con un apartado de conclusiones en el que se resumen y valoran críticamente los resultados del análisis.

Adicionalmente, siendo la salud y el sistema sanitario el objeto de análisis de este capítulo, resultaría incomprensible en la coyuntura actual no hacer mención a la crisis sanitaria causada por la pandemia de la Covid-19. Por esta razón, el capítulo se acompaña de un apéndice en el que se resume la evolución comparada de las

principales cifras de la pandemia en la Región de Murcia y en el resto de España, se valora el grado de estrés al que ha estado sometido el sistema sanitario público sobre la base de las cifras de hospitalización y los medios materiales disponibles, y se aborda una estimación preliminar de los costes en salud asociados a la mortalidad causada por la Covid-19 en la Región de Murcia y en España.

7.2. INDICADORES ECONÓMICOS DEL SISTEMA SANITARIO

7.2.1. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA REGIÓN DE MURCIA: SITUACIÓN COMPARADA Y EVOLUCIÓN RECIENTE

En este primer apartado se analiza el nivel de gasto sanitario en la Región de Murcia, puesto en relación con el del conjunto del país y, en particular, el del resto de comunidades autónomas (CC.AA.), así como su evolución en los años más recientes. Vaya por delante que son dos las principales fuentes disponibles para el estudio del gasto público en salud a escala regional. De un lado los presupuestos sanitarios de las CC.AA. y de otro la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) que ofrece el Ministerio de Sanidad (MS). Esta última registra los recursos públicos destinados a asistencia sanitaria en términos de contabilidad nacional, siendo 2018 el último año disponible de la serie, y sus agregados

desde 2007 se muestran en la tabla 7.1. En relación con los presupuestos autonómicos, si bien la principal ventaja radica en su disponibilidad más cercana en el tiempo (hasta 2019, inclusive), presentan un inconveniente principal, cual es el carácter estimativo de las cifras que en ellos se consignan. La magnitud de los presupuestos sanitarios en la Región de Murcia y en el conjunto de CC.AA. se presenta, también desde el año 2007, en la tabla 7.2.

Respecto a los valores de gasto de la tabla 7.1, conviene asimismo subrayar el hecho de que, aun siendo las CC.AA. el principal agente de gasto en el ámbito de los cuidados de la salud, existen otros subsectores de las Administraciones Públicas que desarrollan competencias en la gestión de los servicios sanitarios, como la propia administración central (responsable de la sanidad pública en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla a través del Ingesa), las mutualidades de funcionarios y las corporaciones locales. Esta circunstancia explica las diferencias entre la columna que recoge

la aportación de las CC.AA. al gasto público en sanidad total consolidado y la última columna, que registra justamente este gasto consolidado para el conjunto de sectores de las administraciones públicas. A lo largo de este apartado, la referencia a efectos del análisis comparado de las cifras de la Región será el gasto de las CC.AA. que, como puede comprobarse en la tabla 7.1, representa más del 90% del gasto público en sanidad.

El gasto sanitario público (GSP) de la CARM, en términos de Contabilidad Nacional ascendió en 2018 -último año disponible en las estadísticas del Ministerio- a 2.317 millones de euros, cifra que representa un 3,5% del gasto sanitario realizado por el conjunto de CC.AA. y un porcentaje algo menor (3,3%) del gasto sanitario público total en España en dicho año, que alcanzó una cifra de 71.145 millones de euros.

Si atendiésemos a las cifras consignadas en los presupuestos de las CC.AA. (tabla 7.2) llegaríamos a la conclusión de que el volumen de recursos de las haciendas re-

TABLA 7.1.
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA,
EL CONJUNTO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EL TOTAL DE LAS
ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN ESPAÑA. PERIODO 2007-2018

	Región de Murcia (*)		CC.AA. (*)		España	
	millones de euros	% PIB	millones de euros	% PIB	millones de euros	% PIB
2007	1.756	6,27	54.650	5,10	60.295	5,61
2008	2.132	7,33	60.965	5,51	66.884	6,03
2009	2.258	8,16	64.501	6,05	70.673	6,61
2010	2.241	8,03	63.848	5,97	69.453	6,47
2011	2.266	8,32	62.616	5,91	67.979	6,39
2012	2.111	7,96	59.034	5,75	64.084	6,22
2013	2.086	7,85	56.760	5,59	61.700	6,05
2014	2.075	7,77	57.099	5,55	61.946	6,00
2015	2.159	7,58	60.745	5,66	65.736	6,10
2016	2.197	7,48	61.643	5,56	66.691	5,99
2017	2.269	7,41	63.540	5,49	68.598	5,90
2018	2.317	7,37	65.911	5,50	71.145	5,92

(*) Aportación al gasto público en sanidad total consolidado.

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) (Ministerio Sanidad), Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM), Contabilidad Nacional y Contabilidad Regional de España (INE).

TABLA 7.2
PRESUPUESTOS INICIALES PARA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA Y DEL TOTAL DE
COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
PERIODO 2007-2019 (millones de euros)

	Región de Murcia	Total CC.AA.
2007	1.571	52.329
2008	1.766	56.519
2009	1.854	58.910
2010	1.985	59.768
2011	2.023	57.360
2012	1.804	56.491
2013	1.567	53.164
2014	1.623	53.052
2015	1.648	54.467
2016	1.746	56.439
2017	1.777	58.714
2018	1.862	60.991
2019	1.920	62.083

Fuente: Presupuestos de sanidad de las CC.AA. (Ministerio de Sanidad) y CREM.

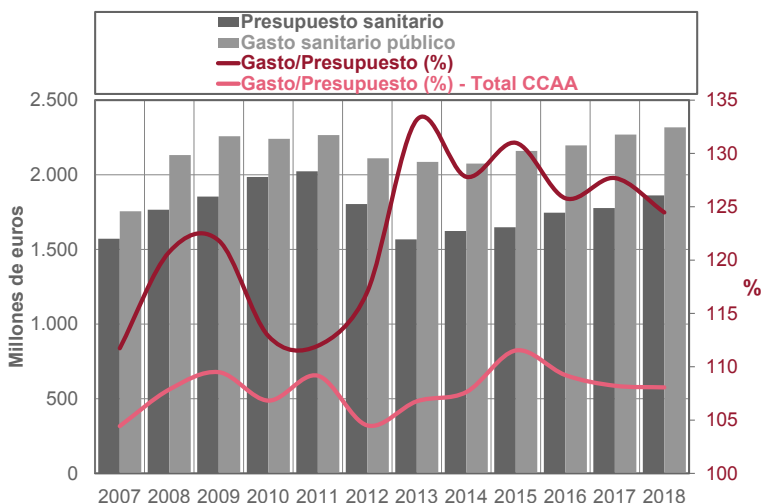
gionales destinados a la asistencia sanitaria asciende a 62.083 millones de euros para el año 2019 y que en 2018 se orientó a tal fin un montante global de 60.991 millones, lejos de los casi 66.000 que reflejan las estadísticas de gasto liquidado para ese mismo ejercicio. En el caso de la Región de Murcia, la cifra consignada en los presupuestos de 2019 para sanidad es de 1.920 millones de euros y en 2018 de 1.862 millones de euros, ciertamente alejada de los 2.317 millones efectivamente destinados a tal fin, según los datos de liquidación. Este hecho confirma el carácter meramente estimativo de la fuente presupuestaria, lo que aconseja que el análisis del gasto sanitario se realice sobre la base de las cifras liquidadas, aunque ello suponga renunciar al estudio detallado de los años más recientes.

La desviación del gasto ejecutado respecto de las previsiones iniciales es, además, singularmente notable en el caso de la Región de Murcia, como se aprecia en el gráfico 7.1. En el periodo 2007-2018 el gasto sanitario en Murcia es, según lo años, entre un 11,7% y un 33,2% superior a los

créditos inicialmente presupuestados, con una desviación promedio en los últimos 5 años del 27,4%. Para el conjunto de CC.AA. dicha desviación alcanza un mínimo del 4,4% y un máximo del 11,5% (promedio del 8,9% en el último quinquenio). En el caso de Murcia, la desviación máxima se registra en 2013, año en el que el Servicio Murciano de Salud (SMS), como otros servicios de salud autonómicos con importantes déficit de gestión, liquidó gastos de ejercicios anteriores gracias a la inyección de recursos que supuso el Fondo de Liquidez Autonómica (FLA) y el Fondo para la Financiación del Pago a Proveedores, que permitió hacer frente a las facturas “guardadas en el cajón” (Pérez García, 2015).

La valoración comparada del GSP en la Región de Murcia en relación con el resto de CC.AA. requiere de la utilización de indicadores relativos, como aquel que relaciona el gasto público en sanidad con la renta agregada de los respectivos territorios, esto es, el PIB regional. En la tabla 7.1 se muestra la evolución de dicho indicador para el caso de Murcia, el agre-

GRÁFICO 7.1
GASTO SANITARIO PÚBLICO Y PRESUPUESTO SANITARIO
EN LA REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 2007-2018



Fuente: Ministerio de Sanidad y CREM.

gado de comunidades y el total del país, mientras que el gráfico 7.2 ilustra tal evolución para la Región de Murcia y el total de CC.AA. extendiendo el periodo hasta 2019, asumiendo que en dicho año el gasto liquidado crecerá en la misma magnitud en la que crecen la cifras presupuestadas entre 2018 y 2019, y dando por buenas las previsiones de crecimiento del PIB regional para este último año.

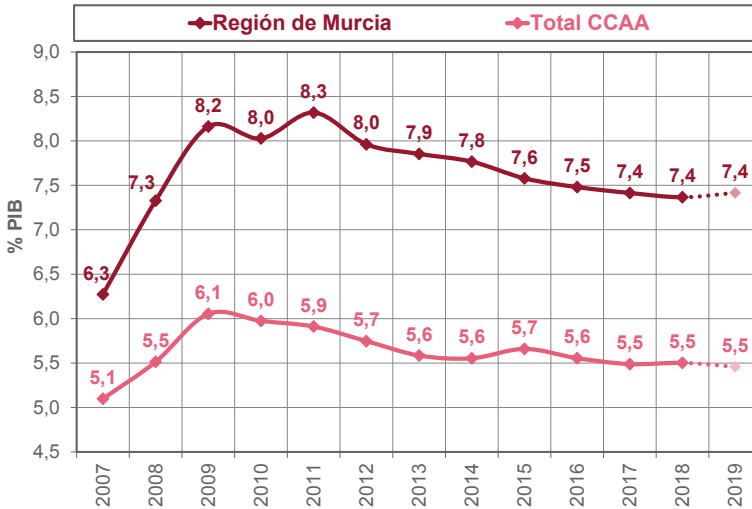
El GSP en la Región representaba en 2018 un 7,37% del PIB, unas centésimas menos que el año anterior y casi un punto porcentual por debajo del valor máximo del 8,32% alcanzado en 2011. En el último ejercicio liquidado el indicador correspondiente al total de CC.AA. se situó en el 5,5%, casi 2 puntos inferior al dato regional y 6 décimas menos que su valor máximo que, para el agregado autonómico, se registró en el año 2009. De trasladarse a los créditos liquidados la variación anual prevista en los presupuestos iniciales, el indicador de GSP sobre PIB apenas subiría hasta el 7,42% en 2019 en el caso de Murcia y se

reduciría marginalmente hasta el 5,46% en el conjunto de CC.AA.¹

El perfil seguido por este indicador en el periodo analizado pone de manifiesto la existencia de un cierto retardo en el impacto que el ciclo económico tiene sobre las cifras de gasto sanitario en la Región, así como cierta asincronía con la evolución observada a escala nacional. En lo que respecta al total de CC.AA., el GSP alcanzó su máximo en valores absolutos en 2009 y a partir de entonces comenzó a caer, hasta tocar suelo en 2013 (un desplome del 12% en términos nominales). Esta dinámica dio lugar a un descenso sostenido del indicador gasto/PIB durante todo el periodo de "la Gran Recesión", pese a la contracción experimentada por la actividad económica; lo

¹ Conviene advertir de que, al basarse la proyección del indicador en la evolución de los presupuestos entre 2018 y 2019 las estimaciones de este último año 2019 asumen que la desviación del gasto definitivo sobre los presupuestos será la misma en dicho año que la registrada en 2018. Si esa desviación fuese menor (mayor), la estimación para el último año estaría sesgada al alza (a la baja) y la ratio gasto/PIB en 2019 podría resultar inferior (superior) a la proyectada en el gráfico.

GRÁFICO 7.2.
GASTO SANITARIO PÚBLICO EN PORCENTAJE DEL PIB.
REGIÓN DE MURCIA Y TOTAL COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
PERIODO 2007-2019 (1)



(1) Cifras de 2019 estimadas a partir de la evolución de los presupuestos iniciales en sanidad y de las previsiones de crecimiento del PIB del gobierno.

Fuente: Ministerio de Sanidad, CREM e INE.

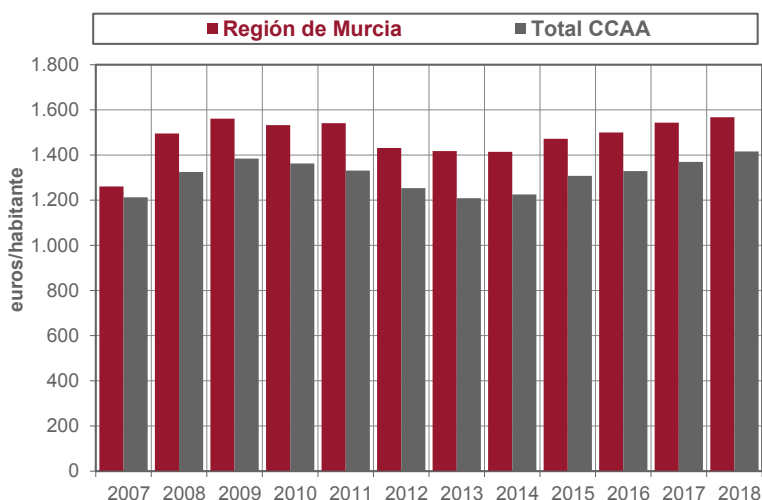
que indica que la caída en el GSP superó a la del PIB. En la Región, por el contrario, el GSP extendió su inercia de crecimiento en la Región de Murcia hasta 2009 y mantuvo su nivel absoluto hasta 2011 (año en el que, como se ha dicho, se alcanza el máximo en términos de PIB). No es sino a partir de 2012 cuando el gasto sanitario comienza a reducirse en Murcia, prolongándose la caída hasta 2014 (una disminución del 9,2% en términos nominales), año en el que la cifra agregada del conjunto de CC.AA. ya había comenzado a subir ligeramente. La misma inercia que impulsó al alza el gasto sanitario hasta bien entrada la crisis se observa, ahora en sentido contrario, en el indicador relativo sobre el PIB, que sigue mostrando variaciones negativas hasta el mismo año 2018.

En términos reales, la senda evolutiva del GSP es ligeramente distinta a la observada en las variaciones nominales del gasto, por cuanto incide en ella el comportamiento del índice de precios elegido para corregir

las magnitudes nominales.² Si se analiza la serie deflactada, el año 2008 es el último en el que el gasto público sanitario creció con intensidad en la Región (un 13%). A partir de ese momento son varias las etapas que cabe identificar en lo que atañe a la dinámica del gasto en sanidad regional: en el trienio que va de 2008 a 2011 el crecimiento acumulado es del 4%, lo que se explica por el dato del último año de dicho trienio, ya que en 2009 y 2010 el gasto se mantiene prácticamente constante (crecimiento del 0,9% y descenso del 0,3%, respectivamente). Los ejercicios de 2012, 2013 y 2014 se cierran con caídas en el total de gasto sanitario público, acumulándose un retroceso del 6,7% en términos reales (media anual

² Para corregir el efecto de la evolución de los precios en las variaciones anuales, las cifras nominales de gasto se han deflactado utilizando el índice de precios del Valor Añadido Bruto correspondiente a la rama "Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria; educación; actividades sanitarias y de servicios sociales", según la Contabilidad Regional.

GRÁFICO 7.3.
GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA EN LA REGIÓN DE MURCIA Y TOTAL COMUNIDADES
AUTÓNOMAS. PERIODO 2007-2018 (euros/habitante)



Fuente: Ministerio de Sanidad, CREM e INE.

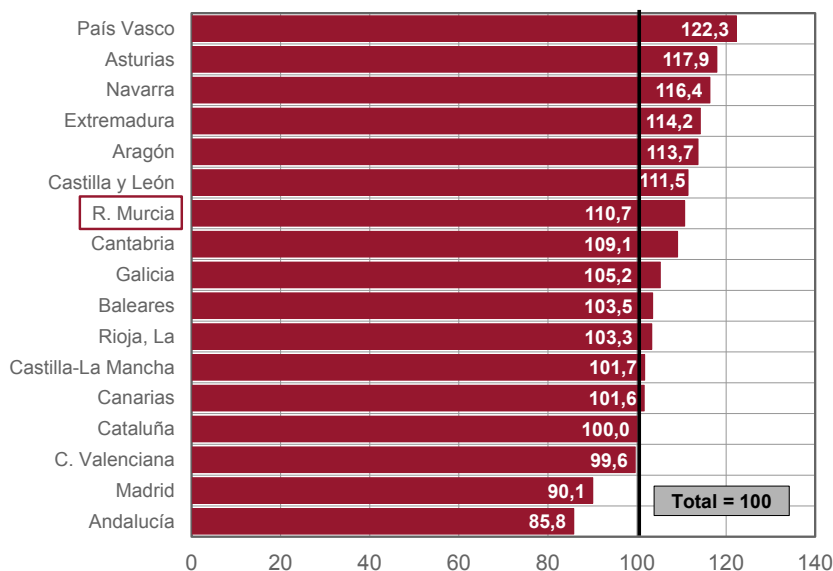
del -2,2%). Finalmente, entre 2015 y 2018 vuelven a registrarse variaciones positivas, aunque de magnitud muy inferior a las habidas antes de la crisis, de tal suerte que en dicho trienio el agregado aumenta un 5,4% (media anual del 1,3%).³ Si tomamos como referencia las fases del ciclo económico (y excluyendo el atípico comportamiento en 2008), comprobamos cómo el gasto público en sanidad en la Región de Murcia cayó un 1,7% durante la recesión (2008-2013) y creció un 4,3% en la fase de recuperación. No obstante, habida cuenta de que los ajustes en el gasto sanitario en el caso de Murcia se extendieron hasta 2014, más apropiado resultaría situar el punto de inflexión en la dinámica del gasto en 2014, lo que nos permitiría constatar que el gasto en sanidad de la CARM se contrajo un 2,7% (un 0,5% anual) entre 2008 y 2014 y creció un 5,4% en términos reales (media anual acumulada del 1,3%) entre 2014 y 2018.

Al ser la Región de Murcia una comunidad con bajo nivel de renta per cápita, el indicador de gasto relativo al PIB puede sesgar al alza la comparación, debido al menor valor del denominador de la ratio. Por esto conviene completar el análisis utilizando como magnitud de referencia la población. El resultado de ello se muestra en el gráfico 7.3, en el que se ponen en contexto las cifras de GSP por habitante de la Región de Murcia con las del conjunto de CC.AA. para el periodo 2007-2018.

En todos y cada uno de los años del periodo (algo que ya venía ocurriendo desde 2003), el GSP per cápita en la Región supera el indicador agregado. El diferencial, que en el año final de la fase expansiva del ciclo previa a la crisis era apenas de un 4%, salta en 2008 hasta el 12,8% y alcanza su máximo en 2013, cuando la cifra de gasto por habitante en Murcia supera en un 17,3% la correspondiente al conjunto de CC.AA. En los últimos años la brecha se ha reducido ligeramente, cerrándose 2018 con un diferencial positivo de la Región cercano al 11%. Como se observa en el gráfico 7.4, la

³ En 2018 el crecimiento real del GSP en Murcia es apenas de un 0,06% a resultas de que en dicho año el deflactor utilizado crece más de un 2%, anulando completamente la subida nominal del 2,1% del gasto.

GRÁFICO 7.4.
GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA
DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. AÑO 2018 (total CC.AA.=100)



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) (Ministerio de Sanidad).

Región de Murcia ocupa el séptimo lugar en el *ranking* de comunidades según su gasto per cápita, siendo superada por las dos comunidades forales (respaldadas por una suficiencia financiera notablemente superior a la de las CC.AA. de Régimen común), además de Asturias, Extremadura, Aragón y Castilla y León.

7.2.2. ESTRUCTURA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO SEGÚN NATURALEZA ECONÓMICA

Son dos los posibles enfoques del análisis de la composición del GSP. El primero de ellos atiende a la naturaleza económica de los gastos realizados, en tanto que el segundo toma en consideración el destino o la finalidad de los desembolsos. En este apartado analizaremos la clasificación económica del GSP en la Región de Murcia, cuyas cifras para el periodo 2007-2018 se

muestran en la tabla 7.3. La composición del gasto público por categorías en la Región de Murcia no ha variado en exceso a lo largo del periodo, emergiendo las remuneraciones del personal como la principal categoría de gasto, seguida de los créditos destinados a consumos intermedios.

En el último año con cifras liquidadas (gráfico 7.5), los gastos de personal absorben un 48,4% del gasto agregado, mientras que los consumos intermedios, que recogen las adquisiciones de bienes y servicios corrientes necesarios para el funcionamiento ordinario de los servicios de salud -como son, por ejemplo, los medicamentos de dispensación hospitalaria, el material sanitario y quirúrgico o los suministros básicos de electricidad, agua, calefacción, etc.-, representan un 25% del total. La siguiente categoría en orden de importancia son las transferencias corrientes, que suponen un 17% del gasto consolidado y se corresponden, en su parte mayoritaria, con el coste de los

TABLA 7.3.
CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO EN SANIDAD
DE LA REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 2007-2018 (millones de euros)

	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Consumo de capital fijo	Conciertos	Transferencias corrientes	Gasto de capital	Total ^(*)
2007	771,7	357,4	34,4	125,9	411,6	62,1	1.755,5
2008	961,3	459,5	38,6	169,5	446,0	63,7	2.138,6
2009	1.072,2	457,7	61,3	159,8	457,4	54,8	2.263,2
2010	1.070,8	467,0	33,8	161,4	466,9	42,9	2.242,8
2011	1.071,0	521,3	38,0	162,6	424,5	51,0	2.268,3
2012	991,4	513,3	43,7	152,1	371,4	40,3	2.112,2
2013	986,2	528,3	49,8	135,8	352,0	35,4	2.087,4
2014	998,5	495,8	44,8	140,5	356,6	40,7	2.077,0
2015	1.029,9	542,7	50,1	139,1	359,5	38,9	2.160,2
2016	1.057,3	536,7	46,8	145,8	378,3	32,9	2.197,8
2017	1.098,2	555,6	45,7	149,4	389,0	32,1	2.269,9
2018	1.122,3	578,9	47,0	148,2	393,9	28,1	2.318,4

(*) Aportación al gasto público en sanidad total consolidado.

Fuente: EGSP (Ministerio de Sanidad).

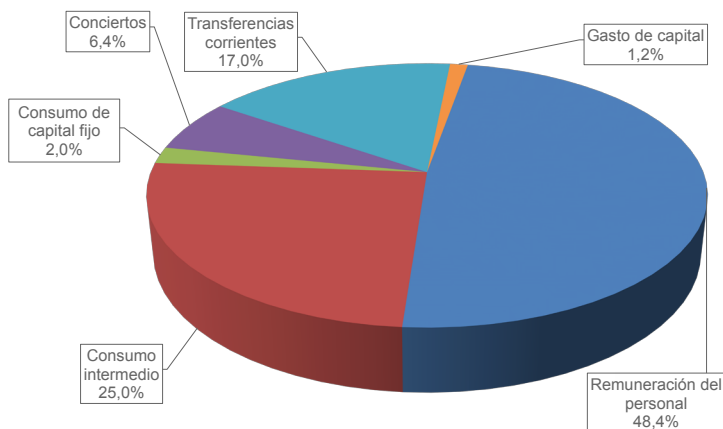
medicamentos dispensados con receta en las oficinas de farmacia (principales beneficiarias de estas transferencias corrientes). El gasto en conciertos con el sector sanitario privado-categoría que incluye también algunas ayudas y prestaciones por desplazamientos y material ortoprotésico-representa un 6,4% del total, en tanto que el resto de gastos (consumo de capital fijo y gastos de capital) aportan menos del 4% a la cifra global de gasto público sanitario regional. Aunque, como se ha señalado, el desglose del gasto por categorías goza de una cierta estabilidad a lo largo del periodo, cabe reseñar que, entre 2007 y 2018, tanto las remuneraciones al personal como los consumos intermedios han ganado más de 4,5 puntos en la estructura porcentual; avance que ha tenido lugar a costa de la pérdida de relevancia de las transferencias corrientes, principalmente, así como de los gastos de capital, que han perdido 6,4 y 2,3 puntos, respectivamente en dicha estructura por categorías.

La clasificación económica del gasto sanitario en el conjunto de CC.AA. no difiere en gran medida de la observada para

Murcia, siendo reseñable, en todo caso, el mayor peso relativo de la categoría "Conciertos" que, en el total de comunidades supone un 9,3% del gasto consolidado. Este diferencial de 3 puntos respecto a lo que ocurre en la Región de Murcia se registra, en sentido opuesto, en el peso de los gastos de personal que, para el conjunto de gasto público autonómico alcanzan un 45% (frente al 48,4% de la Región). No obstante, se ha de advertir de que las cifras agregadas están sesgadas por la singular composición del gasto en Cataluña, cuyo sistema de salud se articula sobre la base de una gran diversidad de fórmulas de provisión de la asistencia sanitaria, reflejándose ello en un porcentaje de gasto destinado a conciertos del 26%. Se podría concluir, pues, que la composición por categorías del gasto sanitario en Murcia se asemeja mucho a la mediana de los diecisiete servicios regionales de salud.

Precisamente sobre el gasto en conciertos informa la tabla 7.4, en la que se desglosa dicho gasto -excluidas las partidas que no son propiamente conciertos, esto es, contratación externa de servicios, sino ayu-

GRÁFICO 7.5.
CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO
EN LA REGIÓN DE MURCIA. AÑO 2018 (%)



Fuente: EGSP (Ministerio de Sanidad).

TABLA 7.4.
DESGLOSE DEL GASTO EN CONCIERTOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO
2016-2018 (miles de euros y % del total)

	2016	%	2017	%	2018	%
Transporte sanitario	27.511	20,25	27.511	19,69	27.417	19,44
Hospitalización	27.891	20,53	27.960	20,01	26.613	18,87
Procedimientos quirúrgicos	20.571	15,14	21.940	15,71	24.189	17,15
Pruebas diagnósticas	15.984	11,76	19.199	13,74	20.256	14,36
Diálisis	19.575	14,41	19.242	13,77	18.068	12,81
Terapias respiratorias domiciliarias	9.918	7,30	9.919	7,10	9.919	7,03
Rehabilitación	4.183	3,08	4.337	3,10	4.615	3,27
Radioterapia	3.456	2,54	2.843	2,04	3.111	2,21
Reproducción asistida	1.241	0,91	1.510	1,08	1.895	1,34
Urgencias	1.794	1,32	1.794	1,28	1.794	1,27
Salud bucodental	1.347	0,99	1.338	0,96	1.160	0,82
Interrupción voluntaria del embarazo	1.012	0,74	997	0,71	1.013	0,72
Otros	1.383	1,02	1.108	0,79	994	0,70
TOTAL(*)	135.867	100,00	139.699	100,00	141.044	100,00

(*) Excluidas ayudas por desplazamientos, material ortoprotésico y otras que se integran en la categoría "Conciertos".

Fuente: Portal de la Transparencia de la CARM.

das a pacientes- para los años 2016, 2017 y 2018, según información publicada por el Portal de la Transparencia de la CARM. En dicha tabla se comprueba que los conceptos

"Transporte sanitario" y "Hospitalización" absorben, cada uno, cerca del 20% del gasto en conciertos. Les sigue en importancia la rúbrica "Procedimientos quirúrgicos"

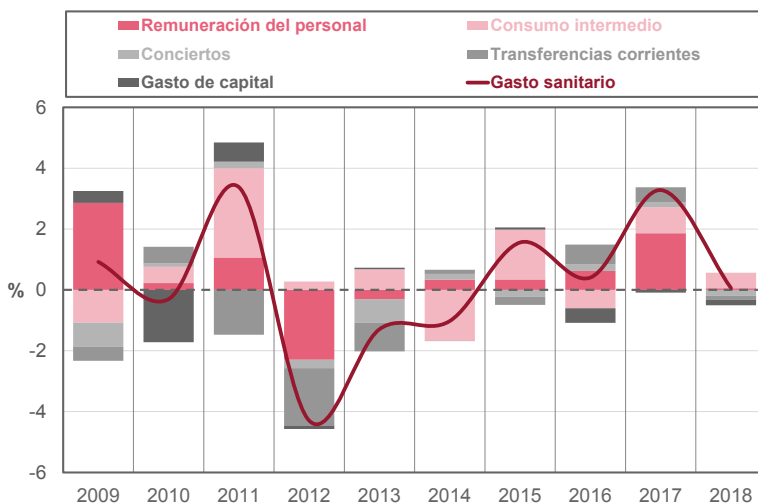
(17% en 2018), que recoge el coste de las intervenciones de cirugía objeto de derivación a centros sanitarios privados, bien de manera ordinaria -algunos procedimientos de cirugía, en determinadas áreas de salud, se realizan casi en su totalidad en régimen de concierto- o bien como consecuencia de programas específicos de reducción de listas de espera. Las otras dos rúbricas de la tabla que superan el umbral del 10% del total son las pruebas diagnósticas (un 14,4% del gasto en conciertos en 2018) y los tratamientos de diálisis (un 12,8%). Las terapias respiratorias a domicilio suponen un gasto cercano a los 10 millones de euros, superando el 7% del gasto destinado a conciertos con proveedores privados.

En el gráfico 7.6 se resume el análisis de la evolución en términos reales del gasto sanitario y de las diferentes categorías que lo integran a lo largo del periodo que, a los efectos de su construcción, se ha limitado al que transcurre entre 2008 y 2018, esto es, se ha excluido la variación registrada entre 2007 y 2008 por ser de una magni-

tud notablemente superior a las del resto del decenio, lo que habría restado poder descriptivo al gráfico.

El análisis de la contribución de las diferentes categorías de gasto a la dinámica seguida por el agregado muestra cómo son las partidas con mayor peso relativo en el total las que ayudan a explicar en mayor medida las variaciones anuales. Aunque no se muestra en el gráfico, por las razones ya dichas, más de la mitad del crecimiento experimentado por el gasto en 2008 se debe a la remuneración del personal, explicando los consumos intermedios otro 30% de la variación. Algo parecido ocurre en 2017, en el que los gastos de personal explican un 57% del incremento agregado y los consumos intermedios un 26%. El ascenso del gasto en consumos intermedios es el causante casi exclusivo del aumento registrado en 2011 (2,9 puntos sobre 3,4), en 2015 y en 2018 (la contribución de esta categoría supera la tasa anual de variación del agregado en ambos años). Los gastos de personal y los consumos intermedios

GRÁFICO 7.6.
CONTRIBUCIONES AL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA REGIÓN DE MURCIA DE LAS DISTINTAS CATEGORÍAS DE GASTO, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ECONÓMICA. PERIODO 2008-2018 (%)



Fuente: EGSP (Ministerio de Sanidad) y Contabilidad Regional de España (INE).

también contribuyen decisivamente en algunos años a la evolución negativa del gasto sanitario público; en el caso de la primera de estas categorías esto ocurre en 2012 (contribución del 53%) y en el caso de los consumos intermedios en 2014.

Mención aparte merece la categoría transferencias corrientes que, salvo en 2010, 2016 y 2017, apenas contribuye al crecimiento del gasto sanitario y cuando lo hace es en sentido negativo (2009, 2011, 2012, 2013, 2015 y 2018). Volveremos sobre esto más adelante cuando hablemos del gasto en farmacia, pues buena parte de las transferencias recogidas en esta categoría de la clasificación económica financian, como ya se ha dicho, la dispensación de medicamentos con receta por parte de las oficinas de farmacia.

En el conjunto del periodo 2007-2018, son tres las categorías que contribuyen positivamente al crecimiento del gasto en sanidad: personal, consumos intermedios y conciertos. La contribución de estos últimos resulta, sin embargo, negativa si tomamos el periodo 2008-2018. Tanto las transferencias corrientes como los gastos de capital han contribuido negativamente a la variación del gasto público sanitario en la Región. Las dos primeras categorías contribuyen, además, de forma positiva tanto durante la fase recesiva del ciclo económico (hasta 2013) como en el periodo de recuperación. El gasto en conciertos y en transferencias corrientes tiene un comportamiento claramente procíclico, siendo su aportación negativa hasta 2013 (o 2014) y positiva en los años más próximos. Los gastos de capital, por el contrario, muestran tasas de variación de signo negativo antes y después de 2013.

7.2.3. COMPOSICIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO POR FUNCIONES DE GASTO

La clasificación funcional del gasto informa sobre el destino de los recursos asignados a asistencia sanitaria, distinguiendo entre servicios especializados y

hospitalarios, servicios primarios de salud, servicios de salud pública, servicios colectivos de salud (investigación, formación y administración general), farmacia y otros consumos (traslados, prótesis y aparatos terapéuticos). Dado que este desglose no se aplica en las estadísticas de gasto sanitario a los gastos de capital, los datos que se presentan a continuación se circunscriben al gasto corriente (que, por otra parte, en el periodo analizado alcanza una participación media del 98% sobre el gasto total consolidado).

El desglose del GSP (corriente) en la Región, atendiendo a la clasificación funcional, se muestra en la tabla 7.5 para cada uno de los años del periodo 2007-2018 y en el gráfico 7.7 se representa la estructura porcentual en el último año liquidado. Tanto en la tabla como en el gráfico se pone de manifiesto el protagonismo de la función "Servicios hospitalarios y especializados". En 2018, esta función absorbió el 62,7% del total de gasto sanitario corriente en la Región, y en el conjunto del periodo el promedio de su participación se situó cerca de ese mismo valor (61,7%). Los gastos en servicios de atención primaria recibieron un 14,1% de los recursos para uso corriente (un 13% de media en el periodo), situándose por encima de esta función el gasto en farmacia (un 16,6% del total en 2018 y una media del 18,3% en el decenio objeto de análisis). Bastante más lejos quedan los servicios de salud pública (1,3%), los servicios colectivos de salud (3,8%) y el gasto en traslados, prótesis y aparatos terapéuticos (1,5% del total). Si se compara esta estructura del gasto sanitario con la existente en el resto de servicios regionales de salud, se comprueba que el patrón de gasto en Murcia se corresponde con el referido al conjunto de CC.AA., de tal manera que el reparto por funciones en la Región en 2018 es prácticamente idéntico al observado a escala nacional.

Esto no es óbice para que exista variabilidad entre comunidades en lo que respecta al destino de los recursos públicos orientados a la asistencia sanitaria. Así, por ejemplo, se pueden observar diferencias

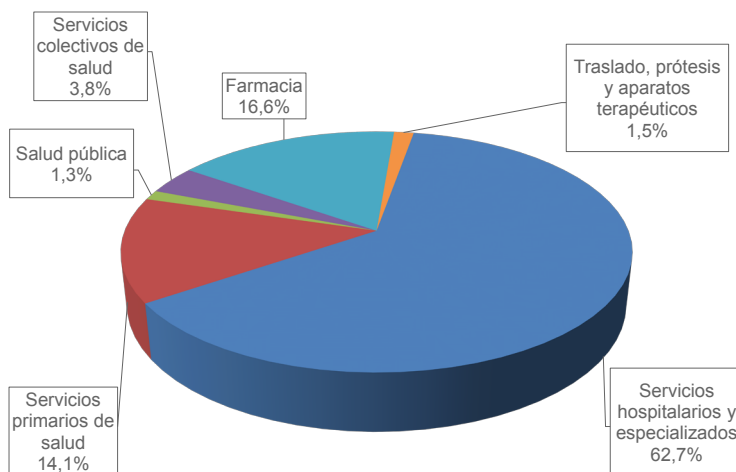
TABLA 7.5.
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO CORRIENTE EN SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA.
PERIODO 2007-2018 (millones de euros)

	Servicios hospitalarios y especializados	Servicios primarios de salud	Servicios de salud pública	Servicios colectivos de salud	Farmacia	Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	TOTAL (*)
2007	1.008	190	26	58	384	32	1.698
2008	1.283	247	31	65	422	24	2.072
2009	1.348	270	28	88	442	31	2.207
2010	1.333	280	28	74	451	32	2.198
2011	1.362	292	30	84	413	34	2.216
2012	1.284	283	22	86	360	35	2.070
2013	1.251	267	33	125	342	33	2.051
2014	1.265	267	27	96	345	33	2.034
2015	1.340	286	25	87	350	33	2.120
2016	1.361	297	26	78	367	35	2.164
2017	1.395	314	29	88	376	34	2.237
2018	1.436	322	30	87	381	34	2.289

(*) Gasto corriente. Difiere de las cifras de la tabla 7.3 en el importe de los gastos de capital.

Fuente: EGSP (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.7.
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO CORRIENTE EN SANIDAD DE LA CARM. AÑO 2018 (%)



Fuente: EGSP (Ministerio de Sanidad).

significativas en el peso relativo de la atención primaria entre comunidades; diferencias en las que interesa detenerse, por cuanto la disponibilidad de una red sólida de

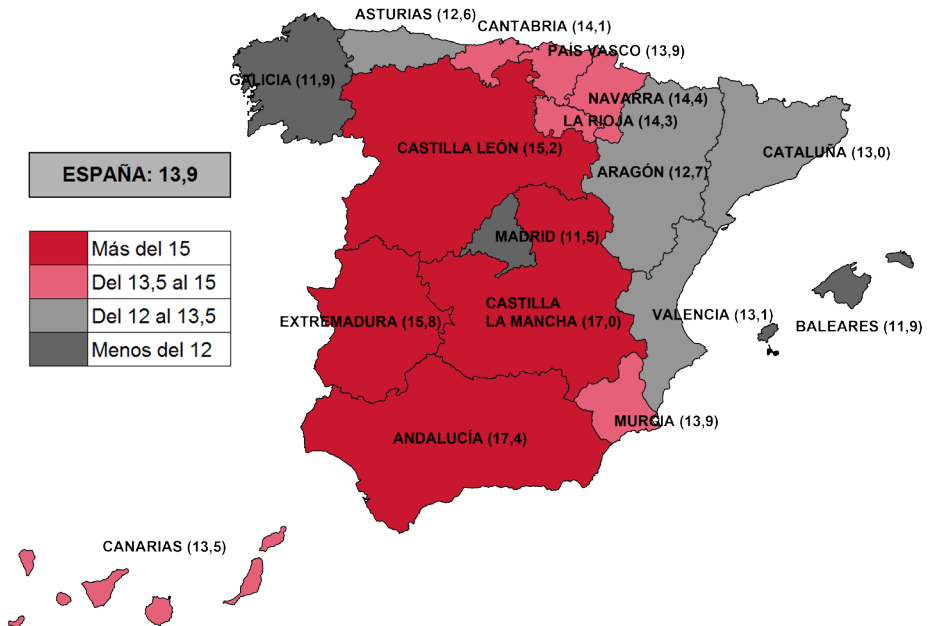
servicios primarios de salud constituye una estrategia clave en la mejora de la calidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos. En el mapa 7.1 se observa cómo el

peso de los recursos destinados a servicios primarios de salud en el total de gasto sanitario de las CC.AA. (incluyéndose en este caso también los gastos de capital) oscila entre el 11,5% de la Comunidad de Madrid y el 17,4% de Andalucía, situándose la Región de Murcia en el 13,9%, justo el mismo valor que dicho porcentaje supone en el agregado de CC.AA. Entre las comunidades que más recursos destinan en proporción a la atención primaria, además de Andalucía, se encuentran Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla y León. En la parte inferior del *ranking* se sitúan Galicia y Baleares, junto a Madrid.

El análisis de la dinámica del gasto sanitario, considerando ahora la clasificación funcional (gráfico 7.8), permite comprobar cómo la evolución del gasto en servicios hospitalarios y especializados contribuye

a explicar en buena medida las variaciones anuales del gasto sanitario corriente en no pocos años del periodo. Como hicimos en el gráfico 7.6, hemos omitido la variación de 2008 en este debido a que su orden de magnitud es considerablemente superior a las del resto de años, en aras de una mayor capacidad informativa del gráfico 7.8. En ese año, cuya evolución no se muestra en el gráfico, la función servicios hospitalarios y especializados aportó 11 puntos al crecimiento agregado del 13,7% del gasto corriente, esto es, un 80% de la variación total. Dicha función de gasto explica asimismo la mayor parte del crecimiento en 2015, 2018 y, algo menos, en 2017; del mismo modo en que es responsable de la mitad o más de la caída del gasto sanitario en términos reales en 2012 y 2013. Los servicios primarios de salud contribuyen de manera significativa al

MAPA 7.1.
PARTICIPACIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD EN EL TOTAL DE GASTO SANITARIO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
AÑO 2018 (%)



Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

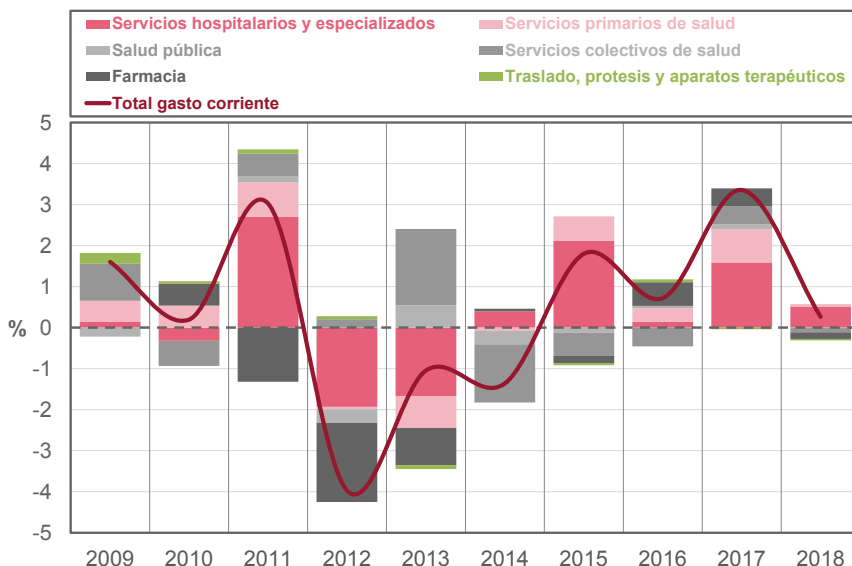
crecimiento del gasto público, sobre todo, en 2017 y, en menor medida, entre 2009 y 2011, así como en 2015 y 2016, explicando igualmente una parte importante de la contracción del gasto en sanidad en 2013.

El gasto en farmacia ha contribuido negativamente a la evolución del gasto público en sanidad de la Región en 5 de los años que integran el periodo, incluido el último, 2018. En 2011 fue la única función de gasto que disminuyó en relación con el año inmediato anterior, haciendo así que el crecimiento de ese año fuese 1,3 puntos inferior al que se habría registrado en ausencia de dicha contracción de los gastos en farmacia. En 2012 y 2013 el gasto en esta función también registra una contribución negativa (en 2012 casi la mitad de la caída en el gasto corriente se explica por la evolución del gasto en farmacia), si bien en ambos años su evolución está en línea con la del resto de funciones de gasto corriente (excepción hecha de salud pública y servicios colectivos de salud). En los dos años siguientes, la contribución

de los gastos en farmacia a la dinámica del gasto corriente es marginal, y en 2016 y 2017 vuelve a aportar aproximadamente medio punto porcentual al crecimiento de los gastos sanitarios corrientes en la Región. En 2018, de las cuatro funciones de gasto que presentan contribución negativa, es la que resta más al crecimiento del GSP corriente.

En resumen, los servicios hospitalarios y especializados, los servicios primarios de salud, los de salud pública y los servicios colectivos contribuyeron positivamente a la variación de los gastos corrientes en el periodo 2007-2018. Por el contrario, los gastos en farmacia y los de traslado, prótesis y aparatos terapéuticos contribuyeron de manera negativa. No obstante, si obviamos la variación en el primer año del periodo (de 2007 a 2008), la contribución de los servicios de salud pública fue negativa, mientras que los gastos en traslado, prótesis, etc. contribuyeron positivamente. En los años correspondientes a la fase recesiva

GRÁFICO 7.8.
CONTRIBUCIONES AL CRECIMIENTO DEL GASTO CORRIENTE EN SANIDAD DE LA CARM POR FUNCIONES DE GASTO. PERIODO 2008-2018 (%)



Fuente: EGSP (Ministerio de Sanidad) y Contabilidad Regional de España (INE).

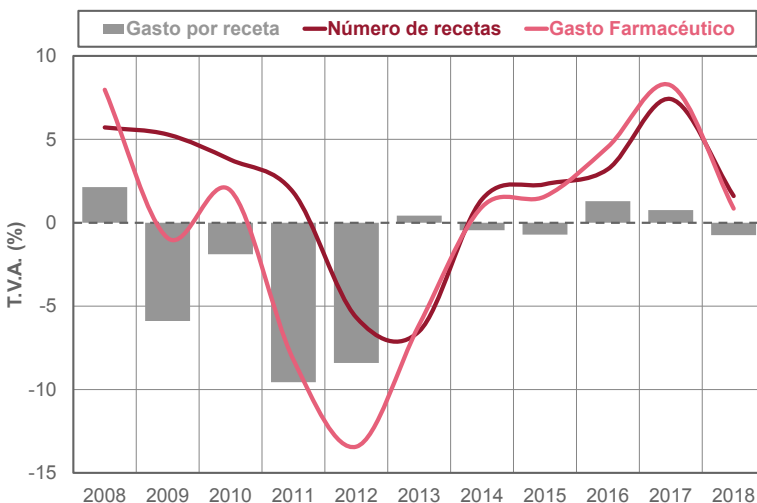
del ciclo (hasta 2013), es el gasto en farmacia el que explica la práctica totalidad de la contracción habida en los gastos corrientes (-0,3 de variación acumulada entre 2008 y 2013), con una pequeña contribución de los servicios hospitalarios y especializados. Si extendemos esta primera fase hasta 2014, también presentan una dinámica negativa los servicios de salud pública, además de las dos funciones antes citadas. En la fase de recuperación no todas las funciones de gasto muestran variaciones positivas, siendo de destacar la caída en los gastos en servicios colectivos que, además de los de administración general, incluyen los destinados a investigación y formación.

Conviene destacar, por tratarse de un dato positivo, el hecho de que los recursos destinados a servicios primarios de salud, tanto en la fase recesiva como en el más reciente periodo de recuperación económica, han crecido muy por encima del conjunto del GSP, lo que ha permitido que la atención primaria recupere el peso relativo que tenía a comienzos del

presente siglo y que había perdido de manera paulatina hasta 2007. De hecho, en 2009 la Región de Murcia ocupaba el último lugar del *ranking* según porcentaje de gasto sanitario destinado a atención primaria, con una cifra casi igual a la de la Comunidad de Madrid (12%).

Para finalizar este apartado, a la vista de que el gasto en farmacia fue el componente que contribuyó más al ajuste durante la crisis económica, se presenta en el gráfico 7.9 la evolución del gasto farmacéutico con receta (no se incluye pues en él la parte de farmacia hospitalaria), así como el desglose de dicha evolución en la del número de recetas y el gasto por receta. Ya antes de la aprobación del RDL 16/2012 que modificó el régimen de copago de los medicamentos prescritos mediante receta, la combinación de la extensión del sistema de precios de referencia y la reducción de márgenes a las oficinas de farmacia hizo caer el gasto en términos nominales entre 2008 y 2011 un 7,3%, pese a que el número de recetas facturadas creció en el mismo

GRÁFICO 7.9.
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN FARMACIA, EL NÚMERO DE RECETAS Y EL GASTO MEDIO POR RECETA EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.
PERIODO 2007-2018 (tasa anual de variación en %)



Fuente: CREM.

periodo un 11,3%. Esta dispar evolución se refleja en una disminución del gasto medio por receta superior al 16% en términos acumulados (un 5,8% de media anual). El nuevo diseño del copago farmacéutico, unido al efecto de la “desfinanciación” de un grupo numeroso de especialidades a las que se atribuía un escaso valor terapéutico, se tradujo en una caída del número de recetas dispensadas en 2012 y 2013 (un 12% acumulado). Dado que el importe medio por receta continuó cayendo en esos años (un 8%) la reducción del gasto en farmacia superó el 18,7% en dicho bienio. Con la recuperación económica el gasto en medicamentos dispensados mediante receta retornó a una senda de crecimiento, registrándose entre 2013 y 2018 un ritmo anual de incremento del gasto del 3,2% que no es mayor gracias a la práctica congelación del importe por receta (apenas un 0,03% de aumento en media anual), ya que el número de recetas prescritas vuelve a crecer a ritmos similares a los registrados antes del inicio de la crisis.

7.2.4. GASTO SANITARIO PRIVADO

Aunque el objeto principal de interés de este capítulo es el estudio del gasto sanitario realizado por las administraciones públicas de la Región de Murcia, dedicaremos apenas unas líneas a esbozar la magnitud relativa y la dimensión comparada del gasto sanitario privado. En primer lugar, dentro del gasto sanitario privado se incluyen dos componentes: de un lado el destinado a la contratación de pólizas de seguro privado (en muy pocos casos por no disponer de cobertura pública; en la mayoría de las situaciones, para contar con un doble aseguramiento, público y privado); y de otro el denominado “gasto de bolsillo” que, a su vez, según la metodología de la OCDE, incluye la compra directa de servicios sanitarios (consultas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, gastos de hospitalización, tratamientos de rehabilitación, servicios dentales, análisis clínicos, etc. realizadas por proveedores

privados de salud), así como el pago de medicamentos con receta (copago) y de libre dispensación (sin financiación pública) y los gastos en otro tipo de productos, aparatos y material terapéutico, como prótesis, órtesis, productos dietéticos, etc.

Según el Sistema de Cuentas de Salud, que sigue la metodología de la OCDE, el gasto sanitario financiado por el sector privado supuso en 2017 (último año publicado) casi un 30% del gasto sanitario total,⁴ un 80% del cual se materializó en pagos directos de los hogares (“gasto de bolsillo”) y un 20% en seguros privados de salud. Los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación absorbieron la mitad de este gasto privado (destacando en este capítulo los servicios odontológicos: un 23% del total de gasto con financiación privada), mientras que los productos médicos dispensados representaron casi un 40% del total (un 26% los medicamentos y otros productos médicos perecederos y un 12% los dispositivos y productos no perecederos).

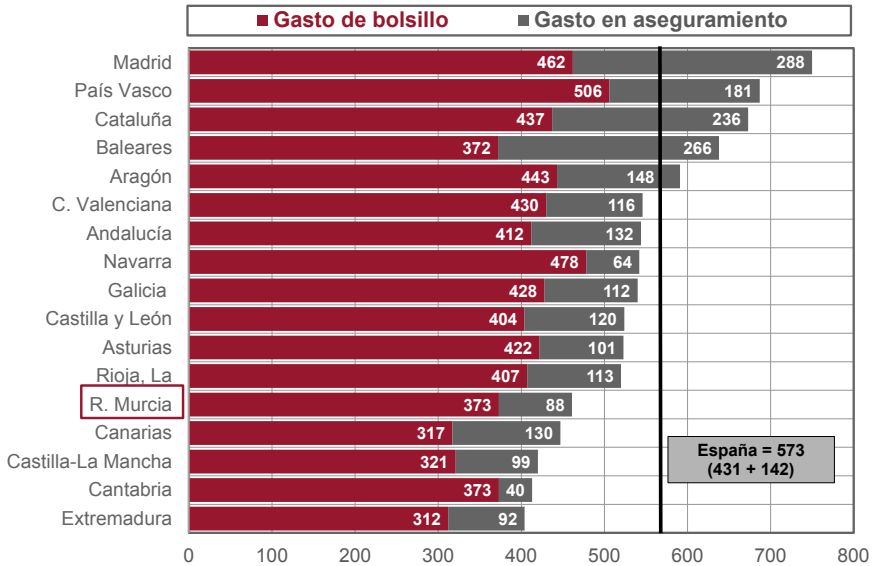
No se dispone, lamentablemente, del desglose territorial de esta fuente estadística, de manera que para conocer datos sobre el gasto sanitario privado en la Región de Murcia hemos de recurrir, de un lado, a la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), publicada por el INE y, de otro, a las estimaciones que publica anualmente el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).⁵

Atendiendo a los datos de la EPF, el gasto de los hogares murcianos en servicios

4 La cifra de gasto público que ofrece el Sistema de Cuentas de Salud es entre un 6% y un 8% superior, según los años, a la que se registra en la EGSP, que ha servido de fuente para elaborar los epígrafes anteriores. Esto se debe a que la metodología de la OCDE incluye gastos relacionados con prestaciones de carácter socio-sanitario, como cuidados de larga duración, atención a la convalecencia, etc. que la EGSP no registra. Así, en 2017 el GSP en España, según el SCS ascendió a 74.150 millones de euros (frente a los 68.598 millones de euros de la EGSP), siendo el importe global del gasto sanitario, público y privado, en dicho año de 104.928 millones de euros.

5 IDIS. Sanidad privada: aportando valor. Análisis de situación (varios años). Informes disponibles en: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada>

GRÁFICO 7.10.
GASTO SANITARIO PRIVADO EN LAS COMUNIDADES
AUTÓNOMAS. AÑO 2018 (euros/habitante)



Fuente: IDIS. Sanidad privada: aportando valor. Análisis de situación 2018 (Estimación).

y productos relacionados con la salud ascendió en 2018 a 629,9 millones de euros, de los cuales 577,2 correspondieron a pagos directos y 52,7 millones a seguros relacionados con la salud. Esta última cifra, no obstante, puede que infraestime el valor real del gasto en primas de seguro, dado que IDIS estimó un gasto en seguro privado en la Región para 2016 de 119 millones de euros, a partir de información de ICEA.⁶ Teniendo en cuenta esto, la dimensión del gasto privado en sanidad en la Región de Murcia se situaría en torno a los 700 millones de euros, esto es, aproximadamente un 23% del gasto sanitario total en la comunidad (lejos del 30% que el SCS estima para el conjunto del país).

De hecho, como era de esperar, existe cierta correlación entre el peso del gasto sanitario privado en el total de gasto en

salud y el nivel de renta de las CC.AA. En el gráfico 7.10, construido a partir de las estimaciones de IDIS, se muestran las diferencias en gasto sanitario privado per cápita entre comunidades autónomas, siendo posible constatar el gradiente citado: en los primeros puestos del *ranking* aparecen Madrid, País Vasco y Cataluña, mientras que en la parte inferior del gráfico se ubican las comunidades con menor nivel de renta, entre las que se encuentra la Región de Murcia. En la sección 7.4.1 se vuelve sobre este tema en el contexto de la accesibilidad de la población a las prestaciones sanitarias.

Un gradiente similar se observa en el grado de penetración del seguro privado por comunidades, situándose a la cabeza Madrid (34%), Cataluña (29%) y País Vasco (21%), mientras que en Murcia, Extremadura o Castilla-La Mancha los porcentajes no alcanzan el 15%, según los datos de ICEA que reporta IDIS.

⁶ Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (<https://www.icea.es/es-es/>).

7.3.

RECURSOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

7.3.1. PERSONAL

Siendo la producción y provisión de servicios sanitarios procesos intensivos en trabajo especializado, resulta pertinente comenzar el análisis de los recursos disponibles en el sistema regional de salud estudiando la dotación de recursos humanos. En el ámbito de la atención primaria, en 2018 el SMS contaba con 836 profesionales dedicados a la medicina de familia, 243 a la pediatría y 817 a la enfermería. Como se observa en la tabla 7.6, las plantillas apenas han crecido desde 2010 (primer año de la serie que ofrece el Centro Regional de Estadística), cuando los recursos humanos en primaria eran, respectivamente, 827, 239 y 794. No obstante, al haberse reducido entre 2010 y 2018 ligeramente las cifras de población protegida por el sistema público –principalmente, por la modificación del derecho a la prestación sanitaria pública

que introdujo el RDL 16/2012-, tanto en medicina de familia (un -0,8%) como, algo más, en pediatría (un -2,4%), las ratios de población asignada por profesional se han reducido ligeramente en las tres categorías y, en consecuencia, las tasas por cada 1.000 habitantes, que también se muestran en la tabla, han crecido unas centésimas a lo largo del periodo.

Pese a este ligero incremento, las tasas por 1.000 habitantes son en la Región de Murcia inferiores a la media nacional, en particular en el caso del personal de enfermería donde la brecha no se ha reducido en esta última década. Según los Indicadores clave del SNS publicados por el MS, en 2007, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud había 0,6 enfermeras o enfermeros por cada 1.000 habitantes protegidos y en la Región de Murcia 0,51 por 1.000; esto es, la tasa de España superaba a la de Murcia en un 17,7%. En 2018 la tasa nacional se elevó hasta 0,66 y la regional también subió hasta un valor de 0,56, alcanzando el diferencial el 17,9%. La brecha creció, pues, unas 2 décimas. En el caso de los profesionales en medicina de familia, siendo el indicador regional también inferior al nacional, el diferencial en 2018 es menor (2,7%) y se ha reducido notablemente en el último decenio (en 2007 la tasa nacional era un 10,4% superior a la regional).

Otro aspecto interesante es el referido a la variabilidad en la dotación de personal para atención primaria a lo largo del territorio de la Región, que no es en absoluto des-

TABLA 7.6.
PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Número de profesionales									
Medicina de familia	827	828	828	828	832	830	828	834	836
Pediatría	239	240	241	241	240	242	241	241	243
Enfermería	794	818	825	808	810	810	811	813	817
Tasa por 1.000 personas asignadas									
Medicina de familia	0,67	0,70	0,71	0,72	0,72	0,71	0,69	0,69	0,69
Pediatría	1,01	1,03	1,04	1,04	1,04	1,04	1,03	1,03	1,06
Enfermería	0,54	0,58	0,59	0,58	0,58	0,58	0,57	0,57	0,56

deñable. Según los datos del Centro Regional de Estadística para 2018, el nivel de dotación de médicos de familia, medido en términos de tasa por 1.000 personas asignadas, del Área IV (Noroeste) era un 20% superior al del área VIII (Mar Menor): un 0,78‰ frente a un 0,65‰, respectivamente. Las diferencias son aún mayores en pediatría, siendo la tasa del área IV (Noroeste) de 1,41‰ y las de las áreas VI (Vega Media) y, de nuevo, VIII (Mar Menor), de 0,99‰; esto es, un 42% de brecha entre ellas. Por último, la diferencia entre el área mejor dotada de profesionales de enfermería, que es también el Área IV, y aquellas con menor dotación relativa, que son las áreas I (Murcia Oeste) y VI (Vega Media), es del 35% (0,73 enfermeras por cada 1.000 personas asignadas frente a 0,54 por cada 1.000). Si bien algunas de las diferencias pueden deberse a necesidades dispares derivadas de las características demográficas o de una distinta ordenación de la población en el territorio (por ejemplo, mayor dispersión, peores comunicaciones), convendría vigilar que estas diferencias no se amplíen para evitar inequidades territoriales en el acceso a los servicios primarios de salud.

Por lo que atañe al nivel de atención especializada, los últimos datos publicados corresponden a 2017. En dicho ejercicio prestaban sus servicios en el SMS 2.450 profesionales especialistas en medicina,

4.129 en enfermería, incluidas las matronas, y 3.855 técnicos sanitarios (además de 234 profesionales de diferentes categorías: farmacéuticos, otros titulados superiores y medios, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros sanitarios). Las tasas sobre población protegida se situaron en 1,67 médicos especialistas, 2,80 enfermeras y 2,62 técnicos sanitarios por cada 1.000 habitantes. Tanto en el caso de los médicos, como en el de las enfermeras, dichas tasas son superiores a escala nacional (un 8% y un 11%, respectivamente), lo que evidencia que, también en el caso de la atención especializada, la dotación de recursos humanos es baja en la Región, en términos comparados (solo Andalucía tiene una tasa de médicos especialistas por 1.000 habitantes más baja que Murcia y solo esa misma comunidad y la Comunidad Valenciana presentan en 2017 un indicador más bajo en el caso del personal de enfermería especializado).

El crecimiento en las plantillas de atención especializada, que fue elevado en 2007 (tasas de variación entre el 8% y el 9%), comenzó a moderarse a partir de 2008 hasta registrar tasas de variación negativas en 2012 y 2013, momento a partir del cual las variaciones son menores y de dispar magnitud según el perfil profesional, como se observa en el gráfico 7.11. En el periodo 2007-2011, el número de médi-

TABLA 7.7.
PROFESIONALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO 2007-2017

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de profesionales											
Médicos especialistas	2.048	2.108	2.239	2.361	2.467	2.441	2.405	2.412	2.416	2.417	2.460
Personal de enfermería ⁽¹⁾	3.712	3.946	4.044	4.052	4.119	3.986	3.884	3.969	3.922	4.113	4.129
Técnicos sanitarios ⁽²⁾	3.648	3.826	3.896	3.973	4.028	3.873	3.748	3.764	3.819	3.926	3.865
Otros sanitarios ⁽³⁾	202	211	206	208	210	205	221	222	223	230	234
Tasa por 1.000 habitantes											
Médicos	1,47	1,47	1,54	1,61	1,68	1,67	1,65	1,65	1,65	1,65	1,67
Enfermeros	2,67	2,76	2,79	2,76	2,80	2,73	2,66	2,71	2,68	2,80	2,80
Técnicos sanitarios	2,62	2,67	2,68	2,71	2,74	2,65	2,57	2,57	2,61	2,67	2,62

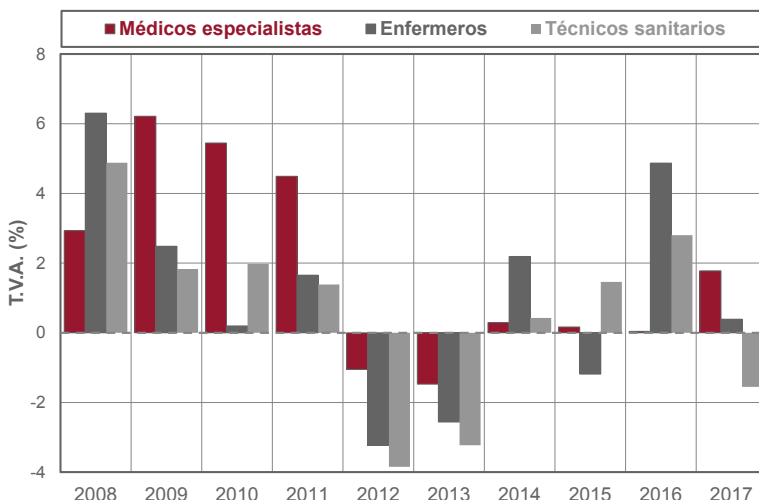
(1) Enfermeros no especialistas, matronas y otros enfermeros especialistas.

(2) Técnicos de grado superior y medio.

(3) Farmacéuticos, otros titulados superiores y medios, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros sanitarios.

Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad) y CREM.

GRÁFICO 7.11.
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO 2007-2017 (%)



Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad) y CREM.

cos especialistas creció a un ritmo medio anual del 4,8%, mientras que el número de enfermeras y de técnicos sanitarios lo hizo a tasas anuales del 2,6% y 2,5%, respectivamente. Entre 2011 y 2017, las plantillas de médicos y enfermeras en atención especializada quedaron prácticamente congeladas (-0,28% de variación acumulada en el primer caso; 0,24% de incremento en el segundo), mientras que el número de técnicos de grado medio en dicho nivel de asistencia sanitaria cayó un 4%. En el caso de los médicos especialistas, la convergencia con el total nacional en términos de tasas por cada 1.000 habitantes que se registró entre 2007 y 2011 (cuando el diferencial se redujo al 1%), se desvaneció seis años más tarde. En el caso del personal de enfermería, el citado diferencial se duplicó entre 2011 y 2017.

7.3.2. RECURSOS MATERIALES

Un buen funcionamiento del sistema sanitario requiere de una adecuada dotación de recursos materiales, además de los

humanos, tratados en el epígrafe anterior. El nivel de disponibilidad de recursos materiales suele utilizarse como un indicador de calidad de los sistemas sanitarios, aunque conviene advertir de que no en todos los casos disponer de más medios materiales es sinónimo de más o mejores servicios, ni el incremento de la actividad asistencial *per se*, derivado de esa mayor disponibilidad, garantiza mejores resultados en salud. De hecho, existen programas que pueden reducir los requerimientos de ciertos equipamientos y, al tiempo, mejorar los resultados en salud. Este podría ser el caso de la potenciación de la cirugía ambulatoria, que reduce las necesidades de ingreso hospitalario -y, por tanto, de camas quirúrgicas- manteniendo o incluso mejorando la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (disminuyendo, por ejemplo, los riesgos de infección nosocomial, esto es, intrahospitalaria). En otras circunstancias, como la que actualmente vivimos con ocasión de la pandemia por Covid-19, y a la que se dedica un apéndice de este capítulo, la dotación de determinados recursos y

equipamientos, como camas en unidades de cuidados intensivos (UCI) o ventiladores para dotar de respiración asistida a los pacientes críticos, se revela como un aspecto absolutamente clave para poder afrontar los picos de demanda asistencial sin que tenga lugar la saturación o, incluso, el colapso de los servicios.

En la tabla 7.8 se muestra la evolución de los recursos materiales y equipamientos en hospitales del SMS, constatándose su incremento generalizado a lo largo del periodo 2007-2018. El número de camas instaladas aumentó un 10,3%, el de camas en funcionamiento un 8,4%, y el de camas UCI un 20,4% (desde 2010 hasta 2017). Las plazas en hospital de día se duplicaron, creciendo un 45% el número de incubadoras en funcionamiento y un 39% el total de quirófanos, al tiempo que el número de paritorios casi se triplicó.

Por lo que atañe a equipos de alta tecnología, los incrementos en los niveles de dotación son asimismo notables. El número de equipos de angiografía digital ha pasado de 3 a 11, los de gammacámara + SPECT de 2 a 6; crecimientos del 200% o superiores. El número de equipos de Resonancia Nuclear Magnética (RMN) se duplicó, como también lo hizo la dotación de equipos de

hemodiálisis. Los aceleradores lineales y las salas de hemodinámica pasaron de 3 a 5 (un ascenso del 67%). Los equipos de TAC, por último, también experimentaron un aumento, aunque en este caso de menor magnitud: un 27%.

Estas cifras que resultan de comparar los niveles de dotación en 2018 con los que había 10 años antes enmascaran, sin embargo, el hecho de que buena parte de los avances registrados en la disponibilidad de recursos materiales y equipamientos tuvo lugar en la primera mitad del periodo analizado; concretamente, hasta el año 2011. Así, por ejemplo, el número de camas en funcionamiento subió a un ritmo cuatro veces superior hasta 2011 de lo que lo hizo a partir de dicho año. El de camas de UCI creció un 17,2% en solo un año (entre 2010 y 2011), mientras que en los 6 años siguientes, hasta 2017, apenas avanzó un 2,8% (media anual de 0,5%). Algo parecido puede afirmarse al respecto del resto de recursos y equipamientos, muchos de los cuales ya habían alcanzado en 2011 el nivel actual, o estaban próximos a este.

La extensión de los medios materiales responde, en ocasiones, a una mayor presión demográfica, derivada del crecimiento poblacional, de ahí que resulte aún más

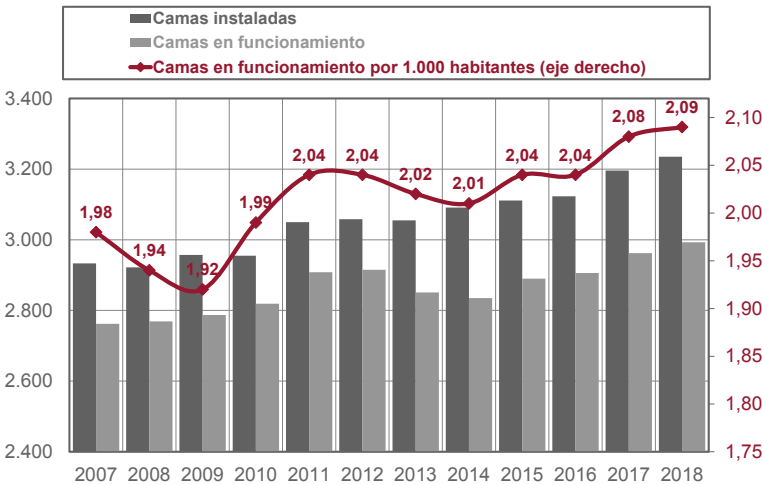
TABLA 7.8.
DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS DE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO 2007-2018

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Camas Instaladas	2.933	2.922	2.957	2.955	3.050	3.058	3.055	3.091	3.111	3.123	3.196	3.235
Camas en Funcionamiento	2.762	2.769	2.787	2.819	2.908	2.915	2.851	2.835	2.890	2.906	2.962	2.993
Camas UCI	n.d.	n.d.	n.d.	93	109	110	111	110	110	110	112	n.d.
Incubadoras (en Funcionamiento)	85	88	103	104	113	113	117	116	109	110	116	123
Quirófanos (total)	75	75	84	87	100	101	101	101	102	99	99	104
Plazas en hospital de día	182	193	203	260	355	358	358	362	359	364	363	367
Paritorios	12	12	12	12	21	22	25	34	34	34	34	34
Equipos de Angiografía Digital	3	5	5	6	10	11	11	11	11	11	11	11
Equipos de Gammacámara + SPECT	2	2	2	4	6	6	6	6	6	6	6	6
Equipos de TAC	15	14	15	15	17	17	17	17	18	18	18	19
Equipos de RNM	4	4	4	5	9	9	9	9	9	9	9	9
Aceleradores Lineales	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5
Salas de Hemodinámica	3	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5
Equipos de Hemodiálisis	51	67	98	99	99	99	100	103	103	103	101	103

n.d.: dato no disponible.

Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad) y CREM.

GRÁFICO 7.12.
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS INSTALADAS Y CAMAS EN FUNCIONAMIENTO EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO 2007-2018



Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad) y CREM.

informativo analizar la dotación de estos recursos y equipamientos en términos per cápita. En el gráfico 7.12 se muestra la evolución de las camas instaladas y en funcionamiento en hospitales del SMS, acompañada de la del indicador de número de camas en funcionamiento por cada 1.000 habitantes. La línea representativa de esta tasa pone de manifiesto, de un lado, el avance registrado en el indicador desde 2007 hasta 2018 y, de otro lado, su desigual evolución en el periodo, con caídas entre 2007 y 2009 y, de nuevo, entre 2011 y 2014.

Este y otros indicadores de dotación de recursos expresados en relación con el tamaño poblacional se muestran en la tabla 7.9 para la Región de Murcia y para el total nacional, con el fin de poder evaluar la disponibilidad de medios materiales en el sistema regional de salud público en términos comparados.

La principal conclusión que cabe extraer de la tabla 7.9 es que, pese a que en 2018 la dotación relativa de recursos en el SMS está por debajo de la media nacional en la mitad de los indicadores, la situación

relativa del sistema público de salud regional ha mejorado, en general, en esta última década. Por cada 1.000 habitantes protegidos, el SMS tiene en 2018 más camas en funcionamiento que la media nacional (un 3% más), prácticamente las mismas camas de UCI (un 1,1% más; dato de 2017) y un 17% más de quirófanos. Por cada millón de habitantes, el sistema regional dispone de 7,4 equipos de angiografía digital por 4,7 en el total nacional (un 60% más). También supera la media en equipos de TAC por cada millón de habitantes (un 11% más). Por el contrario, Murcia tiene un 20% menos de puestos en hospital de día (por cada 100.000 habitantes) y un 13% menos de equipos de gammacámara + SPECT y de resonancia magnética (RNM) por millón de habitantes. Asimismo, el indicador de equipos de hemodiálisis por millón es en Murcia un 21% inferior al referido al conjunto del Sistema Nacional de Salud y el de salas de hemodinámica prácticamente igual (un 2% por debajo de la media).

No obstante, como se ha mencionado antes, la situación relativa del sistema

TABLA 7.9.
DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS.
PERIODO 2009-2018.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
REGIÓN DE MURCIA (SMS)												
Camas en funcionamiento por 1000 hab	1,98	1,94	1,92	1,99	2,04	2,04	2,02	2,01	2,04	2,04	2,08	2,09
Camas UCI por 1000 hab	n.d.	n.d.	n.d.	6,36	7,41	7,46	7,54	7,50	7,50	7,51	7,62	n.d.
Quirófanos por 1000 hab	0,05	0,05	0,06	0,06	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
Puestos Hospital de Día por 100.000 hab	13,07	13,49	13,98	21,08	27,46	26,94	27,24	27,48	27,23	27,51	27,35	27,52
Angiografía Digital por 1.000.000 hab	2,15	3,49	3,44	4,09	6,80	7,44	7,53	7,52	7,51	7,49	7,46	7,44
Gammacámara + SPECT por 1.000.000 hab	1,44	1,40	1,38	2,73	4,08	4,06	4,11	4,10	4,10	4,08	4,07	4,05
TAC por 1.000.000 hab	10,77	9,78	10,33	10,23	11,55	11,51	11,63	11,62	12,29	12,26	12,21	12,85
RNM por 1.000.000 hab	2,87	2,80	2,75	3,41	6,12	6,09	6,16	6,15	6,14	6,13	6,11	6,08
Hemodiálisis por 1.000.000 hab	36,63	46,82	67,49	67,54	67,28	67,00	68,44	70,41	70,30	70,14	68,54	68,64
Salas de Hemodinámica por 1.000.000 hab	2,15	2,10	2,07	2,05	2,72	3,38	3,42	3,42	3,41	3,40	3,39	3,38
ESPAÑA (SNS)												
Camas en funcionamiento por 1000 hab	1,97	1,94	1,93	2,16	2,12	2,09	2,04	2,04	2,05	2,04	2,04	2,03
Camas UCI por 1000 hab	n.d.	n.d.	n.d.	6,96	7,15	7,33	7,36	7,34	7,63	7,48	7,53	n.d.
Quirófanos por 1000 hab	0,05	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
Puestos Hospital de Día por 100.000 hab	14,45	15,29	16,52	25,61	27,64	30,17	30,36	31,13	32,51	32,63	33,20	34,29
Angiografía Digital por 1.000.000 hab	2,70	2,87	2,90	3,36	3,51	3,79	3,69	3,70	3,75	3,81	4,19	4,66
Gammacámara + SPECT por 1.000.000 hab	3,54	3,55	3,53	4,23	4,29	4,42	4,27	4,30	4,33	4,47	4,45	4,67
TAC por 1.000.000 hab	8,58	8,95	9,45	9,88	10,43	10,72	10,65	10,79	11,12	11,30	11,56	11,60
RNM por 1.000.000 hab	3,25	3,40	3,77	4,91	5,33	5,59	5,71	6,01	6,31	6,39	6,66	6,78
Hemodiálisis por 1.000.000 hab	56,83	59,28	60,77	72,34	75,06	77,83	79,37	82,26	84,03	86,26	87,18	88,16
Salas de Hemodinámica por 1.000.000 hab	2,85	2,85	2,85	2,97	3,08	3,51	3,26	3,23	3,21	3,34	3,37	3,45

Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad) y CREM.

público de salud de la Región ha mejorado estos últimos diez años en indicadores como los de camas en funcionamiento, camas en UCI, quirófanos y en la práctica totalidad de equipos de alta tecnología, con la excepción de los TAC.

de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud posibles. Un sistema sanitario público eficiente y equitativo se caracteriza por la universalidad de sus prestaciones y la garantía del derecho a tener una respuesta asistencial en plazos adecuados, sin que el origen, cultura, nivel económico o lugar de residencia puedan representar barreras al acceso a los servicios asistenciales.

7.4. ACCESIBILIDAD

La accesibilidad es una de las características del sistema sanitario más estrechamente relacionadas con la prevención, protección y promoción de la salud. Como sabemos, la mejora en el acceso a la atención sanitaria es una de las principales demandas de la población. Dicho acceso se traduce en el uso adecuado y a tiempo

7.4.1. NECESIDADES NO CUBIERTAS Y BARRERAS ECONÓMICAS AL ACCESO

La práctica totalidad de la población residente en España está cubierta por el Sistema Nacional de Salud, alcanzado dicha cobertura en el caso de la Región de Murcia un nivel del 99,3%, superior incluso al promedio nacional (99%). Esta elevada cobertura subjetiva es congruente con el hecho de que tan solo el 0,3% de la población murciana refiriese en el año 2018 no haber recibido asistencia médica

en caso de necesidad, un porcentaje prácticamente idéntico al del conjunto nacional (0,2%), según los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) que se muestran en la tabla 7.10. Sin embargo, un síntoma de que las barreras económicas y de otra índole puedan ser superiores en la Región de Murcia viene dado porque el 4,1% de la población -más que el doble del total español- manifestó no haber accedido a cuidados médicos, aun necesitando, en la última oleada de la ECV en que se incluyó esta pregunta, la del año 2014.

El examen del peso y evolución de los pagos directos efectuados por los ciudadanos sobre el total de gasto sanitario (gráfico 7.13) ofrece una pista de porqué se puede estar produciendo esa mayor inhibición a la hora de acceder a cuidados médicos necesarios. Los pagos directos o “gastos de bolsillo” abarcan, como se señaló en el apartado 7.2.4, los pagos realizados en medicamentos y otros productos sanitarios, atención médica ambulatoria y hospitalaria, atención dental, cuidados de larga duración y otros servicios.

Dichos pagos representan en la comunidad murciana un porcentaje inferior a la media nacional (18,4% frente a 21,7%), aunque su crecimiento ha sido mucho más intenso en el periodo 2012-2018. En concreto la Región de Murcia es la comunidad autónoma donde más rápidamente ha aumentado el peso de esos gastos

(casi un 36%), muy por delante del avance registrado en España (6,1%). Este comportamiento contrasta con el mostrado por la mayoría de los territorios, en los que la importancia relativa de los pagos directos ha retrocedido. La explicación a este comportamiento disímil radica en el crecimiento diferenciado, muy superior al del GSP, que han revelado los gastos de bolsillo en la Región de Murcia. Mientras que el GSP se incrementa un 8,5% durante los seis años considerados, el avance de los pagos directos es del 56%, casi 7 veces más.

Si extrapolamos al territorio de la Región de Murcia la descomposición de los pagos directos que para España efectúa la OCDE, medicamentos y atención bucodental son las categorías más destacadas, explicando entre las dos más del 60% de los pagos. Dado que la práctica totalidad de las prestaciones bucodentales están excluidas de la cartera de servicios comunes del SNS, el acceso de la población a dichas prestaciones solo puede conseguirse a través de la cartera de servicios complementaria de su comunidad que, sin embargo, se limita a menores de edad y personas con discapacidad (Sánchez-Martínez y Olivares, 2018). En el caso de la prestación farmacéutica no concurre esa circunstancia de cobertura limitada, operando en cambio la participación de los usuarios o “copago” en el precio de los medicamentos.

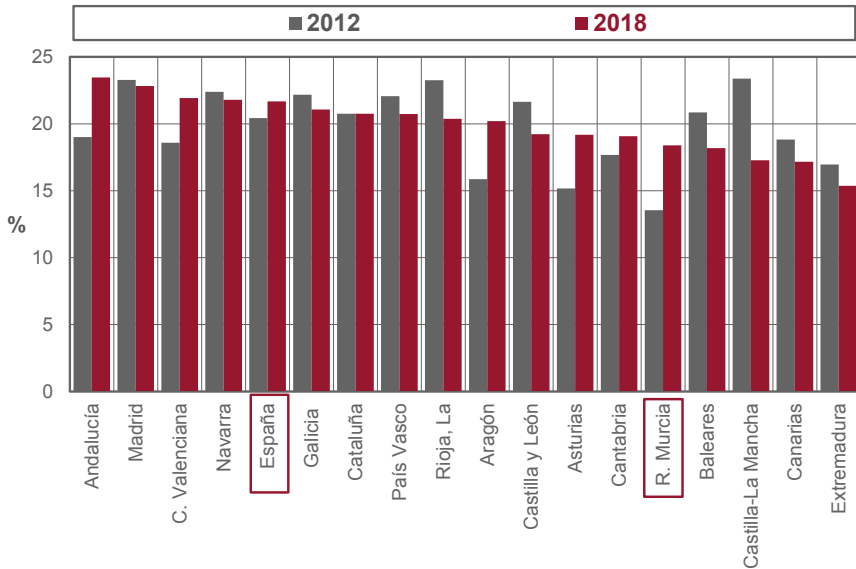
TABLA 7.10.
NECESIDADES DE CUIDADOS MÉDICOS NO CUBIERTAS.
PERIODO 2009-2018 (1)

	No han accedido a cuidados médicos necesitándolo						No han recibido asistencia médica necesaria			
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016	2017	2018
Región de Murcia	2,0	1,8	2,0	3,9	4,1	4,1	0,8	0,1	0,3	0,3
España	2,7	2,2	1,9	2,4	2,7	2,0	0,7	0,8	0,2	0,2

(1) Porcentaje de personas de 16 años o más que no han accedido a cuidados médicos habiéndolo necesitado (2004-2014) o no han recibido asistencia médica en caso de necesidad (2015-2018) por razones económicas, de distancia, de tiempo disponible o por listas de espera.

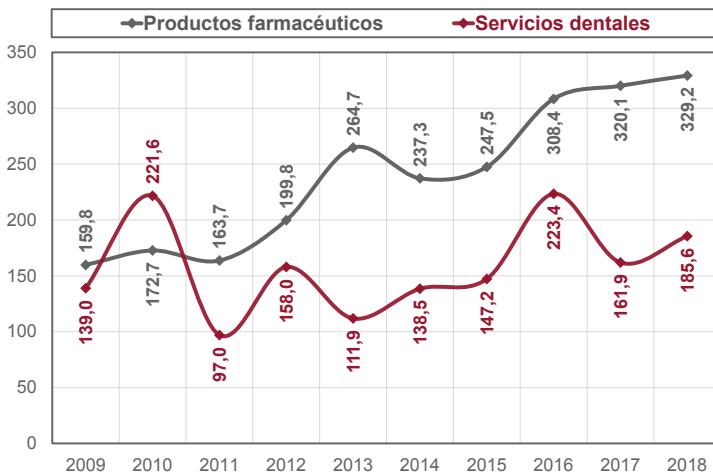
(*) Ruptura de la serie.

GRÁFICO 7.13.
PARTICIPACIÓN RELATIVA DE LOS PAGOS DIRECTOS SOBRE EL GASTO SANITARIO TOTAL PER CÁPITA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
AÑOS 2012 Y 2018 (%)



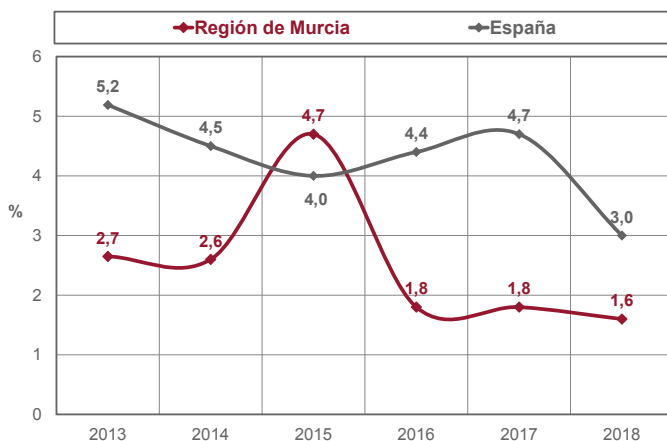
Fuente: elaboración propia a partir de EGSP (Ministerio de Sanidad); y de IDIS. Sanidad privada: aportando valor. Análisis de situación 2019.

GRÁFICO 7.14
GASTO MEDIO POR HOGAR EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y EN SERVICIOS DENTALES EN LA REGIÓN DE MURCIA.
PERIODO 2009-2018 (euros)



Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares (INE).

GRÁFICO 7.15.
BARRERAS ECONÓMICAS PARA CONSUMO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS.
PERIODO 2013-2018 (1)



(1) Porcentaje de personas que dejaron de tomar un medicamento recetado por su médico porque no pudieron pagarlo.

Fuente: Barómetro Sanitario (Ministerio de Sanidad).

La evolución del gasto medio por hogar de ambos tipos de gastos (gráfico 7.14) revela un intenso crecimiento desde 2009, aunque mucho más acentuado en el caso de los medicamentos, que se incrementa en un 106%, por un 33,5% los servicios dentales. El perfil del gasto en prestaciones farmacéuticas dibuja una tendencia claramente ascendente, lo cual parece congruente con el incremento en el copago farmacéutico a raíz de su reforma en julio de 2012. El gasto medio en prestaciones bucondentales, por su parte, muestra un comportamiento más errático, evidenciando una tenue relación con el ciclo económico.

El porcentaje de personas en la Región de Murcia que declaran haber dejado de consumir un medicamento prescrito por no poder pagarlo (gráfico 7.15) alcanza su cima en 2015 con casi un 5%, para luego descender hasta situarse en 2018 por debajo del 2%, siguiendo una evolución diacrónica con respecto al perfil de España.

En relación con el copago farmacéutico ha de destacarse, por último, el hecho de que, hasta el mes de mayo de este mismo año, la Región de Murcia era la única co-

munidad en la que los pensionistas seguían abonando el porcentaje de copago que les correspondía según el nivel de renta una vez superados los límites máximos de aportación mensual que estableció el RDL 16/2012, viéndose obligados así a “adelantar” de su bolsillo estos pagos indebidos que no les eran reembolsados hasta algunos meses después.

7.4.2. LISTAS Y TIEMPOS DE ESPERA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Antes de examinar los datos principales acerca del desempeño de la comunidad murciana en lo tocante a las listas y tiempos de demora en el acceso a los servicios sanitarios, conviene conocer el marco conceptual de referencia en el que se asientan dichos datos.

El RD 605/2003 estableció los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes que deben utilizarse para el tratamiento homogéneo de la información

sobre las listas de espera en el SNS. Por su parte, la Ley 16/2003 estableció que las CC.AA. definirían los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios de acuerdo a los criterios marco convenidos en el seno del Consejo Interterritorial del SNS. Dichos criterios marco no serían fijados, de hecho, hasta agosto de 2011, con la entrada en vigor del RD 1039/2011, que establece en su anexo un tiempo máximo de 180 días naturales para las siguientes intervenciones quirúrgicas: cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla.

No obstante, la CARM, en virtud del Decreto 25/2006, fijó con anterioridad las siguientes garantías de tiempos máximos de demora en el acceso a las diferentes prestaciones:

- Intervenciones quirúrgicas: 150 días naturales.
- Primeras consultas de atención especializada: 50 días naturales.
- Primeras pruebas diagnósticas/terapéuticas (TAC, resonancia magnética, ecografía, mamografía, endoscopia, hemodinámica, ecocardiografía y ergometría): 30 días naturales.

El plazo para cada tiempo máximo de acceso se computa desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, que corresponderá con la fecha de entrada en el registro de espera. La lista de espera estructural registra el número total de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada, una primera consulta

especializada o una primera prueba técnica, cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

En la tabla 7.11 se muestran diferentes indicadores relativos a la lista de espera quirúrgica del SMS. Como puede observarse, el número de pacientes en espera estructural no deja de aumentar entre 2009 y 2016, para descender a continuación en 2017 y 2018. El crecimiento medio anual de la lista de espera quirúrgica es del 5,4% para el conjunto del periodo.

Esta tendencia se aprecia con suma claridad cuando se normaliza la serie por cada mil habitantes, tal y como se visualiza en el gráfico 7.16, donde se dibuja una senda ascendente desde diciembre de 2008 hasta mediados de 2014, para luego estabilizarse entre esa última fecha y junio de 2016. No es hasta entonces cuando se inicia una trayectoria descendente que se prolonga hasta la mitad de 2019. Es decir, no se consigue empezar a disminuir el tamaño de la lista de espera (en relación a la población total) hasta la segunda mitad de 2016, sin llegar en ningún caso a recuperarse la tasa vigente en el momento de arranque de la serie.

Por otro lado, la evolución descrita por el porcentaje de pacientes que arrastran una demora que excede de 6 meses (esto es, el tiempo máximo de espera establecido como referente en el RD 1039/2011) sigue una trayectoria alcista prácticamente ininterrumpida entre 2007 y 2014, para descender a partir de 2015 en adelante, con acusadas oscilaciones entre los registros de junio y diciembre de cada año. Es de interés subrayar que a partir de 2016 los datos de

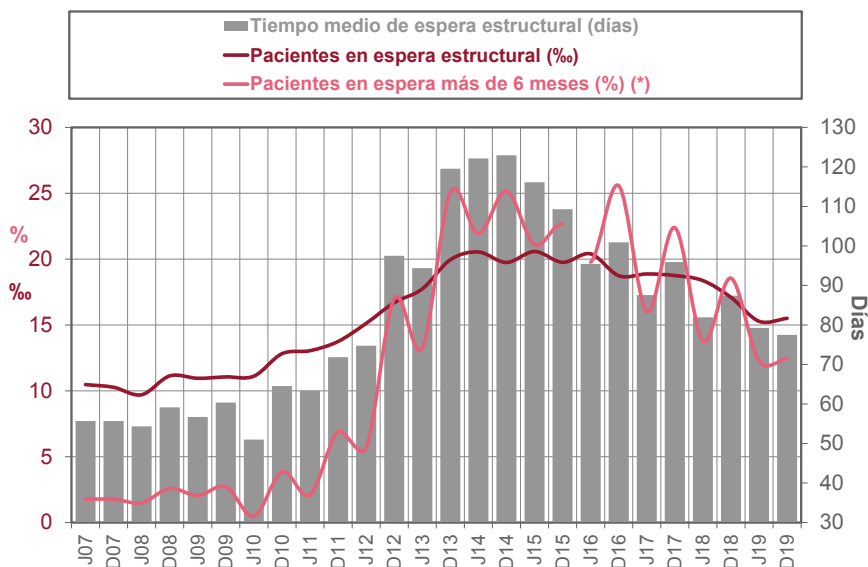
TABLA 7.11.
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.
PERIODO 2007-2019 (1)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pacientes en espera estructural (nº)	14.473	13.813	15.656	16.163	18.760	20.898	24.521	28.447	28.810	29.076	27.122	26.595	27.122
Tasa por mil habitantes	10,47	9,7	10,95	11,11	13,05	15,12	17,74	20,54	20,57	20,40	18,87	18,37	15,28
Tiempo medio de espera (días)	55,7	54,3	56,7	51,0	63,3	74,7	94,4	122,1	116,1	95,5	87,6	81,9	79,3
Pacientes en espera > 6 meses (%) (*)	1,77	1,51	2,05	0,48	2,11	5,68	13,25	21,94	21,10	19,77	16,02	13,78	12,24

(1) Datos de lista de espera en junio de cada año.

(*) Desde 2016, espera > 5 meses.

GRÁFICO 7.16.
EVOLUCIÓN DE LA ESPERA ESTRUCTURAL QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO 2007-2019



(*) Desde 2016, espera > 5 meses.

Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

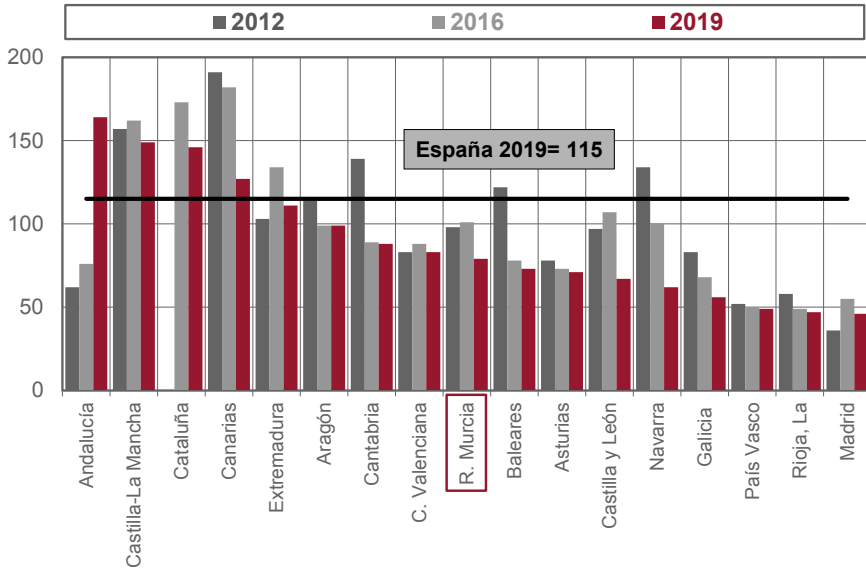
listas de espera suministrados por el SMS consideran el porcentaje de pacientes en espera por más de 5 meses (el tiempo máximo garantizado por el Decreto 25/2006). Tras la adopción de ese umbral, el porcentaje, lejos de aumentar, disminuye, lo cual sugiere un esfuerzo por aliviar la lista de los casos que acumulan mayores demoras. El reverso de esta afirmación es, sin embargo, que nada menos que un 12,2% de los pacientes en espera estructural llevarían más de 5 meses aguardando una intervención quirúrgica programada, incumpléndose, por tanto, la garantía de demora máxima establecida en la legislación autonómica.

Si analizamos ahora la evolución del tiempo medio de espera en lista quirúrgica del SMS, observamos un comportamiento semejante al del porcentaje de pacientes que afrontan mayor demora; básicamente un incremento del tiempo medio de espera entre 2007 y 2014, para luego producirse una significativa disminución del mismo (de

un 35%) entre 2015 y 2019. Gracias a este descenso en el último quinquenio, el incremento relativo de la demora media para el conjunto del periodo es de "solo" un 42,3%.

El gráfico 7.17 pone en contexto dicha evolución, comparando los tiempos medios de espera para una intervención quirúrgica no urgente de las diferentes CC.AA. en res años diferentes, 2012, 2016 y 2019 (advértese que no se dispone del dato para Cataluña en el primero de los años enunciados). Los diferentes territorios están ordenados de mayor a menor tiempo medio de espera en el año 2019. La Región de Murcia ocupa exactamente la mediana de la distribución, dejando por debajo de ella al mismo número de comunidades que por encima. En dicho año la espera media en Murcia está 36 días por debajo del promedio nacional (115 días), mientras que en 2016 la distancia era únicamente de 14 días. Así pues, podríamos decir que el esfuerzo relativo realizado en la Región de Murcia por acortar el tiempo

GRÁFICO 7.17.
TIEMPO MEDIO DE ESPERA PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NO URGENTE POR
COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
AÑOS 2012, 2016 Y 2019 (días)



Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

medio de espera para ser intervenido quirúrgicamente ha sido considerable desde 2016, situándose la reducción lograda tan solo por detrás de las conseguidas en Navarra, Castilla y León y Canarias.

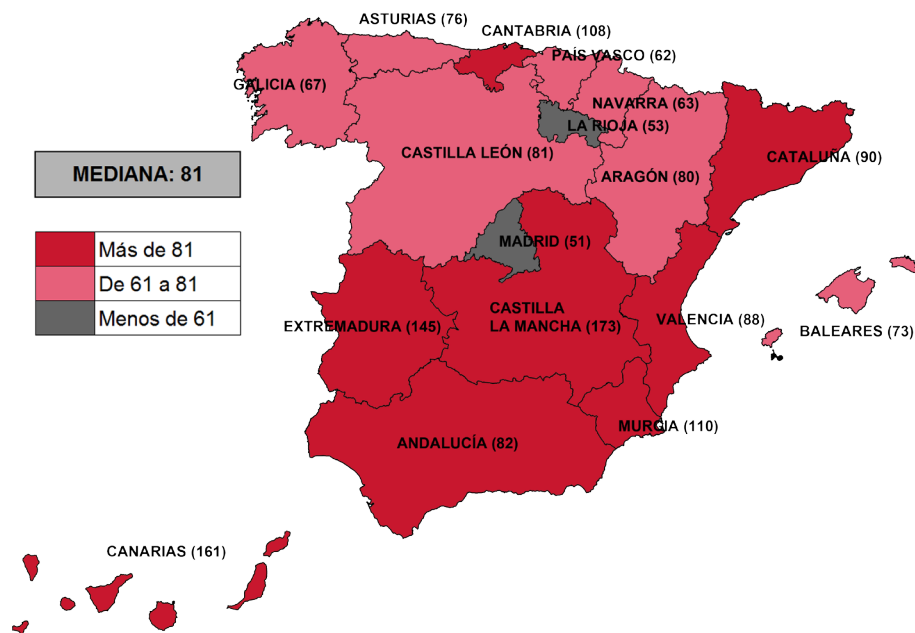
La positiva evolución descrita en los últimos años en la espera media para una intervención quirúrgica en el SMS, no debe soslayar el hecho de que la Región de Murcia acumula demoras muy superiores a las de la mayoría de los restantes territorios en algunos procesos asistenciales concretos. Este es el caso de la prótesis de cadera, uno de los procesos que registra una mayor variabilidad entre las distintas CC.AA., tal y como puede apreciarse en el mapa 7.2. La Región de Murcia se sitúa en la cuarta posición del *ranking*, con una espera media de 110 días, tan solo superada por Castilla-La Mancha, Canarias y Extremadura, por ese orden. En las antípodas se hallarían las comunidades de Madrid y La Rioja, con tiempos medios de espera de 51 y 53 días,

respectivamente. En la zona intermedia se encontrarían las comunidades forales, junto a Asturias, Cantabria, Baleares y, por muy poco, Aragón.

En cuanto a la lista de espera para primera consulta especializada en el SMS (tabla 7.12), si bien el curso seguido por el volumen de pacientes en espera estructural a lo largo del periodo considerado es fluctuante, con bajadas y subidas alternas entre 2010 y 2014 inclusive, hay dos etapas de claro crecimiento.⁷ La primera de ellas justo al inicio de la recesión económica, durante el trienio 2007-2009, mientras que la otra acontece ya durante

⁷ Hasta junio de 2017, el SMS proporciona información sobre listas de espera para consultas externas de 10 especialidades. Desde septiembre de 2017 el número de especialidades para las que se ofrece información se eleva a un total de 32. Con el fin de homogeneizar la información que se muestra en las tablas y gráficos, de 2017 en adelante las cifras se refieren exclusivamente a las 10 especialidades cuya información está disponible para la totalidad del periodo.

MAPA 7.2.
TIEMPOS MEDIOS DE ESPERA PARA PRÓTESIS DE CADERA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
JUNIO 2019 (días)



Fuente: Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad).

TABLA 7.12
LISTA DE ESPERA PARA CONSULTAS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.
PERIODO 2007-2019 (1)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pacientes en espera estructural (nº)	38.033	40.211	42.676	38.998	44.185	38.110	44.586	44.037	57.358	66.820	67.036	59.077	64.727
Tasa por mil habitantes	27,52	28,24	29,85	26,81	30,73	27,57	32,25	31,79	40,96	46,87	46,64	40,80	44,24
Tiempo medio espera 1º cons.(días)	25,4	28,2	27	28,6	34,4	41,7	53,0	54,1	59,6	57,4	58,5	52,9	49,3
Pacientes en espera > 90 días (%) (*)	14,81	14,59	14,42	14,29	13,80	18,86	40,91	34,75	42,25	57,73	65,63	62,66	72,04

(1) Datos de lista de espera en junio de cada año.

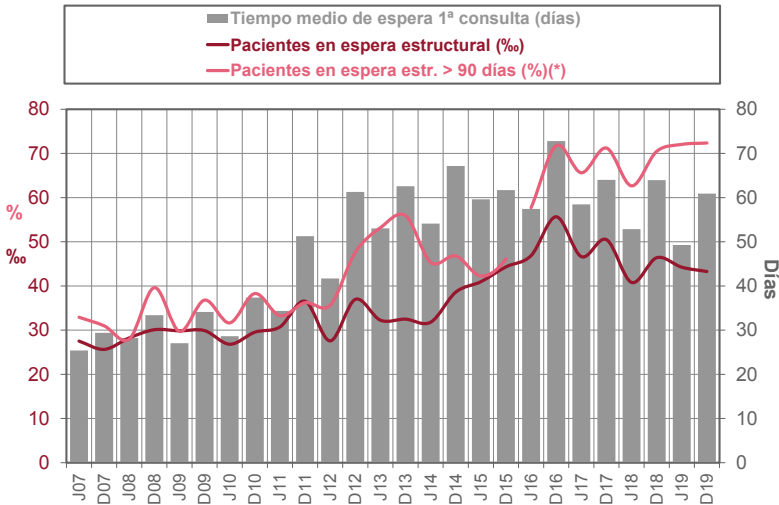
(*) Desde 2016, espera > 50 días.

Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

la recuperación económica, en el trienio 2015-2017. La tendencia global es nítidamente ascendente, con un crecimiento medio anual del 4,5% a lo largo de todo el periodo. La evolución de la tasa estandarizada sigue el mismo patrón, elevándose al 44,24 por mil en 2019, un 61% mayor que en 2007.

Por su parte, el porcentaje de pacientes en espera superior a los 3 meses (o 50 días a partir de 2016) muestra un comportamiento opuesto al descrito con anterioridad para la lista de espera quirúrgica. En el caso de la espera estructural para consultas especializadas, el porcentaje al final de la serie temporal es muy superior al de me-

GRÁFICO 7.18.
EVOLUCIÓN DE LA ESPERA ESTRUCTURAL PARA
CONSULTAS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO 2007-2019



(*) Desde 2016, espera > 50 días.

Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

diados de 2016, como puede observarse en el gráfico 7.18. No cabe, por tanto, concluir que se haya realizado en este caso el mismo esfuerzo que se invirtió en la reducción de la lista de espera quirúrgica. No en vano, el crecimiento medio anual acumulado entre 2016 y 2019 es nada menos que del 7,7%.

El tiempo medio de espera para primera consulta sí sigue un patrón similar al que antes comentamos para la lista de espera quirúrgica. Dicha variable aumenta hasta 2015, para disminuir lentamente desde entonces. Globalmente experimenta un incremento del 94% para el conjunto del periodo. En comparación a las restantes CC.AA. (gráfico 7.19) la Región de Murcia es el territorio que logra un mayor descenso del tiempo medio de espera para primera consulta (32,9%) entre 2016 y 2019, logrando situar esa demora promedio 32 días por debajo de la media nacional, mientras en 2016 el tiempo medio de espera superaba en un día al de España.

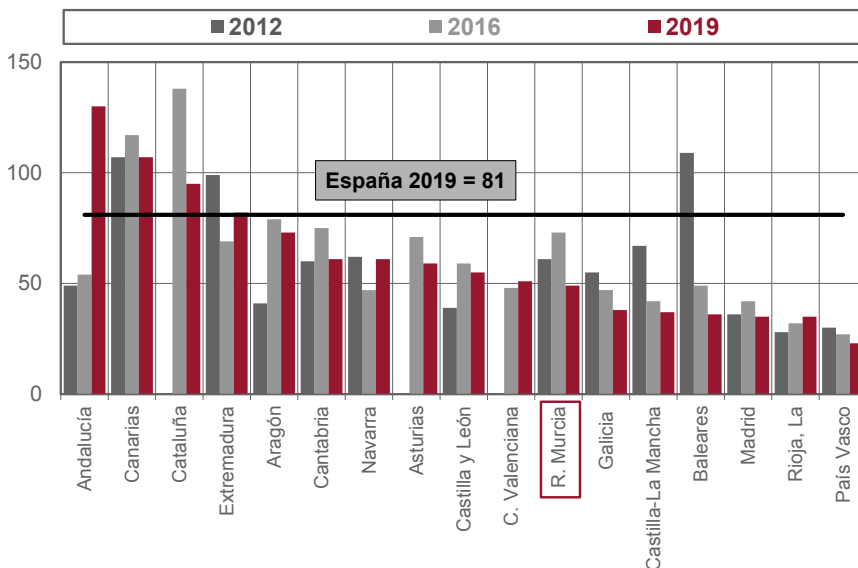
Respecto de las pruebas diagnósticas y terapéuticas, el tamaño de la lista de espera (tabla 7.13) más que se dobla entre 2007 y

2010, para mantenerse relativamente estable hasta 2015, año en el que se produce otro salto incremental, con más de 30.000 pacientes en espera estructural, hasta que en 2017 se produce un nuevo salto hacia delante, alcanzándose la cota de los 40.000 pacientes, cifra que se desinfla un tanto a lo largo del bienio 2018-2019.⁸ Cuando se tiene en cuenta la dimensión poblacional, la trayectoria seguida es semejante, si bien el incremento experimentado es ligeramente menor, acumulando un crecimiento medio anual del 10,7% frente al 11% que registra la lista de espera.

El perfil que traza la evolución del tiempo medio de espera de los pacientes que aguardan una prueba técnica (gráfico

⁸ También en el caso de las pruebas técnicas existe una ruptura en la serie, de manera que, hasta junio de 2017, el SMS proporciona información sobre listas de espera para un total de 8 pruebas diagnósticas, mientras que desde septiembre de 2017 se añaden 11 pruebas más al sistema de información, alcanzándose un total de 19. Con el fin de homogeneizar la información que se muestra en las tablas y gráficos, de 2017 en adelante las cifras se refieren exclusivamente a las 8 pruebas cuya información está disponible para la totalidad del periodo.

GRÁFICO 7.19.
TIEMPO MEDIO DE ESPERA PARA UNA PRIMERA CONSULTA ESPECIALIZADA POR
COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
AÑOS 2012, 2016 Y 2019 (días)



Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

TABLA 7.13.
LISTA DE ESPERA PARA PRUEBAS TÉCNICAS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD
(1ª PRUEBA). PERIODO 2007-2019 (1)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pacientes en espera estructural (n°)	10.070	13.922	16.482	22.456	21.515	21.928	23.853	20.410	30.448	30.078	40.216	31.264	35.532
Tasa por mil habitantes	7,14	9,88	11,38	15,35	15,13	15,96	17,20	14,74	21,74	21,10	27,98	21,59	24,29
Espera media atendidos (días)	20,6	19,9	17,6	17,6	18,3	15,2	18,2	19,2	24,3	24,7	27,1	29,4	51,0
Pacientes en espera sin fecha (%)	29,33	57,55	64,17	72,94	66,20	90,29	92,45	90,00	92,27	94,33	85,01	76,56	80,46

(1) Datos de lista de espera en junio de cada año.

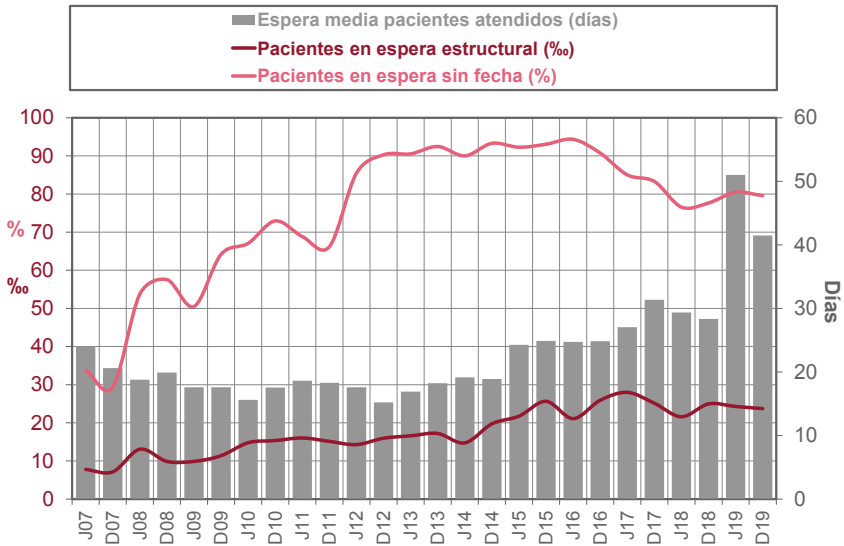
Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

7.20) es el de una U muy abierta, dibujando un declive que se prolonga hasta 2012, para luego registrarse un suave ascenso hasta 2017/2018, y dispararse súbitamente en 2019 por un incremento de casi 22 días en un solo año (una variación del 73,7% cuando el crecimiento medio anual hasta 2018 es de tan solo el 3,3%).

Pero, sin duda, el dato más preocupante en relación a la evolución de la espe-

ra estructural para pruebas técnicas en el SMS es el del porcentaje de pacientes en espera sin fecha asignada. Este porcentaje se triplica en 7 años, para mantenerse estabilizado entre 2014 y 2016, descendiendo a lo largo del último trienio del periodo. En 2019 dicho porcentaje es del 80,5%, lo cual supone un 174% más del valor que poseía en 2007. El descenso experimentado desde 2016, cénit de la serie, ronda el 15%.

GRÁFICO 7.20.
EVOLUCIÓN DE LA ESPERA ESTRUCTURAL PARA PRUEBAS TÉCNICAS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. PERIODO 2007-2019



Fuente: Portal sanitario MurciaSalud.

7.4.3. COBERTURA VACUNAL

En general, en España, para las vacunas incluidas en el calendario común de vacunación (el calendario pactado en el seno del Consejo Interterritorial del SNS) y que son administradas en la infancia, la cobertura vacunal (el porcentaje de niños de una cohorte determinada que son vacunados) es superior al 95% en las primeras dosis, disminuyendo ligeramente en las de refuerzo (Calderón et al., 2018). El calendario vacunal infantil vigente en la Región de Murcia es análogo al común, no incluyéndose ninguna vacuna adicional a las allí contempladas.

Dos de las vacunas incluidas en el calendario son la vacuna para la poliomielitis y la denominada vacuna triple vírica, indicada para sarampión, rubéola y parotiditis. Como muestra la tabla 7.14, la cobertura de inmunización alcanzada en la Región de Murcia con ambas vacunas, tanto en primovacuna, como en dosis de refuerzo, excede la media nacional. No sucede así con la vacuna para la gripe en el grupo de 65 años en adelante, cuyo índice de cobertura se encuentra 2 puntos por debajo del homólogo nacional.

El gráfico 7.21 muestra cómo las coberturas de las primovacunas son superiores a las logradas con las dosis de

TABLA 7.14.
COBERTURA VACUNAL. AÑO 2018 (1)

	Gripe (> 65 años)	Poliomielitis		Sarampión-Rubéola-Parotiditis	
		Primovac. (0-1 años)	Refuerzo (1-2 años)	Primovac. (1-2 años)	Refuerzo (3-6 años)
R. Murcia	52,2	98,9	96,9	98,6	95,0
España	54,2	97,4	93,4	97,1	94,1

(1) Porcentaje de niños vacunados dentro de cada cohorte.

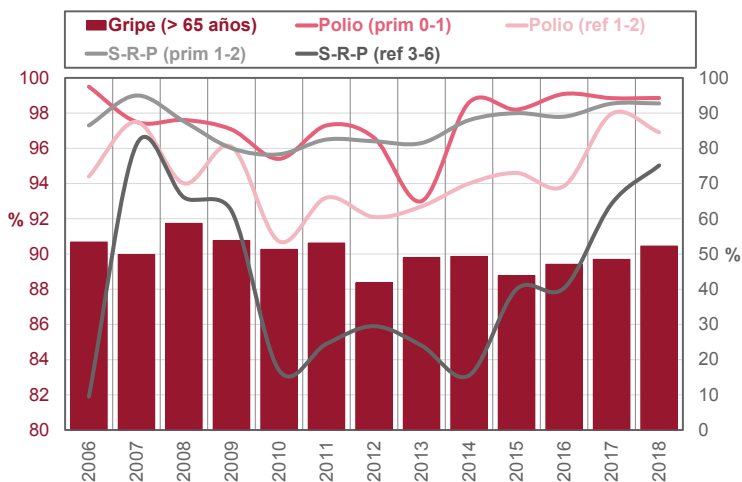
Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

refuerzo, sobre todo con la vacuna triple vírica. La cobertura vacunal para la gripe sufre un cierto declive a partir de 2012, de forma que la cobertura en 2018 es un punto inferior a la registrada en 2006.

Por último, se confirma en el gráfico 7.22 que la Región de Murcia se halla junto

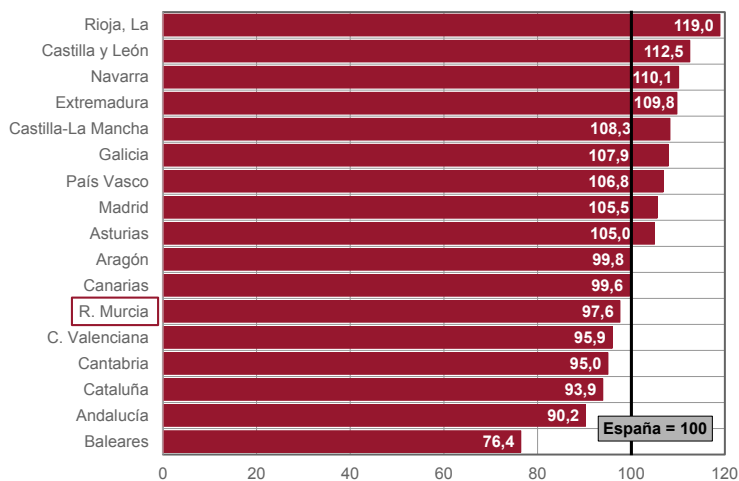
a otras siete CC.AA. por debajo de la media nacional en cuanto a su cobertura vacunal frente a la gripe, entre los mayores de 64 años. Encabezan la clasificación las comunidades de La Rioja, Castilla y León y Navarra, las tres con coberturas vacunales más de un 10% superiores a la del conjunto del estado.

GRÁFICO 7.21.
EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA VACUNAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 2006-2018 (%)



Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.22.
COBERTURA VACUNAL FRENTE A LA GRIPE EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. AÑO 2018 (España=100)



Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

7.5.

ESTILOS DE VIDA, DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA SALUD, Y CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO

7.5.1. ESTILOS DE VIDA Y DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA SALUD

Dentro de los determinantes no sanitarios de la salud destacan, por su impacto, los estilos de vida, así como los determinantes biológicos y sociales. En el primer caso, se incluyen todos aquellos hábitos que incrementan los factores de riesgo (llamados, de hecho, conductuales)

asociados a una amplia variedad de causas de muerte evitables. A su vez, los determinantes biológicos hacen alusión a factores metabólicos que condicionan la salud. Por último, los determinantes sociales atañen al nivel socioeconómico y educativo de la población.

La tabla 7.15 ofrece una síntesis panorámica de los principales indicadores encuadrados en cada uno de los dominios antedichos. Así, en primer lugar, destaca la magnitud de la prevalencia de sedentarismo en adultos (población de 15 y más años) en la Región de Murcia, 7 puntos porcentuales superior al conjunto nacional en 2017 y, lo que es más preocupante, situada prácticamente al mismo nivel que en 2014.

La comparación también resulta desfavorable a la comunidad murciana respecto a la prevalencia del consumo de tabaco en adultos que, si bien muestra una tendencia descendente desde 2009, aún permanece por encima de la media española. Reforzando este punto hay que señalar que la Región de Murcia es la comunidad autónoma que registra la edad más temprana (15,9 años) para iniciarse en el consumo de tabaco (tabla 7.16). Es, asimismo, uno de los territorios con una menor edad de inicio en el consumo diario de tabaco (18 años), ocupando la cuarta posición del *ranking*.

TABLA 7.15.
ESTILOS DE VIDA, DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y SOCIALES.
AÑOS 2009, 2014 Y 2017

	Región de Murcia			España		
	2009	2014	2017	2009	2014	2017
Prevalencia de consumo de tabaco en adultos	26,7	25,6	23,3	26,2	23,0	22,1
Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol	4,2	1,7	0,5	3,2	1,6	1,6
Prevalencia de sedentarismo en adultos	53,8	44,5	44,8	44,4	36,7	37,8
Prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años	39,5	37,9	45,0	37,7	35,7	37,1
Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años	22,2	17,3	16,1	16,0	16,9	17,4
Prevalencia de sobrepeso en población infantil (2006, 2011, 2017)	21,9	15,1	25,8	18,7	18,3	18,3
Prevalencia de obesidad en población infantil (2006, 2011, 2017)	10,8	12,6	14,2	8,9	9,6	10,3
Tasa de pobreza	29,1	37,2	28,6	20,4	22,2	21,5
Proporción de población adulta con bajo nivel de estudios (*)	55,4	51,1	48,3	48,5	43,4	40,9
Porcentaje de población de clase social baja (2006, 2011, 2017)	61,5	51,9	54,9	55,5	47,4	46,9

(*) Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior.

Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

Destaca (en este caso para bien) la trayectoria seguida en la evolución de la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol, esto es, el porcentaje de población de 15 años en adelante con un consumo diario de alcohol en cantidades de riesgo para la salud. Este indicador ha descendido un 88% en 8 años, representando tan solo un tercio de la prevalencia a nivel nacional. Esta baja prevalencia del consumo de riesgo de alcohol se ve acompañada, lamentablemente, por una de las edades medias de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas más precoces del territorio nacional (16,2 años), si bien la dispersión en este caso es muy reducida en España pues todas las edades de inicio se comprimen en un rango de poco más de 1 año.

Respecto a otro indicador relacionado con los estilos de vida, en concreto, el consumo de cannabis, la tabla 7.16 muestra cómo la Región de Murcia, al igual que ocurría con el tabaquismo, es la comunidad autónoma con una menor edad de inicio en su consumo

de toda España (17,8 años frente a una edad media de 18,4 años en el conjunto nacional). Parece evidente, por tanto, que hay una correlación entre ambos consumos, probablemente porque el consumo de tabaco sea la puerta de entrada al de cannabis, ya que la edad de inicio en el hábito tabáquico es unos 2 años anterior a la correspondiente al consumo de cannabis.

La situación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, particularmente en la población infantil, es ciertamente preocupante en la Región de Murcia. Sus niveles son sensiblemente superiores a los nacionales en 2017, reflejando una tendencia ascendente desde el año 2006. Estos guarismos anticipan problemas metabólicos que se van acentuando con la edad, como la diabetes y la hipertensión. De hecho, ya en la actualidad la prevalencia de sobrepeso en los adultos murcianos sobrepasa la media nacional, exhibiendo una tendencia creciente desde 2014. La prevalencia de la obesidad en adultos

TABLA 7.16.
EDAD MEDIA DE INICIO EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN DE
15-64 AÑOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
AÑO 2017 (años)

	Tabaco	Tabaco diario	Bebidas alcohólicas	Cannabis
Andalucía	16,9	18,5	16,9	18,2
Aragón	16,3	17,9	16,0	18,2
Asturias	16,5	18,5	16,4	19,5
Baleares	17,5	18,5	16,8	18,9
Canarias	16,7	17,9	17,1	17,9
Cantabria	16,1	17,7	16,3	18,2
Castilla y León	16,2	18,4	16,3	19,1
Castilla-La Mancha	16,2	18,3	16,6	18,4
Cataluña	16,7	18,6	16,7	18,5
C. Valenciana	16,4	19,2	16,1	18,5
Extremadura	16,3	18,1	17,2	18,8
Galicia	16,8	20,0	16,5	18,5
Madrid	16,5	18,3	16,6	18,2
R. Murcia	15,9	18,0	16,2	17,8
Navarra	17,3	20,4	16,7	18,8
País Vasco	16,3	18,1	16,2	18,1
Rioja. La	17,0	19,4	16,7	19,6
España	16,6	18,6	16,6	18,4

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (Ministerio de Sanidad).

TABLA 7.17.
INDICADOR AROPE, SUS COMPONENTES Y TASA DE TEMPORALIDAD LABORAL POR
COMUNIDADES AUTÓNOMAS. AÑO 2018 (%)

	Indicador AROPE	Tasa de pobreza	Carencia material severa	Baja intensidad en el trabajo	Tasa de temporalidad
Andalucía	38,2	32,0	8,0	18,1	36,2
Aragón	17,7	14,2	1,2	5,6	24,5
Asturias	20,9	14,0	6,0	13,6	23,8
Baleares	18,1	15,4	5,3	4,4	26,0
Canarias	36,4	32,1	8,8	16,3	29,9
Cantabria	25,0	19,9	3,6	11,2	24,1
Castilla y León	19,5	16,1	1,9	8,8	23,5
Castilla-La Mancha	33,5	29,9	7,2	12,3	27,3
Cataluña	18,9	13,6	6,5	5,8	20,9
C. Valenciana	30,2	26,0	2,9	10,7	28,0
Extremadura	44,6	37,6	8,5	15,3	36,1
Galicia	23,0	18,8	1,6	11,1	26,7
Madrid	19,0	16,1	4,7	6,5	19,2
R. Murcia	32,7	28,6	5,7	10,0	31,7
Navarra	12,6	8,9	5,9	8,1	23,5
País Vasco	12,1	8,6	3,2	7,1	25,9
Rioja, La	20,4	16,6	3,5	8,8	24,4
España	26,1	21,5	5,4	10,7	26,1

Fuente: INE: Encuesta de Condiciones de Vida.

muestra, por el contrario, una trayectoria descendente desde 2009, logrando situarse por debajo del promedio nacional en 2017.

Por lo que respecta a los determinantes sociales de la salud, la tasa de pobreza monetaria o porcentaje de población en riesgo de pobreza excede con mucho del valor nacional (28,6% frente a 21,5%), si bien hay que destacar el considerable descenso conseguido desde 2014, acumulando una reducción del 23,1%. La pobreza monetaria no es sino una medida de desigualdad económica, siendo esta uno de los determinantes más importantes de la salud. Resulta muy preocupante, por tanto, esta cifra, que no deja de estar correlacionada con el elevadísimo porcentaje de población de clase social baja que habita la Región de Murcia: casi un 55% por un 47% en España.

Un dato no menos preocupante es el concerniente al porcentaje de población adulta con bajo nivel de estudios, esto es, la fracción de la población de 25 a 64 años

que acreditan haber completado, como máximo, la primera etapa de educación secundaria. La relación entre nivel de estudios y estado de salud es una de las conexiones mejor estudiadas en economía de la salud, supuesto básico, de hecho, en los modelos de demanda de asistencia sanitaria. Así pues, es una pésima noticia comprobar que en 2017 el 48,3% de la población comprendida en la franja de edad mencionada posee un bajo nivel de estudios (casi 8 puntos porcentuales por encima del promedio nacional).

El mal desempeño en los determinantes sociales de la Región de Murcia se ve amplificado cuando se complementa la tasa de pobreza con otros indicadores relacionados, como el porcentaje de población que sufre carencia o privación material severa⁹ y la fracción de población con baja intensidad

⁹ Personas que viven en hogares que no pueden permitirse cuatro de los nueve ítems de consumos básicos definidos en la Unión Europea.

TABLA 7.18.
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. AÑO 2018 (%)

	Incidencia accidentes de trabajo (1)	Incidencia enfermedades profesionales (1)	Tasa siniestralidad vial (2)	Población que vive en viviendas con deficiencias
Andalucía	38,2	32,0	8,0	23,7
Aragón	17,7	14,2	1,2	9,8
Asturias	20,9	14,0	6,0	18,2
Baleares	18,1	15,4	5,3	19,7
Canarias	36,4	32,1	8,8	16,0
Cantabria	25,0	19,9	3,6	8,7
Castilla y León	19,5	16,1	1,9	9,2
Castilla-La Mancha	33,5	29,9	7,2	15,7
Cataluña	18,9	13,6	6,5	13,0
C. Valenciana	30,2	26,0	2,9	13,4
Extremadura	44,6	37,6	8,5	18,0
Galicia	23,0	18,8	1,6	24,8
Madrid	19,0	16,1	4,7	10,8
R. Murcia	32,7	28,6	5,7	19,8
Navarra	12,6	8,9	5,9	15,3
País Vasco	12,1	8,6	3,2	12,3
Rioja, La	20,4	16,6	3,5	12,8
España	26,1	21,5	5,4	15,9

(1) Tasa por 100.000 trabajadores expuestos al riesgo

(2) Tasa por millón de habitantes, año 2017

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (INE) y Estadísticas de siniestralidad vial (DGT).

de trabajo en el hogar.¹⁰ La combinación de estos tres elementos permite obtener el porcentaje de personas que se encuentran en riesgo de pobreza y/o exclusión social (indicador AROPE). La población AROPE (*people at risk of poverty and/or social exclusion*) sería aquella que cumple una, dos o las tres características mencionadas simultáneamente. Pues bien, como refleja la tabla 7.17 la Región de Murcia es la cuarta comunidad autónoma con un mayor porcentaje de población en riesgo de pobreza y/o exclusión social, tan solo superada por Andalucía, Canarias y Castilla-La Mancha. Posiblemente una clave explicativa para este mal desempeño provenga de la precariedad

del mercado de trabajo local, tal y como se proyecta en su tasa de temporalidad, la tercera mayor de España, únicamente rebasada por Andalucía y Extremadura.

7.5.2. CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO

Los riesgos para la salud asociados a las condiciones laborales y a las de la vivienda y el entorno constituyen una de las dimensiones abordadas por los Indicadores Centrales de Salud Europeos.¹¹ Se encuentra asimismo reconocido en el marco de dominios de los Indicadores Clave el Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), si bien no se han formulado aún indicadores dentro del listado.

¹⁰ Personas, de cero a 59 años, que residen en hogares en los que sus miembros adultos en edad de trabajar menores de 60 años lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año anterior al de la entrevista.

¹¹ European Core Health Indicators (https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_en).

La tabla 7.18 recoge dos indicadores relacionados con las condiciones de trabajo, un tercero asociado a las condiciones del entorno y un último indicador concerniente al estado de la vivienda. Como puede apreciarse, la Región de Murcia ocupa una posición destacada entre las comunidades autónomas con una mayor incidencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, situándose en la cuarta posición de la clasificación, 7 puntos porcentuales por encima de la media nacional en ambos casos. Por su parte, la CARM ocupa un lugar intermedio respecto a la siniestralidad vial, aunque la incidencia de los accidentes mortales de tráfico es ligeramente superior a la media. Finalmente, nada menos que casi la quinta parte de la población murciana vive en hogares con problemas estructurales en su vivienda (como goteras, humedades en paredes, suelos, techos o cimientos, podredumbre en suelos, marcos de ventanas o puertas), un porcentaje significativamente mayor que el promedio nacional (15,9%) y únicamente superado por los de Galicia, Andalucía y Baleares.

repassado una amplia variedad de determinantes sociales y biológicos, así como conductuales, que mediatizan el estado de salud de la población. No obstante, es innegable la contribución de los sistemas sanitarios públicos al mantenimiento de dicho estado. Así pues, el conocimiento de los resultados relacionados con la calidad asistencial constituye un elemento crucial para juzgar la eficiencia y equidad del sistema, al ponerlo en relación con sus recursos y actividad asistencial, así como con las condiciones de acceso a los servicios sanitarios que presta.

Examinaremos en primer lugar los principales indicadores de bienestar relacionado con la salud, analizando asimismo la morbilidad y mortalidad, evitable y no evitable, de la población murciana. De esta distinción surge la posibilidad, siquiera tentativa, de evaluar el éxito del sistema sanitario en ofrecer una adecuada calidad asistencial. Dicha evaluación se nutre asimismo de otros indicadores relativos a la efectividad, seguridad y pertinencia de la actividad asistencial, así como de la opinión que poseen los propios usuarios del sistema.

7.6. INDICADORES DE RESULTADOS SANITARIOS Y DE SALUD

Abordamos en esta sección el análisis de los resultados del sistema sanitario público en la Región de Murcia. Estos resultados son, como veremos, de diverso tipo, no siendo los directamente asociados a la salud responsabilidad exclusiva (ni siquiera principal) del sistema sanitario. Ya hemos

7.6.1. INDICADORES DE BIENESTAR RELACIONADO CON LA SALUD

El indicador tradicional de salud es la esperanza de vida. Esta puede calcularse al nacer, así como para diferentes grupos etarios. La evolución que describe la esperanza de vida al nacer en la Región de Murcia desde 2009 es, primero, de avance, ganando casi 2 años en un quinquenio, para luego retroceder un cuarto de año entre 2014 y 2017. Esta trayectoria es compartida con el conjunto nacional que, de hecho, gana menos años de vida entre 2009 y 2017 pero partiendo de una esperanza de vida mayor y sin llegar a retroceder en el último trienio del periodo. El negativo balance que ofrece la esperanza de vida al nacer se extiende, asimismo, a la esperanza de vida a los 65 años, que ofrece un magro incremento

para el conjunto del periodo (algo más de 1 año) en la Región de Murcia, motivado por el retroceso que experimenta desde 2014 este indicador. Esto también sucede a escala nacional, pero alcanzándose en 2017 un mejor dato (21,4 años frente a 20,65 años en la Región). En consecuencia, y con las debidas cautelas, puede que los efectos sobre la salud de la crisis económica, más intensa en la Región de Murcia, se hayan manifestado con una cierta latencia entre la población. Esta hipótesis, cuya contrastación requeriría de un estudio mucho más profundo que el que permite el presente capítulo, no es descabellada pese a no haberse identificado en los trabajos realizados al respecto para España un impacto significativo en el corto plazo ni en la mortalidad ni en la salud autopercebida de la población general (Oliva et al., 2018).

La senda seguida por los indicadores de salud autopercebida en la Región de Murcia parece avalar la conclusión de Oliva et al., ya que no han dejado de mejorar desde 2009, tal y como recoge la tabla 7.19. Hay que destacar, en particular, cómo el porcentaje de población de 65 y más años que valora positivamente su estado de salud se ha incrementado en un 46,2%. No obstante, estos mismos autores alertan acerca del “impacto negativo sobre la salud mental, especialmente entre los varones”, que ha traído la crisis. Esta observación también se refrenda en el caso murciano, donde el porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental ha em-

peorado considerablemente desde 2006, incrementándose en un 35,4%, mientras que en el conjunto nacional se produce un descenso del 15,5%.

Si bien es importante la longevidad, lo es más, si cabe, la calidad con que se disfruta de las ganancias adicionales de esperanza de vida. Disponemos para analizar la calidad de vida relacionada con la salud del indicador de años de vida saludable, que podemos concebir como una suerte de esperanza de vida “ajustada” por la calidad. Y aquí, los resultados de la Región de Murcia no merecen mejor calificativo que el de desoladores, tanto si el referido ajuste se efectúa desde el nacimiento, como cuando se practica a los 65 años de edad. En el primer caso, asistimos a una pérdida de cerca de 3,5 años a lo largo de todo el periodo, causados, no obstante, por el enorme retroceso que experimenta este indicador desde 2014, nada menos que una pérdida de 8,24 años en buena salud. Durante la misma etapa España, en cambio, ve aumentar los años de vida saludables al nacer en 1,24 años (0,26 desde 2014).

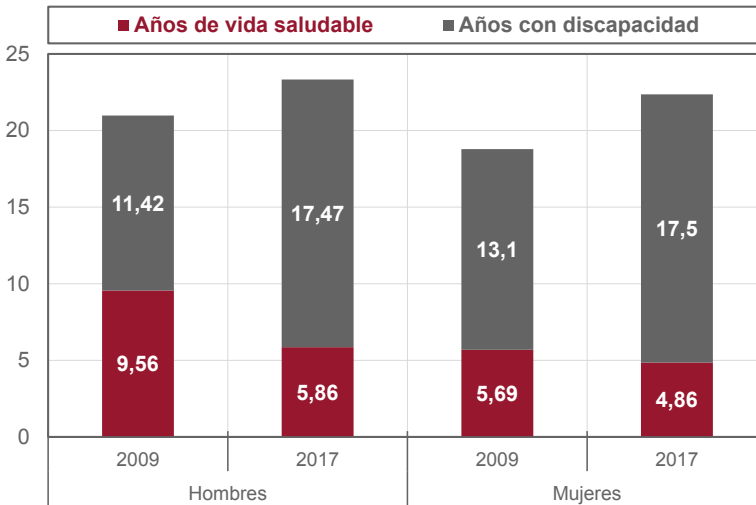
Cuando analizamos la pérdida de años de vida saludable para el estrato de edad de 65 y más años de la población murciana comprobamos que es en ese grupo de edad donde se concentra la mayor parte de esa pérdida: 2,32 años perdidos entre 2009 y 2017, algo más de 5 a partir de 2014. Contrasta nuevamente esta realidad con la del conjunto nacional,

TABLA 7.19.
INDICADORES DE BIENESTAR: ESPERANZA DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA.
AÑOS 2009, 2014 Y 2017

	Región de Murcia			España		
	2009	2014	2017	2009	2014	2017
Esperanza de vida al nacer	81,08	82,86	82,61	81,85	83,22	83,25
Esperanza de vida a los 65 años	19,53	21,04	20,65	20,49	21,49	21,40
Años de vida saludable al nacer	58,98	63,82	55,58	61,96	62,94	63,20
Años de vida saludable a los 65 años	7,56	10,28	5,24	9,04	9,79	10,09
% de población con valoración positiva de su estado de salud	67,70	66,80	75,04	70,86	70,99	74,02
% de población de 65 y más años con valoración positiva de su estado de salud	28,77	34,67	42,05	38,40	43,58	45,38
Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental (2006, 2011, 2017)	20,27	22,09	27,45	21,31	20,41	18,01
Índice de calidad de vida infantil relacionada con la salud (2006, 2011, 2017)	82,13	84,87	87,11	85,53	87,88	87,40

Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.23.
AÑOS DE VIDA SALUDABLE Y CON DISCAPACIDAD A LOS 65 AÑOS EN LA REGIÓN DE MURCIA.
AÑOS 2009 Y 2017



Fuente: Esperanzas de vida y años de vida saludable (Ministerio de Sanidad).

para el que el indicador avanza aproximadamente 1 año en la totalidad del periodo. Por término medio, las personas de 65 años de la Región de Murcia han visto descender el peso que tienen los años de vida saludable sobre su expectativa de vida un 48% desde 2014. Si en esa fecha prácticamente la mitad de su esperanza de vida se iba a disfrutar en buena salud, en 2014 tan solo la cuarta parte. Un empeoramiento espectacular de la calidad de vida en edades avanzadas que no se ha producido en el conjunto del estado.

El gráfico 7.23 abunda en el análisis de la calidad de vida entre la población de 65 años en adelante en la Región de Murcia, diferenciando además por sexos. Como vemos, si bien los hombres experimentan un mayor avance de los años de vida con discapacidad entre 2009 y 2017, las mujeres continúan disfrutando de un menor número de años de vida saludable (1 año menos que los hombres, en 2017). Los datos revelan en cualquier caso un serio deterioro de la calidad de vida entre la población mayor, que ve incrementarse

la carga de la discapacidad que soporta, no ya en términos relativos, sino incluso absolutos. Así, los varones de 65 años de la Región de Murcia viven tres cuartas partes de su esperanza de vida con discapacidad, y las mujeres hasta un 78% de su tiempo.

7.6.2. INDICADORES DE MORTALIDAD

La mortalidad puede deberse a causas diversas: unas obedecen directamente a distintas patologías; otras son externas, esto es, accidentales (incluyendo la propia iatrogenia del sistema sanitario) o violentas (suicidios y homicidios). Asimismo, hay una mortalidad “evitable”, esto es, una mortalidad atribuible a “procesos que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos” (Gispert et al., 2006). Este tipo de mortalidad, siguiendo nuevamente a Gispert et al.,

puede deberse a dos clases de causas de muerte: de un lado, aquellas “causas susceptibles de intervención de servicios de asistencia sanitaria”; de otro, las “causas susceptibles de intervención de políticas sanitarias intersectoriales”.

La tabla 7.20 ofrece la serie de tasas de mortalidad ajustadas por edad¹² por diferentes causas, para la Región de Murcia y España, en el periodo 2009-2017. El primer dato que se ha de resaltar es que la tasa de mortalidad por todas las causas es mayor en el territorio murciano (470,5 fallecidos por cien mil habitantes en 2017). Desagregando este indicador por diferentes causas de muerte, si bien en la mayoría de las ocasiones ha experimentado una sensible disminución desde 2009, no es menos cierto que también en la mayoría de los casos continúa excediendo del conjunto nacional. Es así para todas las causas de muerte a excepción de la mortalidad por cáncer, accidentes no intencionales y suicidio. Hay que enfatizar que la disminución de las diferentes tasas de mortalidad se consigue fundamentalmente en la primera etapa del periodo, entre 2009 y 2014, para descender en mucha menor medida a partir de entonces. Nuevamente podría conjeturarse sobre la posible latencia con que la crisis económica puede haber pasado factura a la población.

La tasa de mortalidad prematura, el segundo de los indicadores reflejados en la tabla 7.20, recoge el impacto de la mortandad entre la población menor de 75 años. Se efectúa así una primera aproximación al concepto de mortalidad evitable y, por tanto, a las causas de muerte más estrechamente relacionadas con el desempeño del sistema sanitario, aun cuando algunas de ellas sean demasiado amplias (p.ej. mortalidad por cáncer) como para imputarlas en su totalidad a carencias en la atención sanitaria prestada.

Como sucedía antes, la muerte prematura para los procesos seleccionados retrocede entre 2009 y 2017, aunque de forma débil desde 2014, con la excepción de la mortalidad atribuible a enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, que experimenta su mayor descenso en la segunda mitad del periodo. En este caso, en el año 2017, las tasas de mortalidad prematuras por cáncer y por cardiopatía isquémica en la Región de Murcia resultan inferiores a las correspondientes a España, rebasando el promedio nacional en los restantes casos (diabetes, enfermedad vascular cerebral y enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores). Además, como puede verse en el gráfico 7.24, la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica en la Región de Murcia ha decrecido a un mayor ritmo a lo largo del periodo de lo que lo ha hecho la media nacional. En este caso puede hablarse, por tanto, de un proceso de convergencia, partiendo de una posición más desventajosa respecto del promedio nacional en 2009.

En el lado opuesto al caso de la cardiopatía isquémica se encuentra el comportamiento seguido por la tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus, un 28% superior a la tasa nacional en 2017 y, además, sin apenas descender desde 2009, mientras que la media nacional lo ha hecho un 27%. Cabe, en consecuencia, hablar en este caso de un proceso de divergencia respecto al promedio nacional. También resulta preocupante la evolución seguida por la tasa prematura de mortalidad perinatal, ubicada, como la diabetes mellitus, en el cuadrante de “divergencia”.

En un intento por acotar más estrechamente las causas de muerte “susceptibles de intervención de servicios sanitarios”, estimamos la tasa ajustada de mortalidad por causas de muerte relacionadas con la calidad del sistema sanitario¹³. En concreto consideramos la mortalidad ajustada por edad por apendicitis, hernia y obstrucción intestinal y

12 La tasa ajustada de mortalidad es una media ponderada de tasas específicas de mortalidad por edad, cuyo factor de ponderación es la proporción de la población en cada grupo de edad de la población estándar que, en este caso, es la población europea.

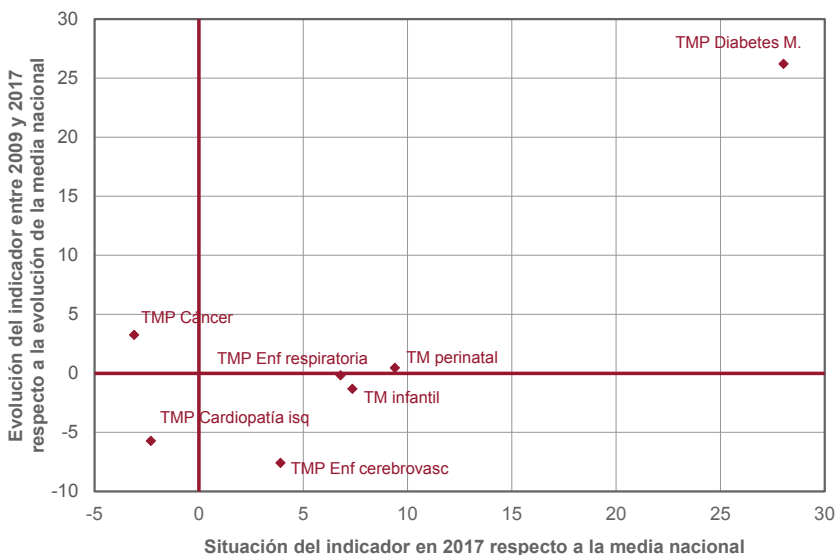
13 Seguimos aquí el criterio establecido por el Ministerio de Sanidad en la publicación Patrones de mortalidad en España, 2017.

TABLA 7.20.
INDICADORES DE MORTALIDAD. AÑOS 2009, 2014 Y 2017.

	Región de Murcia			España		
	2009	2014	2017	2009	2014	2017
Tasa de mortalidad ajustada por edad, por 100.000 hab.						
General	537,17	458,05	470,48	501,71	447,76	445,02
Por cardiopatía isquémica	50,10	36,73	36,61	45,17	36,44	33,88
Por enfermedad cerebrovascular	44,32	29,92	29,39	36,01	27,19	25,06
Por cáncer	147,73	139,81	136,71	152,13	143,08	138,89
Por EPOC	24,04	18,94	18,10	18,66	15,65	14,85
Por neumonía e influenza	13,12	11,35	12,16	9,93	8,68	9,84
Por enfermedad crónica del hígado	10,11	8,61	7,05	8,61	6,89	6,40
Por diabetes mellitus	11,80	11,98	11,90	11,71	9,60	8,99
Por accidentes no intencionales	15,95	12,14	14,22	16,54	14,00	15,00
Por suicidio	6,13	6,72	6,03	6,28	7,02	6,44
Por enfermedad de Alzheimer	15,29	17,22	16,94	11,60	12,06	12,00
Tasa de mortalidad prematura, ajustada por edad, por 100.000 hab.						
Por cáncer	98,31	92,27	92,11	105,11	97,99	95,06
Por cardiopatía isquémica	21,88	17,53	16,11	20,78	17,53	16,49
Por diabetes mellitus	3,73	3,96	3,70	3,96	3,12	2,89
Por enfermedad vascular cerebral	13,05	8,03	8,50	11,25	8,57	8,18
Por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	6,73	6,31	5,66	6,29	5,10	5,30
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	3,60	2,94	2,92	3,30	2,82	2,72
Tasa de mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos vivos	4,90	4,10	4,89	4,50	4,56	4,47

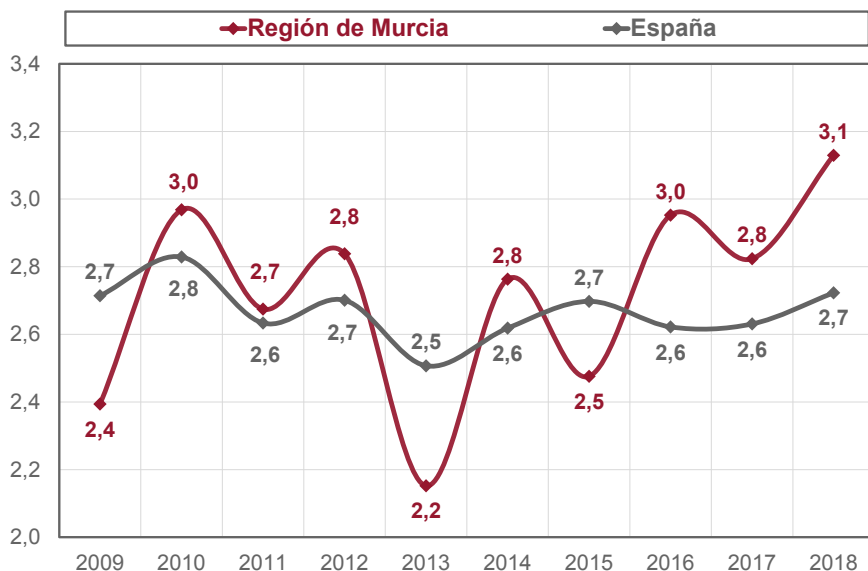
Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.24.
TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR DIVERSAS CAUSAS, TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y PERINATAL. DIFERENCIAS ENTRE LA REGIÓN DE MURCIA Y ESPAÑA Y EVOLUCIÓN COMPARADA 2009-2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la tabla 7.20.

GRÁFICO 7.25.
TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD SEGÚN CAUSAS DE MUERTE RELACIONADAS CON LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO. PERIODO 2009-2018 (por 100.000 habitantes)



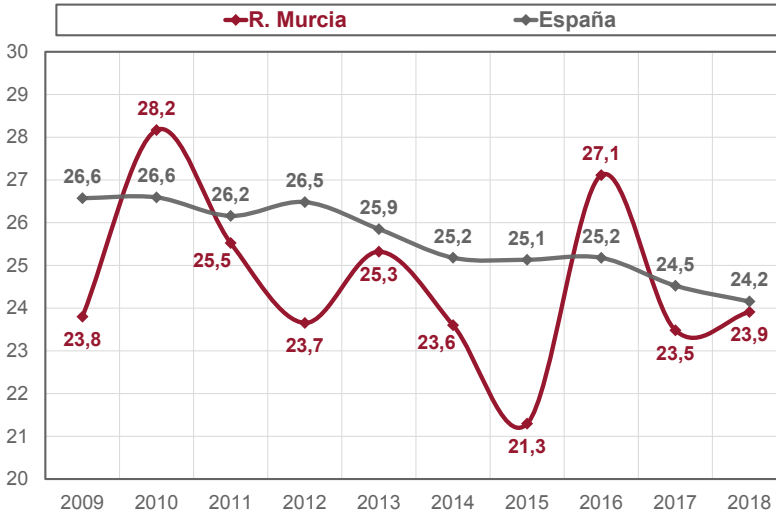
Fuente: Portal estadístico. Área de Inteligencia de Gestión (Ministerio de Sanidad).

efectos adversos de los medicamentos y otros agentes terapéuticos. Igualmente seleccionamos las causas de muerte atribuibles al alcohol y al tabaco, como forma de aproximar las causas de muerte "susceptibles de intervención de políticas sanitarias intersectoriales", y estimamos las respectivas tasas ajustadas de mortalidad, en esta ocasión, prematura, tal y como proponen Gispert et al. (2006).

El gráfico 7.25 muestra la evolución de la tasa de mortalidad por causas de muerte relacionadas con la calidad del sistema sanitario. Como puede observarse, esta tasa de mortalidad inicia una senda ascendente a partir de 2014, de tal modo que se mantiene por encima de la media nacional en el último trienio del periodo. Este comportamiento revelaría que la mortalidad evitable por una correcta actuación del sistema sanitario ha empeorado en los últimos años.

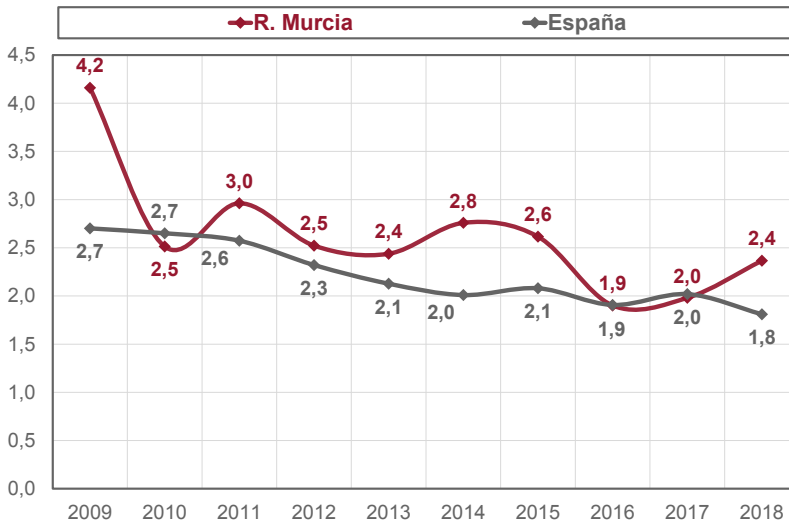
Por su parte, los gráficos 7.26 y 7.27 describen la trayectoria seguida por las tasas de mortalidad prematura por consumo de tabaco y alcohol, respectivamente. En sintonía con los datos examinados anteriormente en el apartado de estilos de vida, la mortalidad prematura atribuible al tabaquismo en la Región de Murcia se sitúa en el bienio 2017-2018 ligeramente por debajo de la media nacional, tras alcanzarse una cima de 27,1 muertes por 100.000 habitantes en el año 2016. La evolución que refleja la mortalidad prematura por consumo de bebidas alcohólicas es la de una trayectoria descendente desde 2009, pero que empeora en 2014-2015, para finalmente situarse en la media nacional durante el bienio siguiente y acabar despegándose de aquella en 2018. Parece, por tanto, que las políticas sanitarias intersectoriales están influyendo positivamente, aunque de manera desigual, en estos dos indicadores.

GRÁFICO 7.26.
TASA DE MORTALIDAD PREMATURA AJUSTADA POR EDAD POR CONSUMO DE TABACO.
PERIODO 2009-2018 (por 100.000 habitantes)



Fuente: Portal estadístico. Área de Inteligencia de Gestión (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.27
TASA DE MORTALIDAD PREMATURA AJUSTADA POR EDAD POR CONSUMO DE ALCOHOL.
PERIODO 2009-2018 (por 100.000 habitantes)



Fuente: Portal estadístico. Área de Inteligencia de Gestión (Ministerio de Sanidad).

7.6.3. INDICADORES DE MORBILIDAD Y SEGURIDAD

Comenzando por la incidencia y prevalencia de las patologías seleccionadas en la tabla 7.21, la trayectoria seguida en todos los casos es descendente, con una ralentización de dicho descenso, cuando no inversión de la tendencia, a partir de 2014. Este es el caso de la incidencia de VIH en la Región, que se sitúa en 2017 por encima del promedio nacional. Su evolución en Murcia contrasta negativamente con la seguida en el conjunto de España, donde ha llegado a disminuir un 36%. Por esta razón, aparece ubicada en el cuadrante superior derecho del gráfico 7.28, área representativa del proceso de divergencia del territorio murciano con respecto a la media nacional. En contraste con la posición que ocupa el indicador referido, tanto la incidencia de tuberculosis, como la prevalencia de diabetes mellitus, trastornos mentales, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en población adulta, se despliegan dentro del cuadrante inferior izquierdo, área indicativa de un proceso de convergencia de la Región de Murcia con respecto al promedio nacional a lo largo del periodo 2009-2017.

En cuanto a las tasas de hospitalización, estas reflejan el número de pacientes dados de alta con un determinado diagnóstico principal, estandarizadas por 10.000 habitantes y ajustadas por edad. Con las excepciones de las altas por asma e insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), las restantes tasas de hospitalización evidencian un nivel superior a la media nacional en 2017, con diferenciales de crecimiento adversos para la Región de Murcia, además, para los casos de la EPOC y la enfermedad hipertensiva.

En relación al ámbito de la seguridad asistencial, esta se interpreta como el proceso por el cual el sistema sanitario proporciona una atención y cuidados seguros al paciente. Un sistema sanitario seguro minimiza el riesgo innecesario de daño al paciente, lo que se manifiesta en la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a la provisión asistencial o errores médicos.

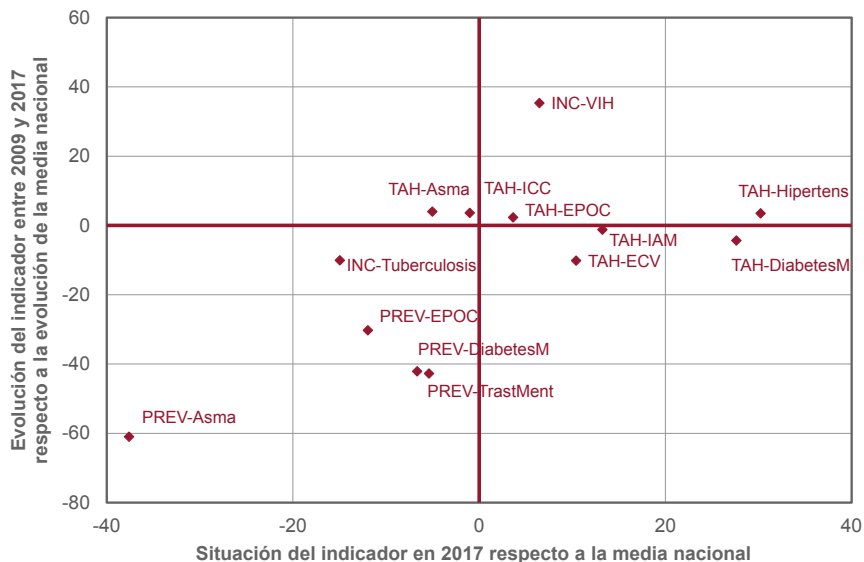
Aproximamos este componente de la calidad asistencial por medio de los indicadores de seguridad recogidos en la tabla 7.22. Como puede comprobarse, la Región de Murcia se sitúa por debajo de la media nacional en 2017 en todos los indicadores, a excepción de la tasa

TABLA 7.21.
INDICADORES DE MORBILIDAD: INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS Y TASAS DE HOSPITALIZACIÓN. AÑOS 2009, 2014 Y 2017

	Región de Murcia			España		
	2009	2014	2017	2009	2014	2017
Incidencia de tuberculosis por 100 000 hab.	17,42	8,68	8,01	16,81	10,80	9,42
Incidencia de VIH por 100 000 hab.	7,78	6,43	7,73	11,34	9,29	7,26
Prevalencia declarada de diabetes mellitus en población adulta	8,08	8,63	7,28	5,90	6,82	7,80
Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta	14,63	10,40	10,18	9,58	10,65	10,76
Prevalencia declarada de asma en población adulta	6,23	5,39	2,92	4,34	4,37	4,68
Prevalencia declarada de EPOC en población adulta	4,60	3,05	2,80	3,49	3,22	3,18
Tasa ajustada de hospitalización por 10 000 hab.						
Por infarto agudo de miocardio	9,79	9,85	8,73	8,53	7,85	7,71
Por enfermedades cerebrovasculares	18,55	17,90	12,73	14,64	13,57	11,53
Por asma	4,20	4,49	3,59	4,64	4,36	3,78
Por EPOC	10,63	9,57	11,10	10,49	9,57	10,71
Por diabetes mellitus	7,03	5,82	4,99	5,19	4,10	3,91
Por enfermedad hipertensiva	4,12	3,28	4,05	3,28	3,26	3,11
Por insuficiencia cardiaca congestiva	10,73	12,48	10,72	11,25	11,45	10,83

Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.28.
INCIDENCIA/PREVALENCIA DE DETERMINADAS ENFERMEDADES
Y TASAS AJUSTADAS DE HOSPITALIZACIÓN. DIFERENCIAS ENTRE LA REGIÓN
DE MURCIA Y ESPAÑA Y EVOLUCIÓN COMPARADA 2009-2017



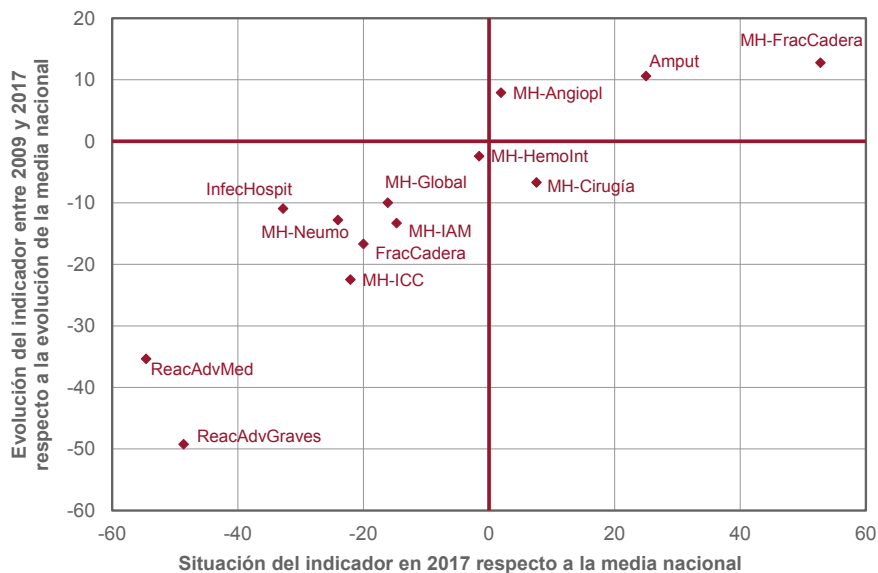
Fuente: elaboración propia a partir de INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

TABLA 7.22.
INDICADORES DE SEGURIDAD HOSPITALARIA.
AÑOS 2009, 2014 Y 2017

	Región de Murcia			España		
	2009	2014	2017	2009	2014	2017
Tasa de infección hospitalaria	0,96	0,92	0,84	1,27	1,24	1,25
Tasa de fractura de cadera en ingresados	0,06	0,06	0,04	0,06	0,05	0,05
Tasa amputaciones miembro inferior en diabéticos	0,12	0,12	0,10	0,11	0,10	0,08
Tasa de notificación de sospecha de reacc. adv. Medicamentos ídem graves	180,0	152,0	265,9	320,0	368,8	585,9
	100,0	118,6	165,3	150,0	213,8	321,7
Mortalidad hospitalaria por cada 100 altas						
Global	3,79	3,56	3,90	4,12	4,24	4,65
Tras cirugía	1,97	1,61	1,85	1,71	1,53	1,72
Tras angioplastia coronaria	2,29	1,84	2,69	2,41	2,57	2,64
Tras fractura de cadera	7,18	6,44	7,76	5,33	4,92	5,08
Tras infarto	8,71	5,92	5,62	8,47	7,16	6,59
Pacientes con ICC	9,74	8,42	7,48	9,67	9,32	9,60
Pacientes con hemorragia intestinal	5,77	4,33	5,59	5,72	5,29	5,68
Pacientes con neumonía	7,34	7,64	6,85	8,50	8,44	9,02

Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.29.
INDICADORES DE SEGURIDAD Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA. DIFERENCIAS ENTRE LA
REGIÓN DE MURCIA Y ESPAÑA Y EVOLUCIÓN COMPARADA 2009-2017



Fuente: elaboración propia a partir de INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

de amputaciones de miembro inferior en diabéticos y de tres causas de mortalidad hospitalaria. Además, la evolución seguida por los indicadores a lo largo del tiempo es, en la mayoría de los casos, favorable a la comunidad murciana, en comparación a la del conjunto nacional. Así, la tasa de infecciones nosocomiales y las tasas de notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos se ubican en el gráfico 7.29 en el cuadrante de “convergencia”, como también lo hace la tasa global de mortalidad hospitalaria, que se sitúa en menos de 4 fallecidos por cada 100 altas en 2017 (frente a 4,65 por cada 100 en España). Se evidencia, por tanto, un buen desempeño por parte del SMS en el ámbito de la seguridad. Como parcelas a mejorar, quedarían la mortalidad hospitalaria detectada tras cirugía, angioplastia coronaria y fractura de cadera, particularmente estas dos últimas causas de muerte.

7.6.4. INDICADORES DE EFECTIVIDAD Y PERTINENCIA

La efectividad en la atención sanitaria hace referencia al grado en el que una intervención, del tipo que sea, produce el resultado deseado.

La tabla 7.23 reúne varios indicadores de efectividad que ofrecen luces y sombras para la Región de Murcia. En el haber del balance, señalar que la tasa de enfermos renales trasplantados es inferior a la media nacional, como también lo es la incidencia de tétanos, tosferina, gripe, meningococo, rubeola y parotiditis. Además, la evolución a lo largo del periodo es favorable a la Región respecto de la incidencia de la tosferina, enfermedad meningocócica y parotiditis. No lo es en el caso del sarampión, situándose su incidencia en 2017 por encima de la de España, mostrando además un ritmo de crecimiento elevadísimo. La incidencia

TABLA 7.23.
INDICADORES DE EFECTIVIDAD. AÑOS 2009, 2014 Y 2017

	Región de Murcia			España		
	2009	2014	2017	2009	2014	2017
Nacidos de madres menores de 20 años, por cada 100 nacimientos	3,94	3,18	3,36	2,68	2,01	1,99
Pacientes con insuficiencia renal trasplantados, por millón de hab.	n.d.	548,10	610,80	n.d.	609,90	691,00
Incidencia, por 100.000 habitantes						
Tétanos	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,01
Tosferina	0,28	2,05	2,44	1,19	7,18	10,55
Gripe	n.d.	1.293,79	989,06	1.901,07	1.906,30	1.722,82
Hepatitis B	1,17	2,05	1,15	1,85	1,43	1,05
Enfermedad meningocócica	0,98	0,55	0,27	1,25	0,44	0,65
Sarampión	0,00	0,07	0,34	0,09	0,28	0,28
Rubeola	0,00	0,07	0,00	0,02	0,01	0,00
Parotiditis	4,47	10,73	9,09	4,53	6,84	22,01
Varicela	494,83	485,51	317,64	309,14	347,88	176,60

Fuente: INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

de la hepatitis B y de la varicela excede también la del promedio nacional.

Aunque los indicadores analizados son de interés, aproximan de un modo imperfecto la efectividad del sistema sanitario. Para capturar de mejor forma la efectividad asistencial, en concreto de la atención primaria, mostramos en el gráfico 7.30 las tasas ajustadas de hospitalizaciones potencialmente evitables por patologías agudas y crónicas.

Las patologías abarcadas en estos dos indicadores son, por lo general, enfermedades de larga evolución que requieren de múltiples cuidados de salud, que precisan de una vigilancia y tratamiento eminentemente ambulatorio, principalmente en el ámbito de la atención primaria, de modo que su tasa de hospitalización puede considerarse como un indicador indirecto de la efectividad de su provisión.

Como se desprende del gráfico 7.30, la Región de Murcia ocupa una posición intermedia dentro de la clasificación, algo mejor en el caso de las hospitalizaciones potencialmente evitables por patologías crónicas, donde se sitúa en décima posición entre las diecisiete CC.AA. Rebasa, no obstante, en ambos casos el valor de la tasa promedio nacional, sobre todo en lo que concierne a las patologías agudas, a saber: neumonía bacteriana, infección del tracto urinario y deshidratación aguda. Así pues, parece que la atención primaria

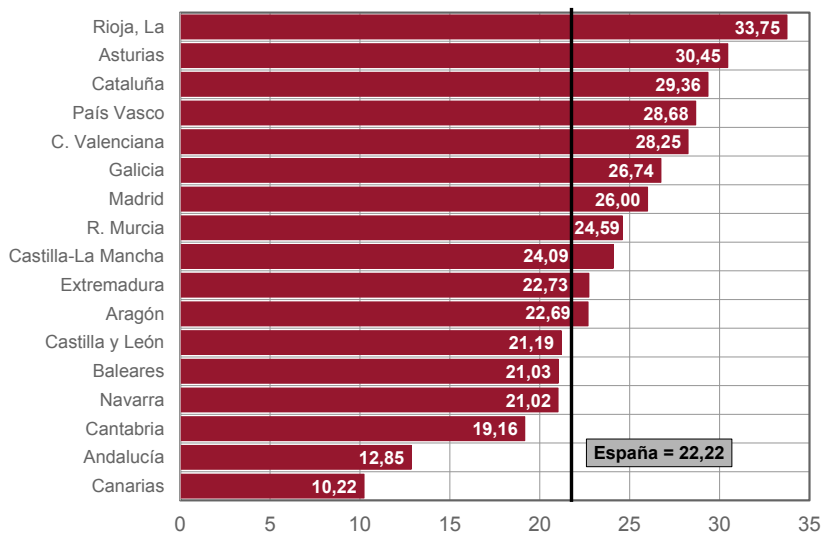
murciana muestra, en términos relativos, un mejor desempeño en la gestión de enfermedades crónicas como la diabetes, la EPOC o el asma, la hipertensión arterial o la insuficiencia cardiaca congestiva, que en el caso de las patologías agudas.

En relación a la pertinencia de la actividad asistencial, hay diversos indicadores que informan del grado en que los usuarios obtienen los cuidados que necesitan, con la mejor utilización de los recursos, de acuerdo con la evidencia científica disponible. Así, la tabla 7.24 da cuenta de un desempeño heterogéneo en la pertinencia de los servicios sanitarios en la Región de Murcia. Los peores datos son los relativos a la tasa de cesáreas, superior al promedio nacional y, lo que es más grave, con una tendencia incremental con el paso del tiempo, así como los reingresos hospitalarios, en algunos casos mayores que los nacionales (tasa global, post quirúrgica y post infarto), y los que no lo son (psiquiátricos y por asma), con una trayectoria al alza muy considerable.

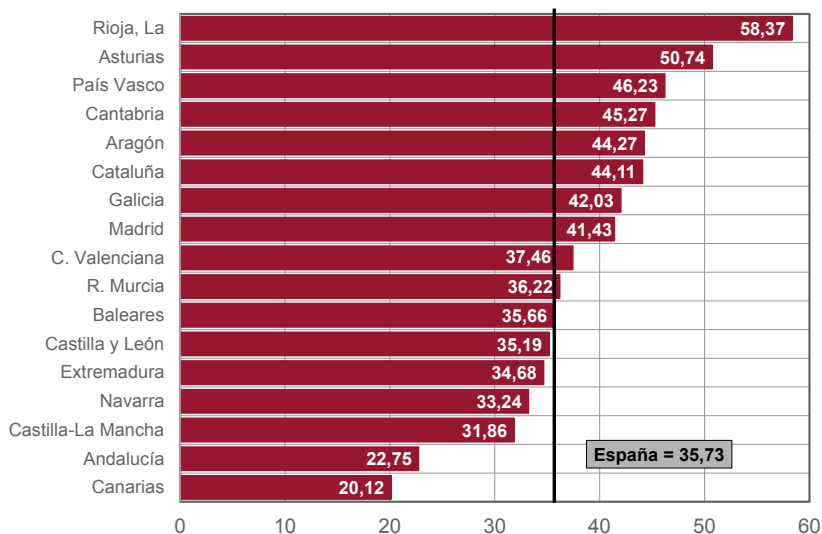
Cuando contextualizamos la tasa de reingresos hospitalarios de la Región de Murcia dentro del conjunto de las CC.AA. observamos (gráfico 7.31) que se halla en la mitad superior de la tabla, muy por encima de la media nacional (8,28% vs 8,01%).

GRÁFICO 7.30.
HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
AÑO 2017 (tasa ajustada por 10.000 habitantes)

PATOLOGÍAS AGUDAS



PATOLOGÍAS CRÓNICAS



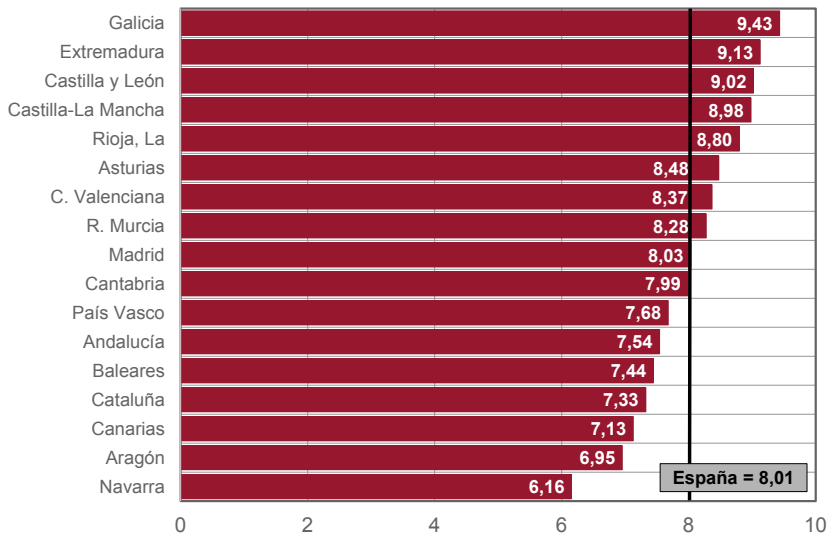
Fuente: Indicadores y ejes de análisis del CMBD (Ministerio de Sanidad).

TABLA 7.24.
INDICADORES DE PERTINENCIA. AÑOS 2009, 2014 Y 2017

	Región de Murcia			España		
	2009	2014	2017	2009	2014	2017
Porcentaje de colecistectomía laparoscópica	86,43	87,73	80,28	82,89	86,32	83,20
Tasa de cesáreas	24,03	23,50	25,34	25,28	25,37	24,52
Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años	4,03	3,04	2,78	2,07	1,73	1,58
Porcentaje de histerectomías por laparoscopia	1,40	3,72	20,14	5,82	6,49	27,95
Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama	46,01	58,46	68,01	62,43	65,27	63,13
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos primeras 48 horas	25,50	27,32	28,49	37,13	45,77	48,50
Reingresos						
Globales	7,60	7,88	8,41	7,18	7,63	7,98
Tras cirugía programada	2,98	3,25	3,31	2,43	2,83	3,06
Post infarto	8,83	9,34	8,46	8,84	8,25	7,46
Psiquiátricos	6,31	5,04	8,26	7,77	7,52	9,56
Por asma	7,16	8,31	8,58	8,14	8,64	9,23

Fuente: INCLANSNS (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.31.
REINGRESOS HOSPITALARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. AÑO 2017 (%)



Fuente: Indicadores y ejes de análisis del CMBD (Ministerio de Sanidad).

7.6.5. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Abordamos, finalmente, la descripción del último de los elementos constitutivos de la calidad asistencial, como es la opinión que merecen a los usuarios los cuidados

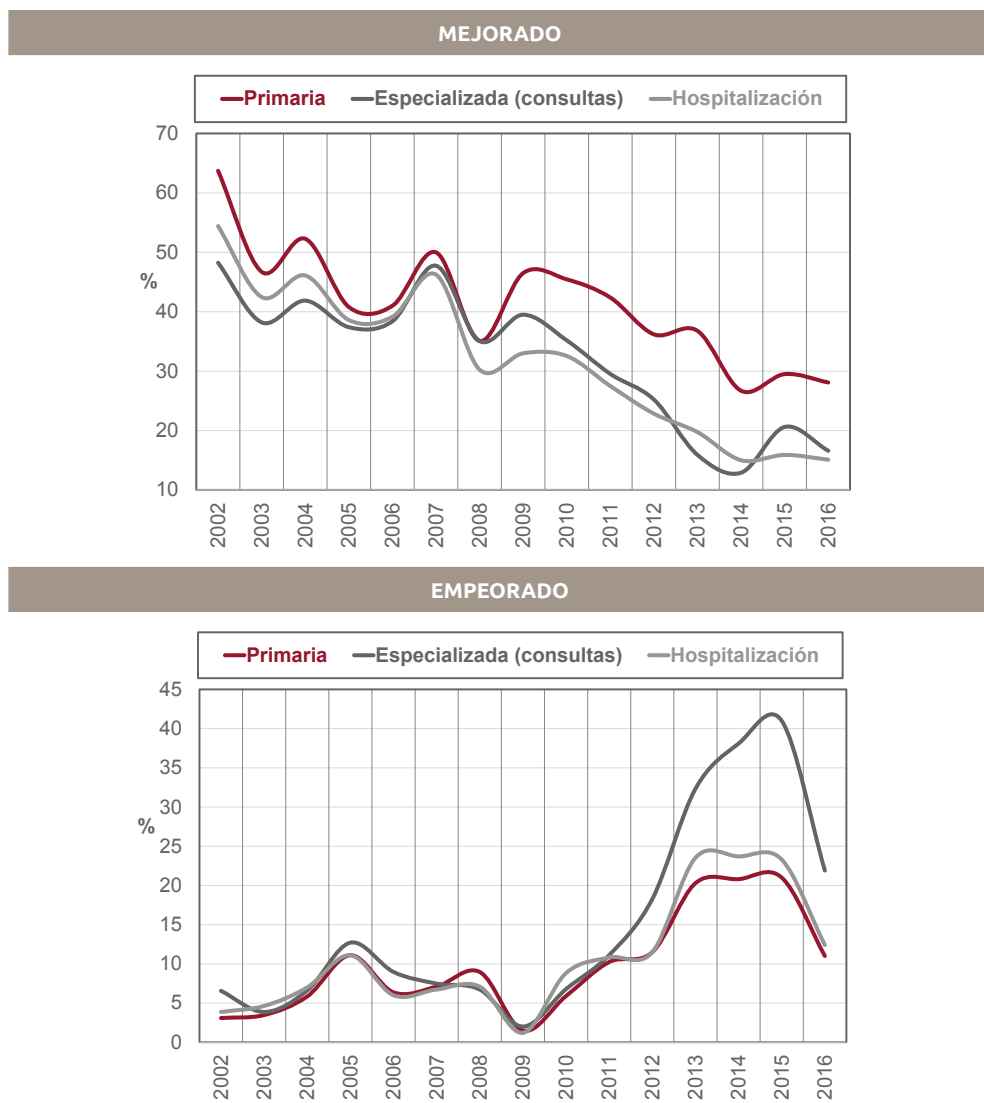
recibidos. Esta información se aproxima observando la evolución del grado de satisfacción de la población de la Región de Murcia con la atención sanitaria proporcionada por el SMS a lo largo del tiempo.

Parece claro, a tenor del gráfico 7.32, que la percepción social de la calidad asistencial en sus diferentes niveles –primaria, es-

pecializada y hospitalaria– sufrió un intenso deterioro entre 2002 y 2016 (último año en el que el Barómetro Sanitario incluye esta pregunta desglosada por niveles asistenciales), si bien parece apreciarse una cierta mejoría de la misma en el bienio 2015-2016.

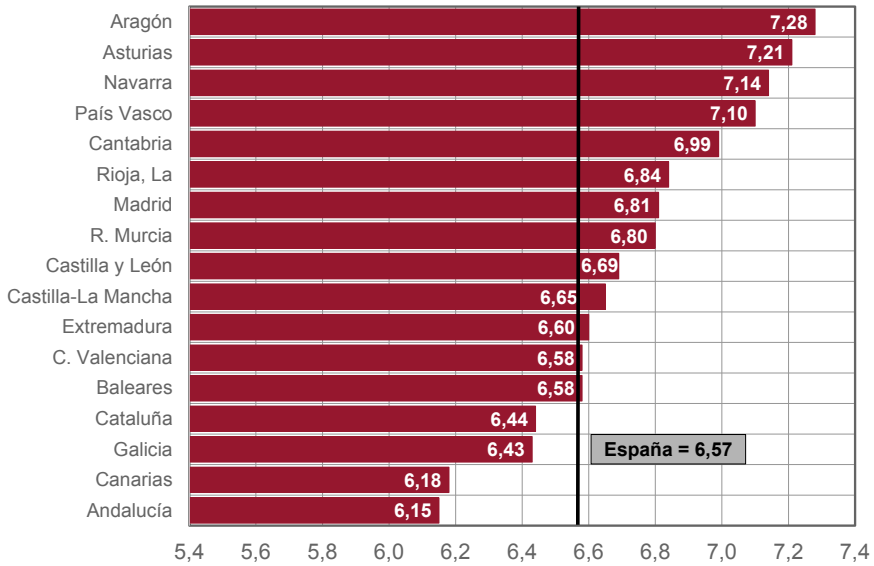
La situación en 2018 refleja que el grado de satisfacción de la población murciana con el funcionamiento de su sistema sanitario (gráfico 7.33) es ligeramente superior al de la media nacional. A la cabeza de la clasificación se encuentra Aragón, cuyos

GRÁFICO 7.32.
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA QUE CONSIDERA QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA, LA ESPECIALIZADA Y LA HOSPITALARIA HA MEJORADO O EMPEORADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS. PERIODO 2002-2016



Fuente: Barómetro sanitario (Ministerio de Sanidad).

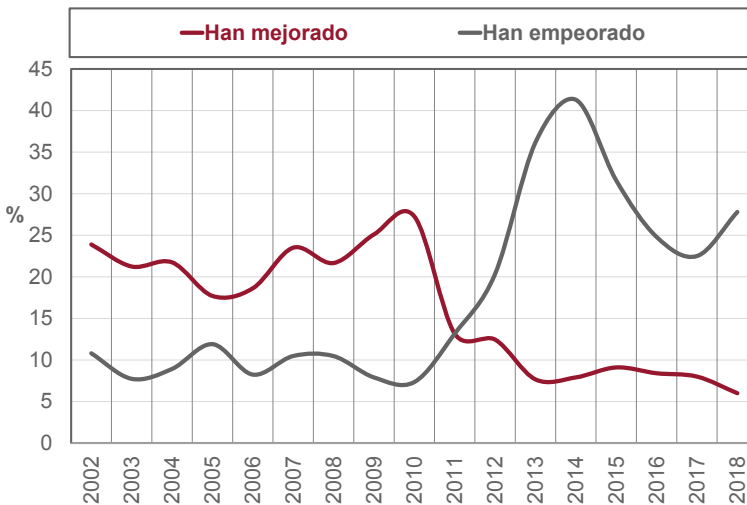
GRÁFICO 7.33.
GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. AÑO 2018 (puntuación*)



(*) Puntuación en una escala 1 “muy insatisfecho” – 10 “muy satisfecho”

Fuente: Barómetro sanitario (Ministerio de Sanidad).

GRÁFICO 7.34
PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA ACERCA DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. PERIODO 2002-2016



Fuente: Barómetro sanitario (Ministerio de Sanidad).

ciudadanos valoran con 7,28 puntos, en una escala donde 1 es “muy insatisfecho” y 10 “muy satisfecho”, la calidad de su sanidad. A la cola del *ranking* se halla Andalucía, con una nota de 6,15.

Finalmente, como muestra el gráfico 7.34, la percepción de la sociedad murciana acerca de la evolución de las listas de espera claramente se ha deteriorado de 2010 en adelante, descendiendo el porcentaje de población que considera que dicha evolución ha mejorado en los últimos 12 meses, al tiempo que se incrementa el de los ciudadanos que opinan que ha empeorado. Este último indicador parece tocar fondo en 2017 para mejorar el año siguiente, si bien ese movimiento no se traduce en un ascenso de la población que considera que la evolución ha mejorado.

7.7.

CONCLUSIONES

El propósito de este capítulo ha sido ofrecer una panorámica actualizada de la situación del sistema sanitario y de los indicadores de salud de la Región de Murcia, una vez transcurridos cinco años desde la última ocasión en que la Memoria anual del Consejo Económico y Social de la Región de Murcia abordase dicho asunto. Con esa finalidad, el presente capítulo ha pasado revista a los determinantes más relevantes, tanto sanitarios (gasto, recursos, accesibilidad, resultados, satisfacción de los usuarios) como no sanitarios (determinantes biológicos y sociales, estilos y condiciones de vida) de la salud de la población murciana, en términos comparados a la del resto de comunidades autónomas. Resumimos a continuación las principales conclusiones de este trabajo, siguiendo el mismo orden en que se han

presentado a lo largo de las páginas anteriores los determinantes enunciados.

1. El gasto sanitario público (GSP) de la CARM, en términos de Contabilidad Nacional, ascendió en 2018 -último año disponible en las estadísticas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social- a 2.317 millones de euros, cifra que representa 7,4% del PIB regional, casi dos puntos porcentuales por encima del correspondiente al total nacional. Cuando la cifra se pone en relación a la población, el diferencial positivo de la Región con respecto al conjunto nacional se aproxima al 11%, ocupando el séptimo lugar en la relación decreciente de las comunidades según gasto per cápita.

2. La trayectoria seguida por el gasto sanitario de la Región de Murcia desde 2007 revela la existencia de un leve retardo en el impacto que el ciclo económico tiene sobre su nivel, así como una cierta asincronía respecto a la evolución observada a escala nacional. El GSP del conjunto de CC.AA. alcanza su techo en 2009, retrocediendo un 12% en términos nominales desde entonces hasta 2013. En la Región, por el contrario, el gasto registra su nivel máximo en 2011 y declina desde ahí hasta 2014, acumulando una contracción del 9,2% en euros corrientes. En términos de PIB, el gasto sanitario de Murcia disminuye de forma constante desde ese mismo año, 2011, retrocediendo casi 1 punto porcentual hasta 2018. Por su parte, la diferencia relativa entre el gasto por habitante de la Región y el del promedio nacional se ha venido estrechando ligeramente desde 2013, año en que alcanzó su cénit con un 17,3%.

3. A lo largo del periodo 2007-2018, las cifras de GSP de la Región de Murcia se desvían sistemáticamente respecto de las previsiones iniciales, excediendo, según los años, entre un 12% y un 33% los créditos inicialmente presupuestados. Este patrón, plenamente consolidado, sugiere una mala praxis presupuestaria, consistente en la infradotación de las partidas presupuestarias dedicadas a sanidad, a sabiendas de que a la postre serán insuficientes.

4. Desde el punto de vista de la composición económica del gasto sanitario, en el año 2018 los gastos de personal absorben un 48,4% del gasto agregado, mientras que los consumos intermedios, que recogen las compras de bienes y servicios corrientes, representan un 25% del total. La siguiente categoría en orden de importancia son las transferencias corrientes, que suponen un 17% del gasto y se corresponden, en su mayor parte, con el coste de los medicamentos dispensados con receta en las oficinas de farmacia. Esta distribución del gasto sanitario es muy semejante a la del conjunto de las CC.AA.

5. Desde la óptica de la estructura funcional, se observa que el gasto en servicios hospitalarios y especializados acapara casi un 63% del total de gasto sanitario corriente en la Región en 2018. A gran distancia se encuentran los gastos en servicios de atención primaria (un 14,1% de los recursos para uso corriente), situándose por encima de esta función el gasto en farmacia (16,6%). Bastante más lejos quedan los servicios de salud pública (1,3%), tan necesarios para prevenir y contener el impacto de una epidemia como la de la Covid-19. Nuevamente, esta estructura del gasto sanitario es similar a la existente en el resto de servicios regionales de salud, si bien es justo destacar que en Murcia los recursos destinados a servicios primarios de salud han crecido muy por encima del conjunto del gasto sanitario público (tanto en la fase recesiva como en el más reciente periodo de recuperación económica), lo que ha permitido que la atención primaria recupere el peso relativo que había perdido de manera paulatina hasta 2007, y que este se sitúe por encima de la media nacional.

6. Las plantillas de personal sanitario por cada 1.000 habitantes protegidos son en la Región de Murcia inferiores a la media nacional, en particular en el caso del personal de enfermería donde la brecha alcanza casi un 18% en 2018. Además del déficit de personal en relación a la población protegida, hay que subrayar también, por sus efectos potencialmente

nocivos sobre la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, la gran variabilidad existente en la atención primaria entre las diferentes áreas de salud. Así, por ejemplo, el nivel de dotación de profesionales en medicina de familia, medido en términos de tasa por 1.000 personas asignadas, era un 20% superior en el Área IV (Noroeste) que en el área VIII (Mar Menor). La menor dotación relativa de personal sanitario en la Región se extiende a la atención especializada, donde se registran igualmente ratios inferiores de médicos y enfermeras que en el conjunto nacional. Solo Andalucía tiene una tasa de médicos especialistas por 1.000 habitantes más baja que Murcia en 2018.

7. Pese a que en 2018 la dotación relativa de recursos (camas y equipamientos) en el SMS está por debajo de la media nacional en la mitad de los indicadores seleccionados, la situación relativa del sistema público de salud regional ha mejorado, en general, en esta última década. Este ha sido el caso de las camas en funcionamiento, camas en UCI, quirófanos y en la práctica totalidad de equipos de alta tecnología, con la excepción de los TAC y los puestos de hospital de día. Hay que señalar, no obstante, que dicha mejora se concentra en la primera mitad del periodo considerado, hasta 2011, permaneciendo las tasas por 1.000 habitantes estables o acaso incrementándose ligeramente desde entonces.

8. Tanto las listas como los tiempos medios de espera aumentan en Murcia entre 2007 y 2019 en todas sus modalidades -espera quirúrgica, primera consulta y pruebas técnicas-, si bien mientras que en las dos primeras su trayectoria se torna descendente durante varios años de la segunda mitad del periodo, no ocurre así con las pruebas técnicas, cuya lista de espera llega a crecer a razón del 11% anual por término medio. El porcentaje de pacientes en espera de pruebas diagnósticas o terapéuticas sin fecha asignada representa el 80,5% en 2019, lo cual supone un 174% más del valor que poseía en 2007.

9. Otro indicador de accesibilidad, el grado de cobertura vacunal, presenta un buen desempeño en relación a la población infantil, con niveles, tanto en primovacunación, como en dosis de refuerzo, superiores a la media nacional. No sucede así, en cambio, con la vacuna para la gripe en el grupo de 65 años en adelante, cuyo índice de cobertura se encuentra 2 puntos por debajo del homólogo nacional.

10. El balance relativo a los estilos de vida vigentes en la Región es desigual. En el lado negativo, la prevalencia de sedentarismo en adultos en la Región de Murcia es superior en 7 puntos al conjunto nacional y, lo que es peor, se halla estancada al nivel de 2014. La comparación también resulta desfavorable en cuanto a la prevalencia del consumo de tabaco en adultos, si bien con una tendencia descendente desde 2009. La Región de Murcia es la comunidad autónoma que registra la edad más temprana para iniciarse en el consumo de tabaco y cannabis, 15,9 y 17,8 años, respectivamente. Por el contrario, la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en la Región equivale tan solo a 1/3 de la nacional, si bien la edad media de inicio en el consumo de alcohol es muy precoz (16,2 años).

11. La situación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la Región de Murcia, determinantes biológicos, si bien influidos también por los estilos de vida, resulta particularmente preocupante en la población infantil. Sus niveles son sensiblemente superiores a los nacionales en 2017, reflejando una tendencia ascendente desde el año 2006. La prevalencia de sobrepeso en los adultos murcianos sobrepasa la media nacional, exhibiendo una tendencia creciente desde 2014.

12. En relación al papel de los determinantes sociales de la salud en la Región de Murcia, hay que subrayar la elevada tasa de pobreza monetaria existente, síntoma de una notable desigualdad económica, que supera en 7 puntos porcentuales el promedio nacional. Cuando este indicador se combina con otros dos -privación material y subempleo- resulta entonces que Murcia es la cuarta comuni-

dad autónoma con un mayor porcentaje de personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social (indicador AROPE), casi un 33%. A esta desventaja social se suma otra no menor, claramente correlacionada con aquella, como es que un 48,3% de la población entre 25 y 64 años posea un nivel de estudios bajo.

13. Las condiciones de vida y de trabajo no ofrecen una mejor cara, ya que la Región de Murcia es la cuarta comunidad autónoma con una mayor incidencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 7 puntos por encima de la media nacional. Asimismo, nada menos que la quinta parte de la población vive en hogares con problemas estructurales en su vivienda.

14. Respecto a los indicadores de bienestar en la Región, se observa un preocupante retroceso tanto en la esperanza de vida al nacer como en la esperanza de vida a los 65 años, a partir del año 2014. Dicho retroceso ha hecho que se hayan mantenido, cuando no aumentado, las diferencias con la media de las CC.AA., de forma que la expectativa de vida de la población murciana en 2017 es inferior a la española (82,61 años en Murcia frente a 83,25 en España).

15. El panorama es aún peor cuando se considera el tiempo de vida en buena salud o número de años de vida saludable. Se asiste, para la Región de Murcia, a una pérdida de cerca de 3,5 años en buena salud a lo largo de todo el periodo, fundamentalmente desde 2014. Durante el mismo intervalo temporal España, en cambio, ve aumentar los años de vida saludables al nacer en 1,24 años. Asimismo, el deterioro de la calidad de vida entre la población mayor de la Región es muy notable, viviendo más de tres cuartas partes de su esperanza de vida con discapacidad.

16. La tasa de mortalidad por todas las causas es mayor en el territorio murciano que en el conjunto nacional (470,5 fallecidos por cien mil habitantes en 2017, frente a 445,02 en España). Esta mortandad superior se sigue manteniendo para las distintas causas singulares de

muerte, con la excepción de la mortalidad por cáncer, accidentes no intencionales y suicidio. Al igual que sucedía con la evolución seguida por la esperanza de vida y los años de vida saludable, se constata un empeoramiento del comportamiento de las tasas de mortalidad a partir de 2014. Esta tendencia, manifestada en los diferentes indicadores de salud mencionados, suscita la duda acerca de una posible influencia retardada de la crisis económica sobre el estado de salud de la población. Esta hipótesis debería ser objeto de una investigación en profundidad conducente a la eventual identificación de nexos de causalidad entre el deterioro de las condiciones de vida ocasionadas por la crisis y la pérdida de cantidad y calidad de vida que se aprecia en los datos.

17. Cuando se atiende a la evolución de las causas de muerte "susceptibles de intervención de servicios sanitarios", esto es, mortalidad evitable de producirse una correcta intervención del sistema sanitario en todos sus pasos, se corrobora un empeoramiento de la misma desde 2014, manteniéndose por encima de la media nacional en 2016 y 2018. En cuanto a las causas de mortalidad "susceptibles de intervención de políticas sanitarias intersectoriales", esto es, la mortalidad prematura atribuible al tabaco y al alcohol, ambas se sitúan en 2018 en el entorno de la media nacional.

18. En relación a los indicadores de morbilidad, la trayectoria de la incidencia y prevalencia de patologías crónicas e infecciosas en la Región de Murcia es en todos los casos decreciente, pero ralentizándose su ritmo de descenso a partir de 2014. Las tasas de hospitalización, a su vez, se sitúan en niveles superiores a la media nacional en 2017, con diferenciales de crecimiento adversos para la Región en los casos de la EPOC y de la enfermedad hipertensiva.

19. La evolución de los indicadores de seguridad hospitalaria es, sin embargo, favorable en la mayoría de los casos a la Región de Murcia, poniéndose de manifiesto con ello un buen desempe-

ño por parte del SMS en el ámbito de la seguridad. Así, la tasa de infecciones nosocomiales y las tasas de notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos han convergido con el conjunto nacional, al igual que lo ha hecho la tasa global de mortalidad hospitalaria, que se sitúa en menos de 4 fallecidos por cada 100 altas en 2017 (frente a 4,65 por cada 100 en España).

20. En lo concerniente a la efectividad del sistema sanitario en la Región de Murcia, la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables (aquellas que se podrían obviar en caso de que los cuidados de la atención primaria fuesen efectivos), se sitúa por encima del promedio nacional. Sobre todo, en el caso de las patologías agudas: neumonía bacteriana, infección del tracto urinario y deshidratación aguda. La atención primaria murciana muestra un desempeño relativo algo mejor en la gestión de enfermedades crónicas como la diabetes, la EPOC o el asma.

21. Los indicadores analizados de pertinencia o adecuación asistencial muestran valores heterogéneos, registrándose los peores datos en relación a la tasa de cesáreas, superior al promedio nacional (8,28% y 8,01% respectivamente) y, lo que es más grave, con una tendencia incremental con el paso del tiempo; así como respecto a los reingresos hospitalarios, cuya tasa global excede la nacional y evidencia, para la mayoría de las causas de reingreso, una tendencia ascendente.

22. Por último, la satisfacción de los usuarios murcianos con la calidad asistencial en sus diferentes niveles se deterioró intensamente entre 2002 y 2016. La situación en 2018 refleja, no obstante, un grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario ligeramente superior al de la media nacional. Asimismo, la percepción de la sociedad murciana acerca de la evolución de las listas de espera claramente empeoró de 2010 en adelante.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA (2015): El sistema público de salud en la Región de Murcia. En CESRM. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de la Región de Murcia en 2014. Capítulo 5, 431-466.

GISPET, R., ARÁN, M., PUIGDEFÀBREGAS, A. Y GRUPO PARA EL CONSENSO EN LA MORTALIDAD EVITABLE (2006): La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España, Gaceta Sanitaria, 20(3), 184-93.

http://www.fbbva.es/TLFU/dat/INFORME_SERVICIOS_PUBLICOS_FUNDAMENTALES%20_FBBVA-IVIE.pdf

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD (IDIS): Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación (varios años).

OLIVA, J., PEÑA-LONGBARDO, L., LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B., BARBER, P. Y ZOZAYA, N. (2018): Crisis económica y salud: lecciones aprendida y recomendaciones para el futuro. Cuadernos Económicos de ICE, 96, 165-196.

PÉREZ GARCÍA, F. dir (2015): Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades. Fundación BVVA – Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas. Valencia.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.I. Y OLIVARES, A. (2018): Aspectos económicos de la salud bucodental en España. Impresiones 84, 9-11.

FUENTES ESTADÍSTICAS

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia. <http://econet.carm.es/web/crem>

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Portal de la Transparencia de la Región de Murcia. <https://transparencia.carm.es/>

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murciasalud. Portal sanitario de la Región de Murcia. <http://www.murciasalud.es/principal.php>

Dirección General de Tráfico. Estadísticas de siniestralidad vial. <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/>

Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177057&menu=resultados&idp=1254735576581

Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Regional de España. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=resultados&idp=1254735576581#!tabs-1254736158133

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&idp=1254735976608#!tabs-1254736194793

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=resultados&idp=1254735976608#!tabs-1254736194790

Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195380

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estadística de Gasto Sanitario Público. <https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Presupuestos sanitarios de las CC.AA.

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Esperanzas de vida y años de vida saludable.

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/vidaSaludable.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. [http://inclasns.mssi.es/Barómetro Sanitario](http://inclasns.mssi.es/BarómetroSanitario).

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Coberturas de vacunación. Datos estadísticos.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta sobre alcohol y drogas (EDADES).

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal estadístico. Área de inteligencia de Gestión.

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicaciones-Consulta/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicadores y ejes de análisis del CMBD. <http://icmbd.es/login-success.do>

7.8.

APÉNDICE: LA CRISIS SANITARIA PROVOCADA POR LA ENFERMEDAD COVID-19 Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO REGIONAL

7.8.1. INTRODUCCIÓN

Desde diciembre de 2019 el mundo se enfrenta a un reto para la salud como no se había conocido en, al menos, el último siglo. En dicho mes comenzaron a registrarse casos de neumonía atípica en la ciudad china de Wuhan. Durante la primera semana de enero de este año, las autoridades chinas identificaron como causa última de dichos casos de neumonía un virus que adquirió la denominación de SARS-CoV-2, perteneciente a la familia de los Coronavirus. La enfermedad causada por el SARS-CoV-2 se denomina COVID-19 y, desde el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud la reconoció como una pandemia. En el momento actual la práctica totalidad de los países del mundo están siendo afectados por esta enfermedad.

España es uno de los países que con más crudeza está sufriendo la pandemia, como lo acredita el hecho de que sea el sexto del mundo con mayor número de casos

confirmados (casi 290.000 en el momento de escribir este apéndice, a mediados del mes de junio de 2020), solo por detrás de Estados Unidos, Brasil, Rusia, India y Reino Unido; siendo, además, el país de Europa con una mayor proporción de casos registrados por millón de habitantes (más de 6.200).¹⁴ En cuanto al número de víctimas mortales por la pandemia, España se sitúa como el sexto del mundo en número de fallecidos, tras EE.UU., Reino Unido, Brasil, Italia y Francia. Cuando la comparación se lleva a cabo relativizando por la población, nuestro país presenta la tercera tasa más elevada de fallecidos por millón de habitantes (580), únicamente superada por Bélgica y Reino Unido (con 832 y 608 fallecidos por millón de habitantes, respectivamente).¹⁵

El objetivo del presente apéndice es dar una visión panorámica de la situación de la pandemia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia con la información detallada de la que se dispone hasta el 20 de mayo de 2020 inclusive.¹⁶ Para ello se dará cuenta de la evolución de la enfermedad COVID-19 en nuestra región a través de las cifras relativas a sus principales magnitudes (casos confirmados, fallecidos). Se pondrán, además, estos valores en contexto, comparándolos con los referidos al conjunto nacional y a los del resto de autonomías. Por otro lado, intentaremos dar cuenta del nivel de estrés al que se ha visto sometido nuestro sistema público de salud regional, en comparación con lo ocurrido en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, para

lo cual compararemos los indicadores de demanda o de uso (hospitalizaciones, pacientes ingresados en UCI), con los recursos disponibles. Finalmente, se presentará una primera aproximación a los costes en salud ocasionados por la pandemia en la Región de Murcia y en España, estimando los Años de Vida Perdidos y los Años de Vida Ajustados por la Calidad Perdidos como consecuencia de las muertes atribuidas a la enfermedad COVID-19.

7.8.2. LAS CIFRAS DE LA PANDEMIA

7.8.2.1. CASOS CONFIRMADOS

Para analizar el número de casos hemos de partir de la serie disponible, si bien conviene tomar estos datos con la necesaria cautela debido a la dificultad que se ha tenido en España -como en algunos otros países- para realizar pruebas de detección de la enfermedad a todos los posibles casos de contagio. La ausencia de medios motivó, sobre todo en las primeras semanas de extensión de la pandemia, que las pruebas se realizaran, principalmente, a los pacientes con sintomatología más grave y a colectivos especiales (por ejemplo, trabajadores sanitarios). Por esta razón, cabe afirmar que la cifra de casos registrados en las estadísticas oficiales constituye una cota inferior del total de contagios. Del alcance global de la infección no se podrá tener una idea más ajustada hasta tanto no concluya el estudio de seroprevalencia en curso ENE-COVID, iniciado el 27 de abril por el Instituto de Salud Carlos III y que se prolongará hasta el 22 de junio.¹⁷

14 Excepción hecha de algunos pequeños estados como San Marino, el Vaticano, Andorra, Luxemburgo, Qatar, Bahrein, Singapur y Kuwait, los únicos países del mundo cuyas ratios de casos por millón de habitantes superan la de España son Chile, Perú y Estados Unidos. (Fuente: <https://www.worldometers.info/coronavirus> y <https://ourworldindata.org>).

15 De nuevo dejamos al margen dos microestados como San Marino y Andorra, cuyas ratios de mortalidad por Covid-19 son superiores a las de nuestro país y, en el caso de San Marino, también a la de Bélgica. (Fuente: ver nota anterior).

16 La elección de la fecha que cierra el periodo (20 de mayo) no es arbitraria, sino que responde al hecho de que a partir de ese día el Ministerio de Sanidad cambió la forma de proporcionar los datos agregados por comunidades autónomas, lo que hace imposible extender las series homogéneas más allá de dicha fecha.

17 En el momento de concluir la redacción de este apéndice se han concluido ya dos oleadas de las tres previstas en el estudio. De acuerdo a los resultados de la segunda de esas oleadas, correspondiente al periodo comprendido entre el 18 de mayo y el 1 de junio, solo el 5,21% de los ciudadanos españoles habría pasado la COVID-19, lo cual equivale a 2.400.000 personas. En el caso de la Región de Murcia, la prevalencia sería únicamente del 1,6%, lo que representa que 23.911 habitantes habrían sido infectados.

La serie de datos disponible arranca el 20 de febrero de 2020 y su evolución se muestra para España y la Región de Murcia en el gráfico 7.35. Aunque antes de esa fecha es posible que existiese algún caso no detectado en España, no se puede asegurar con la información actual. El 20 de febrero había únicamente 3 casos confirmados en España: uno en Canarias, otro en Baleares y un tercero en Madrid. Una semana después, el 27 de febrero, el número de casos era de 36. Siete días más tarde esa cifra se había multiplicado por 15 (533 casos). Transcurridas dos semanas desde el registro de los tres primeros casos el 20 de febrero, en la Región de Murcia no se detectaba aún ningún caso de COVID-19 (el primero se confirmó el 7 de marzo). Justo una semana después de esta fecha, un día antes de que el Gobierno de la nación anunciase el real decreto por el que se declaraba el estado de alarma, el número total de contagiados ascendía a 9.786, habiéndose multiplicado por 9 en una semana. En el caso de la Región de Murcia, el 14 de marzo se registraban 71 casos confirmados, lo que sugería una senda en la evolución del número de contagios cercana al comportamiento exponencial.

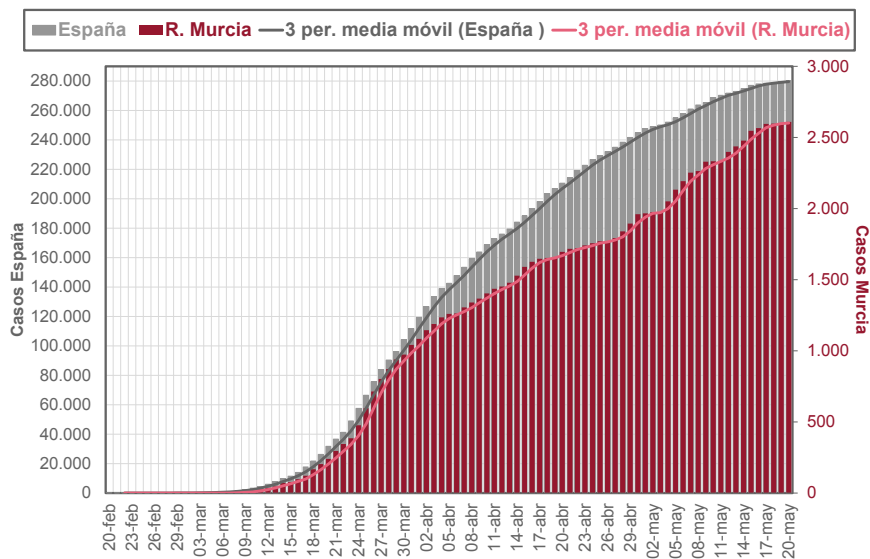
Los efectos del confinamiento iniciado el 15 marzo, al amparo de la declaración del estado de alarma, consiguieron desacelerar el ritmo de crecimiento de la pandemia de manera inmediata. Así, una semana después de la entrada en vigor de las medidas de restricción de la movilidad, el 22 de marzo, el número de casos confirmados rondaba los 41.000, lo que suponía que en siete días la cifra se había multiplicado "solo" por 3,6. En ese mismo lapso de tiempo, en la Región de Murcia los casos se habían multiplicado por 4,5, dando lugar a un acumulado de 345 contagios confirmados.

Durante los siguientes días el ritmo de crecimiento del número de casos confirmados se fue reduciendo, tanto en la Región de Murcia como en el conjunto del país. En las dos semanas que van desde el 22 de abril hasta el 6 de mayo, el número de casos se incrementó en España a un ritmo diario del 1,2%, mientras que el registro regional aumentó a una tasa diaria del 1,7%. Entre

el 6 y el 20 de mayo los ascensos diarios acumulados bajaron hasta el 0,6% y el 1,2% en España y en Murcia, respectivamente, situándose las cifras totales de personas que, en algún momento, se infectaron del SARS-CoV-2 en 280.117 para el total nacional y 2.609 en el caso de la Región de Murcia.

Una forma habitual de analizar gráficamente la evolución del número de casos en el tiempo, especialmente cuando los niveles de las variables que se desean comparar son muy distintos, es hacerlo recurriendo a una escala logarítmica, como muestra el gráfico 7.36. En dicho gráfico se ha hecho coincidir el origen con el día en que el número de casos superó el centenar, razón por la cual la curva que recoge la evolución de los contagiados para la Región de Murcia tiene un trazado más corto. En España se superó la cifra de 100 contagios el 1 de marzo, mientras que en la Comunidad Autónoma se alcanzó 16 días después, lo que pone de manifiesto algo suficientemente conocido como es el significativo retraso con el que la pandemia se ha desarrollado en Murcia con respecto al conjunto del país. Este hecho ha favorecido, sin duda, la efectividad de las medidas de confinamiento en el objetivo de "aplanar la curva", cuyo logro ha sido posible de forma mucho más rápida que en el conjunto del territorio nacional. En efecto, como se puede apreciar en el gráfico, apenas 4 semanas después del cómputo de los 100 primeros casos (en la segunda semana del mes de abril), ya se había logrado estabilizar el número de estos en la Región, manteniéndose el acumulado de casos detectados en los primeros días de mayo ligeramente por debajo de los 1.500 y con un avance moderado en las semanas posteriores. Si observamos el comportamiento del total nacional, los resultados son muy distintos. De un lado, han tenido que transcurrir casi 40 días para que se haya logrado frenar el crecimiento del número de casos. Y solo 2 meses después de que se registrara el caso número 100 (tres cuartas partes de ese periodo, con la población en situación de confinamiento) se logró la estabilización. Desde que se llegó al centenar de casos confirmados, la mayor tasa de crecimiento diaria de la serie se registró

GRÁFICO 7.35.
CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 A 20 DE MAYO DE 2020. ACUMULADOS Y MEDIAS MÓVILES DE 3 DÍAS



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cneocovid.isciii.es/covid19/>.

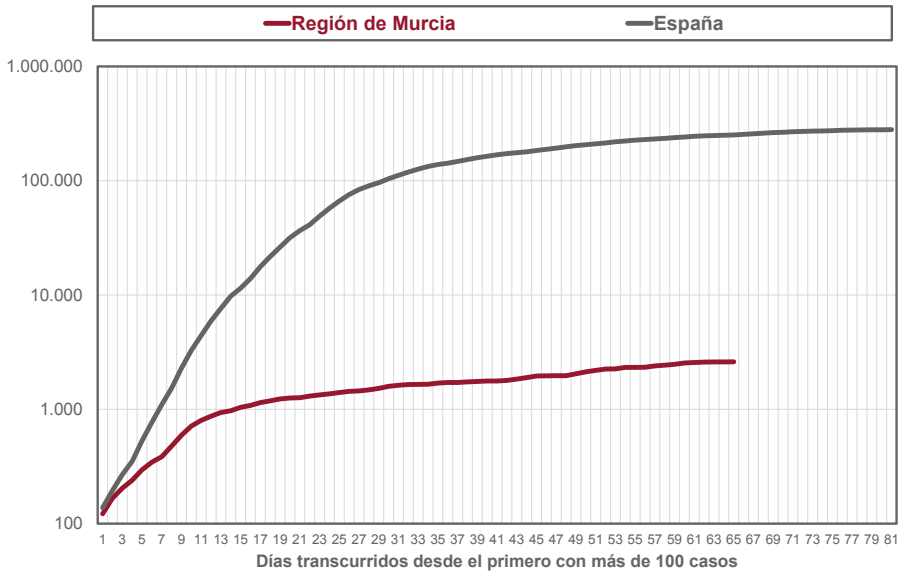
para el total nacional el 5 de marzo (52%) y para el regional trece días después (37%).

Conviene señalar que la menor incidencia de la pandemia en la Región de Murcia no debería imputarse exclusivamente a los efectos de un confinamiento que, siendo simultáneo en el conjunto de España, se aplicó en territorios con un grado de extensión de los contagios significativamente distinto. Es cierto que, al existir un menor número de casos en la Región en el momento en que se decretó el estado de alarma, la difusión del virus se pudo frenar en un estadio más precoz. Pero también es cierto que esa misma circunstancia del retardo en la llegada del SARS-CoV-2 a la Región de Murcia permitió que el abordaje de la pandemia por parte del sistema público de salud pudiera hacerse de un modo distinto al que las circunstancias obligaron en otros territorios. Así, mientras que comunidades muy afectadas tempranamente como Madrid, Castilla-La Mancha, Cataluña o Castilla y León, se vieron abocadas a afrontar la

pandemia con un enfoque eminentemente hospitalario y de urgencia, en el que la clave eran la disponibilidad de camas de UCI y de equipos de ventilación mecánica; en Murcia se pudo diseñar un abordaje en el que la atención primaria y el control domiciliario de la evolución de los pacientes con síntomas y/o con confirmación de COVID-19, adquirieron especial protagonismo, lo que evitó la afluencia masiva de ciudadanos a los centros de salud y los hospitales y el colapso de los servicios de urgencias. Teniendo en cuenta que una gran parte de los casos registrados de COVID-19 se corresponden con infecciones nosocomiales -intra-hospitalarias-, la decisión de mantener alejados de los centros sanitarios a los pacientes se reveló como una estrategia de éxito.¹⁸

¹⁸ De hecho, la comparación de la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarias de Murcia y provincias limítrofes como Albacete y Alicante revela que ya la semana previa a la declaración del estado de alarma aquella era muy inferior en Murcia. Lo cual sugiere que incluso antes de estar en funcionamiento el sistema

GRÁFICO 7.36.
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 DESDE QUE SE ALCANZA EL UMBRAL DE CIENTO CASOS (escala logarítmica)



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>.

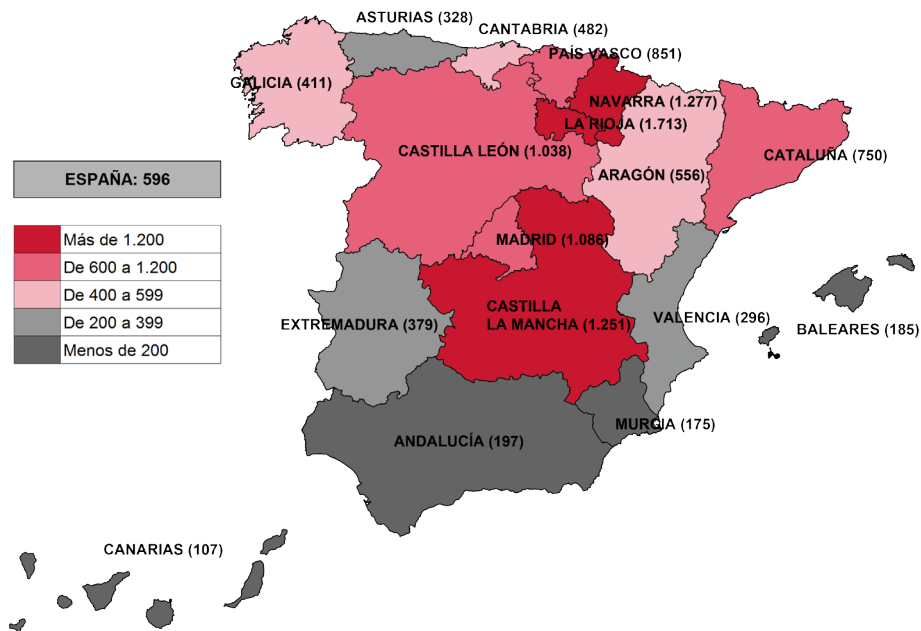
Con la finalidad de llevar a cabo un análisis comparado de la situación en las distintas CC.AA. de España, se ha construido un indicador que muestra el número de casos por cada 100.000 habitantes, cuyos valores para el 20 de mayo se exponen en el mapa 7.3. Son evidentes las diferencias entre CC.AA. y notable la dispersión respecto al promedio nacional de 596 casos confirmados por 100.000 habitantes (la desviación típica es 459).

La Región de Murcia es, tras Canarias, la segunda comunidad autónoma con menor tasa de casos confirmados por 100.000 habitantes (175 frente a los 107 de la comunidad insular). Si la incidencia observada en Murcia se reprodujera a nivel estatal, la pandemia habría afectado a

poco más de 82.000 personas. Solo cinco comunidades (y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) presentan tasas de incidencia inferiores al 50% de la media nacional: Canarias, Murcia, Baleares, Andalucía y Comunidad Valenciana. Por debajo del indicador nacional se encuentran también Asturias, Extremadura, Galicia, Cantabria y Aragón. Todas las CC.AA. mencionadas tienen en común cierta distancia geográfica con respecto a la capital del reino. Por encima del promedio nacional podemos distinguir dos grupos: de un lado las CC.AA. que, pese a tener una mayor incidencia que la media española, no llegan a doblar el valor del agregado nacional; este grupo incluye a Cataluña, País Vasco, Castilla y León y la Comunidad de Madrid. De otro lado estarían las tres comunidades donde la incidencia (medida en casos confirmados por 100.000 habitantes) más que duplica la media española: Castilla-La Mancha, Navarra y La Rioja.

de telediagnóstico y de citas a distancia de atención primaria, plenamente operativo desde el 16 de marzo, el riesgo de infección nosocomial era sensiblemente inferior en Murcia: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.04.20.050039v1>

MAPA 7.3.
CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 POR CADA 100.000 HABITANTES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. A 20 DE MAYO DE 2020



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cneocovid.isciii.es/covid19/>.

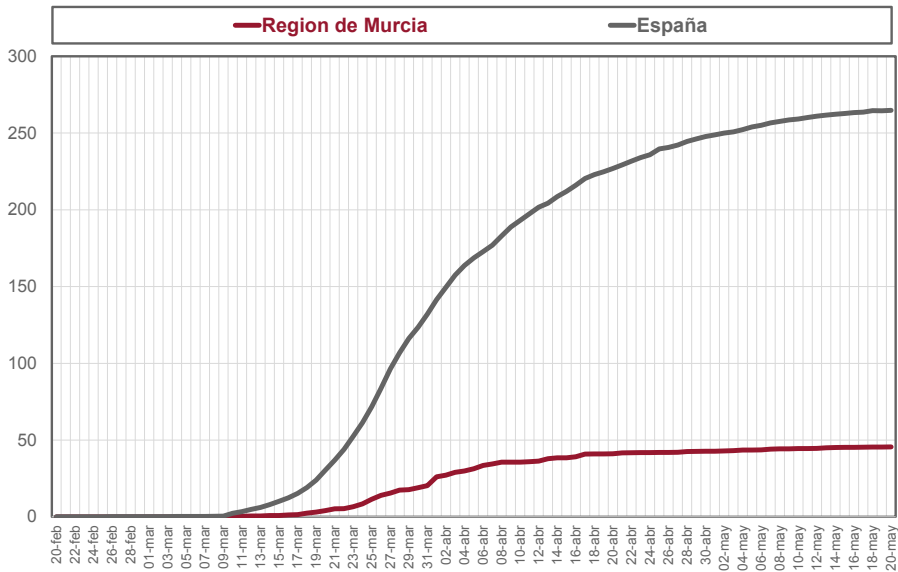
7.8.2.2. HOSPITALIZACIONES

En este apartado analizamos la evolución del número de hospitalizaciones como consecuencia de la enfermedad COVID-19. A este respecto, es necesario precisar que las cifras se refieren al número total de hospitalizaciones, con independencia de la gravedad de los pacientes y de que estos finalmente fallezcan o reciban el alta. Como se observa en el gráfico 7.37, el incremento exponencial de las hospitalizaciones se concentró en la segunda mitad del mes de marzo: entre el 15 y el 31 de marzo el número de hospitalizados se multiplicó por 13 en España. El ritmo de crecimiento se redujo, por el contrario, de forma sustancial a lo largo de las siguientes semanas, pasando del 17,4% diario de la segunda mitad de marzo al 3,2% de la primera quincena de abril. En los primeros 20 días del mes de mayo, la

tasa media de crecimiento diaria del número de hospitalizaciones por COVID-19 en España se sitúa en el 0,3%. En el caso de la Región de Murcia se observa, como era de esperar, un retardo con respecto a la media nacional en el perfil evolutivo del número de hospitalizaciones, siendo, además, las tasas de aumento significativamente más bajas. Asimismo, se constata una relativa estabilización en las tasas diarias de crecimiento a partir de la primera semana del mes de abril, una vez superada la cifra de 500 hospitalizaciones. El número total de pacientes que han requerido hospitalización en España es de 124.500 y en Murcia de 680, según los datos disponibles a 20 de mayo.

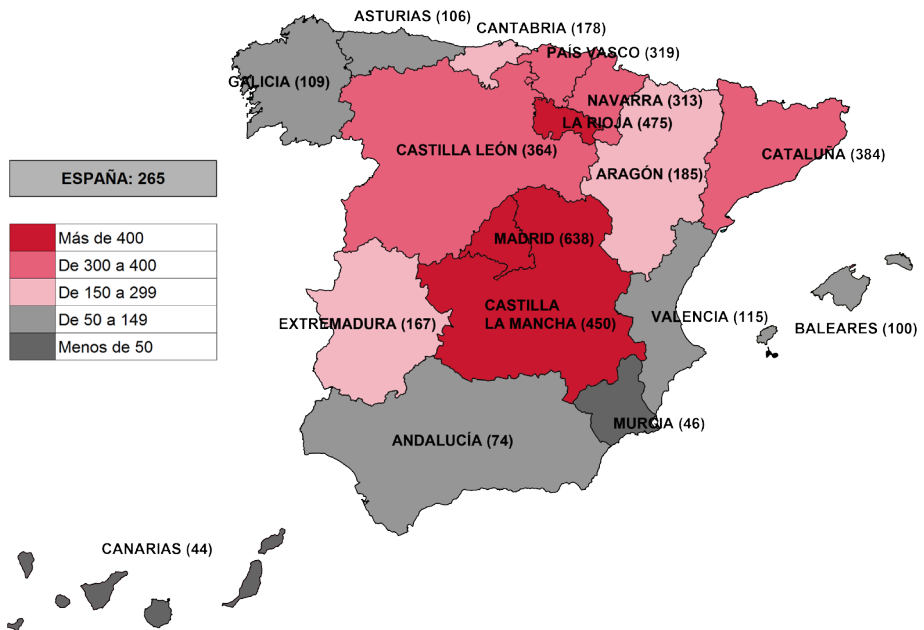
La comparación de las tasas de hospitalización que se muestra en el mapa 7.4 pone de manifiesto los menores requerimientos de utilización de los servicios hospitalarios por cada 100.000 habitantes

GRÁFICO 7.37.
HOSPITALIZACIONES POR COVID-19. TASAS POR 100.000 HABITANTES



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>.

MAPA 7.4.
INGRESOS HOSPITALARIOS POR COVID-19 EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR CADA 100.000 HABITANTES. A 20 DE MAYO DE 2020



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>.

en Canarias y en la Región de Murcia. Por debajo del 50% del indicador nacional se encuentran, además de las dos regiones citadas, Andalucía, Baleares, Asturias, Galicia y la Comunidad Valenciana. Por encima de ese umbral, pero sin rebasar la media nacional, se sitúan Extremadura, Cantabria y Aragón. Superan el promedio de España las restantes: País Vasco, Navarra, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, La Rioja y Madrid, siendo esta última la única autonomía que duplica la tasa de hospitalización del conjunto del país.

7.8.2.3. FALLECIDOS POR COVID-19

El coste más terrible de la pandemia es, sin duda alguna, el elevado número de fallecidos, tanto en términos absolutos como en magnitud relativa. Hasta el 20 de mayo, fecha en la que concluye la serie con la que se elabora este análisis, la COVID-19 había causado un total de 27.940 muertes en nuestro país, según cifras oficiales. De estas, 149 habían ocurrido en la Región de Murcia¹⁹. El gráfico 7.38 muestra la evolución de los fallecimientos en España y en nuestra región, en escala logarítmica. En el mismo gráfico se representa la evolución de dichas series expresadas en tasa por cada 100.000 habitantes.

Los primeros fallecidos se registran en la serie nacional el 8 de marzo (un total de 28), aunque no es descartable que hubiese muertes por COVID-19 en fechas anteriores. En la Región de Murcia, el primer fallecimiento tuvo lugar 12 días después, poniéndose de manifiesto, una vez más, el desfase en la evolución de la pandemia entre Murcia y el conjunto nacional. Una semana más tarde del registro de los primeros fallecimientos atribuidos a la pandemia en España, y coincidiendo con la entrada en vigor del estado de alarma, el número de muertes ascendía a 318, esto es, se había multiplicado por 11 en una semana. En los siguientes siete días la cifra de fallecidos

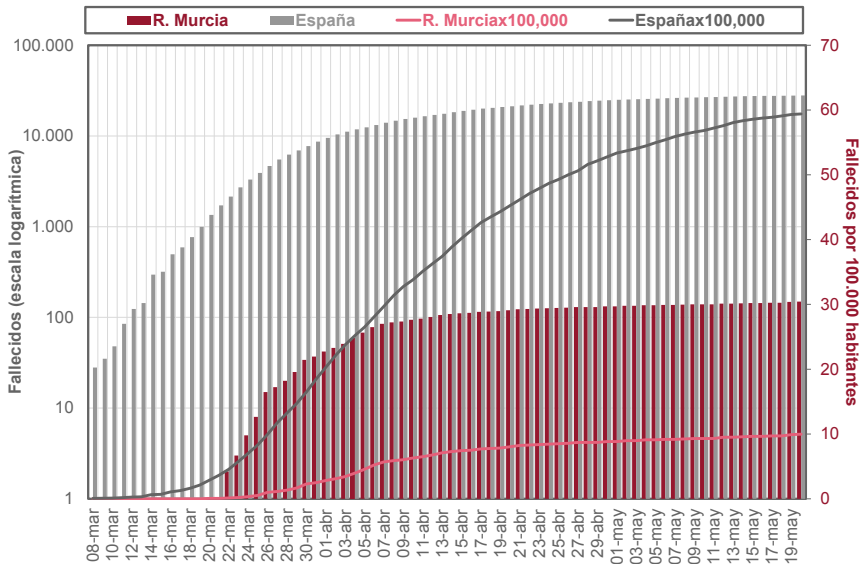
a escala nacional se multiplicó por 6,7 (un incremento medio diario del 31%). Los efectos del confinamiento empezaron a reflejarse en una disminución sustancial del ritmo de aumento de la cifra de fallecimientos. Las tasas de crecimiento diarias del número de fallecidos, que hacia finales del mes de marzo aún superaban con creces los dos dígitos, tanto en España como en Murcia, se redujeron paulatinamente hasta situarse en la última semana del periodo analizado, la que va del 13 al 20 de mayo, en una media diaria del 0,3% para el caso de España, y del 0,7% en la Región de Murcia.

Si centramos la atención en el comportamiento de la tasa por 100.000 habitantes a lo largo del tiempo, se constata que la mortalidad causada por la pandemia ha sido de muchísima menor magnitud en la Región de Murcia que en el conjunto del país. Además, el ritmo de crecimiento del número de víctimas mortales se consiguió disminuir sustancialmente a lo largo de la primera quincena del mes de abril, quedando muy atenuado durante la segunda quincena, hasta estabilizarse el número total de fallecidos. En España la desaceleración en la evolución de la tasa de fallecidos por cada 100.000 habitantes fue mucho más lenta. Y ello a pesar de que las tasas diarias de variación no mostraron diferencias muy elevadas durante el mes de abril. Son los diferentes niveles de partida los que explican gran parte de las diferencias que se observan en la representación gráfica. En este sentido, téngase en cuenta que el día 1 de abril la tasa de fallecidos por 100.000 habitantes en la Región de Murcia era del 2,8, mientras que en el total nacional era 20,3. Una dinámica similar, sobre valores iniciales muy distintos, describe un comportamiento tan diferente en apariencia.

En el mapa 7.5 se muestran las notables desigualdades en el indicador de mortalidad por cada 100.000 habitantes por comunidades autónomas, referidos al acumulado en el último día del periodo de análisis, 20 de mayo. Siendo el promedio nacional en dicha fecha de 59 fallecidos por 100.000 habitantes, la desviación típica de los valores observados alcanza un valor

¹⁹ A 12 de junio se contabiliza un fallecido más por COVID-19 en la Región, para un total de 150 víctimas mortales de la pandemia.

GRÁFICO 7.38.
FALLECIDOS POR COVID19 Y TASAS POR 100.000 HABITANTES
 (escala logarítmica)



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>.

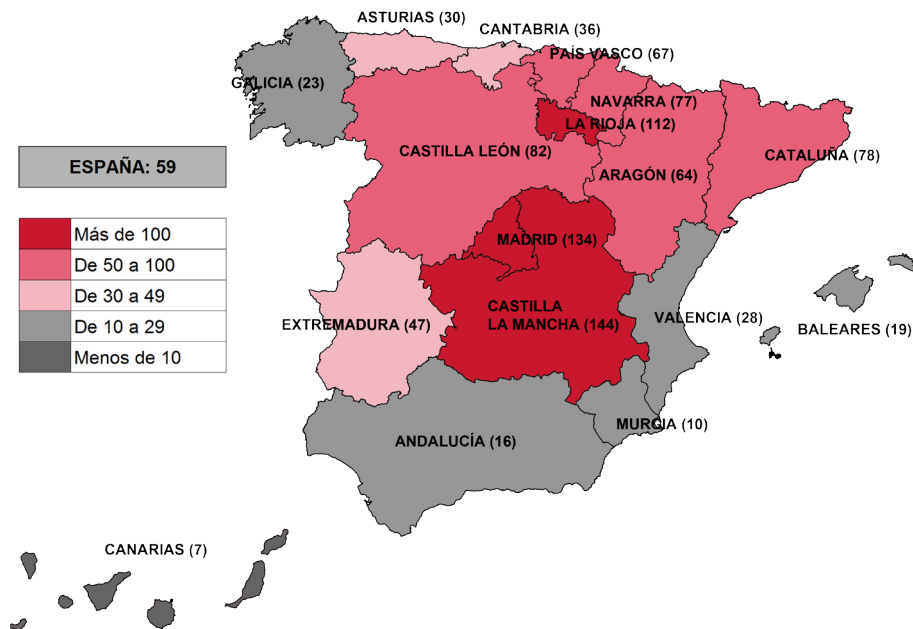
de 43. Las dos CC.AA. con el guarismo más bajo son Canarias y la Región de Murcia. Por debajo del 50% del valor medio de España se encuentran también Andalucía, Baleares, Galicia y la Comunidad Valenciana. Las regiones de Asturias, Cantabria y Extremadura completan el conjunto de territorios con un nivel del indicador inferior a la media estatal. Por encima de este umbral se encuentran Aragón, País Vasco, Navarra, Cataluña, Castilla y León y La Rioja, cuyas cifras superan las agregadas sin llegar a doblar el dato de España; así como la Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha; estas dos últimas con tasas de mortalidad por COVID-19 que duplican, cuando menos, la cifra calculada para el total de la nación.

Un aspecto relevante y que, a buen seguro, generará controversia cuando se puedan analizar con sosiego y detalle los datos de fallecimientos como consecuencia de la pandemia, es el que se refiere al importante papel que han jugado las residencias

de ancianos de nuestro país, como epicentro de la catástrofe sanitaria. En efecto, desde que surgió la primera noticia sobre un brote de COVID-19 en una residencia de ancianos en Madrid, el 5 de marzo, han sido continuas las noticias sobre situaciones similares a lo largo y ancho de la geografía española. Lamentablemente, a día de hoy las autoridades nacionales no han conseguido ofrecer información detallada sobre el número de contagiados o fallecidos en estas instituciones de forma separada. Y ello, pese a reconocerse que los "ancianos en residencias geriátricas han sido, con mucho, los más dañados por la pandemia" (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020). De hecho, desde el 3 de abril, según la Orden SND/322/2020 las CC.AA. están obligadas a notificar al Ministerio información desagregada para este colectivo.²⁰ Aunque dicha información

²⁰ Esta Orden incluye un anexo con diversos campos de obligada cumplimentación, que debía ser remitido antes del 8 abril, y a partir de entonces cada

MAPA 7.5.
TASA DE FALLECIDOS POR COVID-19 POR CADA 100.000 HABITANTES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. A 20 DE MAYO DE 2020



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>

se encuentra, en teoría, disponible en los departamentos de sanidad de las respectivas CC.AA., las autoridades nacionales no han proporcionado cifras oficiales para el total del país.

La ausencia de datos oficiales consolidados a escala nacional representa, como es evidente, una importante limitación para conocer la incidencia real de la pandemia no solo en las residencias de ancianos, sino también en centros sociosanitarios y viviendas tuteladas para personas discapacitadas. Cabe presuponer, a tenor de informaciones proporcionadas por varios medios de comunicación, citando a fuentes de las CC.AA., así como de las actuaciones emprendidas

por las propias autoridades autonómicas, tomando el control de aquellas residencias donde se había producido una mortandad súbita, que el impacto haya sido considerable, si bien la ausencia de protocolos de actuación en estos centros durante la atapa más virulenta de la pandemia y la omisión de los test de diagnóstico a usuarios y cuidadores hace muy difícil llegar a conocer las cifras reales de fallecimientos atribuibles a la COVID-19 en dichos establecimientos.

7.8.3. ESTRÉS EN LOS SISTEMAS SANITARIOS REGIONALES CAUSADO POR LA COVID-19

Los sistemas sanitarios de las distintas CC.AA. de España se han visto sometidos a

martes y viernes. Dentro de esos campos se encuentran el número de muertes confirmadas por COVID-19, así como las muertes sospechosas por la misma causa.

un estrés que no encuentra parangón en las últimas décadas. Lamentablemente no se dispone de datos actualizados y accesibles que informen sobre esa circunstancia, por lo que, con el fin de intentar cubrir esa carencia, se han construido dos indicadores sencillos que pueden dar cuenta de esa situación de una forma aproximada.

El primero de los indicadores pasa por comparar el número total de enfermos que han requerido hospitalización debido a la infección por coronavirus con el total de camas disponibles en el sistema (los datos sobre dotación de camas se refieren al año 2017, último disponible en el Sistema de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad). Este indicador parece especialmente oportuno si se tiene en cuenta que los enfermos de COVID-19 suelen requerir de periodos de hospitalización relativamente largos en los casos más graves. No obstante, conviene advertir de que este indicador no deja de ser imperfecto, por cuanto la cifra total de hospitalizaciones recoge un dato acumulado. Esto es, los pacientes son hospitalizados y posteriormente reciben el alta o fallecen, siendo incorrecto asumir que todos ellos coinciden en el mismo momento del tiempo. En cualquier caso, con todas sus limitaciones, este indicador puede ser orientativo para poner en evidencia la existencia de importantes diferencias territoriales en lo referido al nivel de estrés al que se han visto sometidos, tanto los sistemas sanitarios regionales como los profesionales que los integran.

El valor de este primer indicador de hospitalizaciones sobre dotación de camas hospitalarias arroja un valor del 89% para el total nacional. La forma de interpretar esta cifra es la siguiente: de haber coincidido el último día del periodo de análisis todos los pacientes hospitalizados en algún momento de dicho periodo, habría sido necesario destinar el 89% de las camas disponibles en el sistema de salud a los enfermos de la COVID-19.²¹

²¹ Alternativamente, asumiendo que las hospitalizaciones se distribuyeron uniformemente a lo largo de los 91 días que van desde el primer ingreso (20 de febrero) hasta el último día del periodo analizado (20 de mayo) -algo que sabemos que no ocurrió- y que la estancia media fuera de dos semanas, podríamos con-

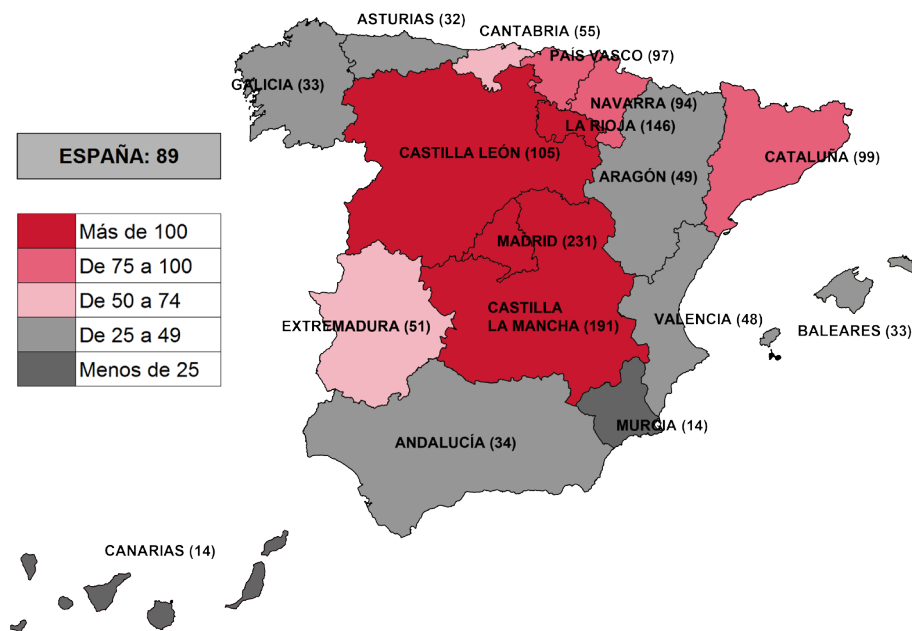
Las diferencias por CC.AA. son enormes, como se observa en el mapa 7.6. Las dos CC.AA. cuyos sistemas se han visto sometidos a un menor estrés como consecuencia de la pandemia son la Región de Murcia y Canarias. En ninguno de los dos casos hubiera sido necesario utilizar más de una de cada siete camas disponibles para estos enfermos, aunque todos los hospitalizados se hubiesen concentrado en un mismo día. En un segundo grupo se ubica una serie de CC.AA. en las que el indicador no habría superado el valor del 50%: Asturias, Baleares, Galicia, Andalucía, Comunidad Valenciana y Aragón. En un nivel de estrés algo mayor estarían las CC.AA. cuyo indicador no rebasaría el 100%, aunque sí el 50%: Extremadura, Cantabria, Navarra, País Vasco y Cataluña. Por último, las comunidades de Castilla y León, La Rioja, Castilla-La Mancha y Madrid son las que evidencian un mayor nivel de presión asistencial en lo que atañe a ingresos hospitalarios. De haber coincidido en un único día todos los pacientes ingresados, su capacidad se habría visto desbordada (como así ocurrió en periodos concretos en alguna de estas comunidades, como Madrid), pues las camas disponibles habrían sido insuficientes para ingresar a todos los enfermos de COVID-19.²²

Un segundo indicador, similar en su concepción al anterior, es el que resulta de dividir el número de pacientes críticos, esto es, enfermos que han requerido ingreso en UCI, entre el total de camas UCI disponibles en cada territorio (según datos de 2017). Se ha tenido en cuenta, en este caso, el total de camas UCI disponibles, con independencia

cluir que el grado de ocupación medio de las camas por pacientes COVID-19 fue de un 13,7%.

²² Bajo los supuestos explicitados en la anterior nota a pie de página, Madrid, con un indicador de 231 habría tenido que dedicar más del 35% de todas las camas del sistema regional de salud a pacientes enfermos de COVID-19 durante cada uno de los 91 días del periodo analizado. Teniendo en cuenta que en los primeros (y en los últimos) días el volumen de pacientes hospitalizados fue sustancialmente inferior, esto permite hacerse una idea del nivel de saturación que soportaron los hospitales madrileños en la fase aguda de la pandemia y que obligó, por ejemplo, a habilitar camas para hospitalización de manera transitoria en otros espacios públicos, como el conocido como "Hospital de IFEMA".

MAPA 7.6.
PORCENTAJE QUE SUPONEN LAS HOSPITALIZACIONES POR COVID-19 ACUMULADAS A 20 DE MAYO DE 2020 SOBRE EL TOTAL DE CAMAS DISPONIBLES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cneocovid.isciii.es/covid19/> e INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

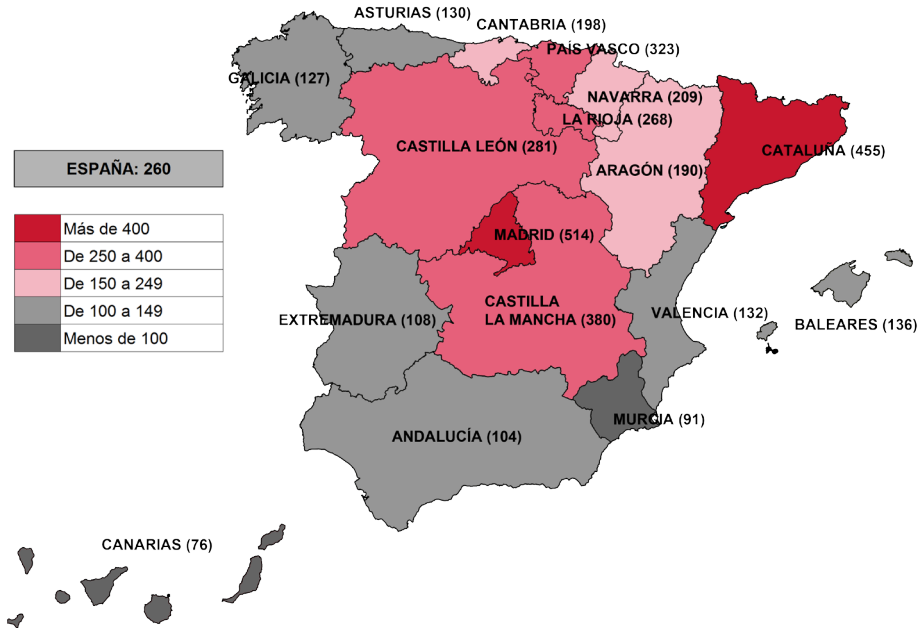
de su titularidad pública o privada. Aunque, como se señaló antes en relación con la ratio hospitalizados/camas, el indicador más adecuado hubiera resultado de comparar el número de enfermos en UCI diario con la disponibilidad, no existe lamentablemente una serie diaria y fiable que permita construir dicho indicador. Así, esta segunda ratio, como la anterior, se calcula bajo el supuesto irreal de que todos los pacientes que en algún momento requirieron de ingreso en UCI coincidieron en el mismo momento del tiempo. En términos agregados, el valor calculado a fecha 20 de mayo asciende a un 260%, lo que significa que, si en dicha fecha hubiesen coincidido todos los pacientes que a lo largo del periodo analizado recibieron asistencia en unidades de críticos, habría sido necesario

disponer de 2,6 veces el número de camas UCI existentes para poder atenderlos.²³

En el mapa 7.7 se evidencian las importantes diferencias por territorios, que se explican, principalmente por la dispar incidencia de la pandemia en cada región, pero también como consecuencia de la distinta dotación de camas UCI entre CC.AA.

²³ Alternativamente, asumiendo que las hospitalizaciones se distribuyeron uniformemente a lo largo de los 90 días que van desde el primer ingreso de un paciente en UCI (21 de febrero) hasta el último día del periodo analizado (20 de mayo) -lo que a ciencia cierta no ocurrió- y que la estancia media fuera, en el caso de los pacientes críticos, de tres semanas, podríamos concluir que el grado de ocupación medio de las camas por pacientes COVID-19 fue, aproximadamente, de un 61%; una cifra muy elevada, teniendo en cuenta la desigual distribución de los ingresos en UCI durante el periodo analizado y a lo largo del territorio.

MAPA 7.7.
PORCENTAJE QUE SUPONEN LAS HOSPITALIZACIONES EN UCI POR COVID-19 ACUMULADAS A 20 DE MAYO DE 2020 SOBRE EL TOTAL DE CAMAS UCI DISPONIBLES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: elaboración propia a partir de <https://cneocovid.isciii.es/covid19/> e INCLASNS (Ministerio de Sanidad).

Las únicas dos regiones cuyo indicador de hospitalizaciones en UCI acumuladas sobre dotación existente se sitúa por debajo de 100 son Canarias y la Región de Murcia. Todas las demás regiones se encuentran por encima de dicho umbral, pudiendo distinguirse, en función del grado de saturación, 3 grupos. De un lado, aquellas cuya demanda teórica acumulada no habría excedido del 150% de las camas disponibles: Andalucía Extremadura, Galicia, Asturias, Comunidad Valenciana y Baleares. En un segundo grupo estarían las regiones cuyas necesidades de puestos UCI superan entre 1,5 y 2,5 veces la dotación existente; en este grupo se ubican Aragón, Cantabria y Navarra. En La Rioja, Castilla y León, País Vasco y Castilla-La Mancha, las necesidades habrían superado las disponibilidades entre 2,5 y 4 veces. Por último, en Cataluña y en Madrid las hospitalizaciones en UCI acumuladas

hasta el 20 de mayo multiplican por 4,5 y 5,1, respectivamente, la disponibilidad de camas para pacientes críticos

7.8.4. ESTIMACIÓN DE LOS AÑOS DE VIDA Y DE LOS AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR LA CALIDAD (AVAC) PERDIDOS COMO CONSECUENCIA DE LAS MUERTES POR COVID-19

7.8.4.1. METODOLOGÍA

Para concluir este apéndice dedicado al impacto de la pandemia ocasionada por la infección por coronavirus SARS-CoV-2, se ofrece a continuación una primera apro-

ximación al cálculo de los costes en salud derivados de la mortalidad causada por la COVID-19 en España y en la Región de Murcia, con los datos disponibles a fecha 20 de mayo de 2020. Dichos costes se cuantificarán en “años de vida perdidos” y en “años de vida ajustados por la calidad perdidos”, como consecuencia de los fallecimientos directamente causados por la pandemia. En esta sección explicamos de manera resumida la metodología aplicada y en la siguiente presentamos los resultados.

Entendemos por Años de Vida Perdidos los que resulta razonable esperar que cada fallecido hubiera disfrutado teniendo en cuenta la esperanza de vida específica para su edad en el año 2018 (último año para el que hay información disponible). Para obtener esta información se parte de las Tablas de Vida (Tablas de Mortalidad) elaboradas por el INE para las distintas CC.AA., a partir de las cuales resulta posible obtener la Esperanza de Vida para cada edad y sexo. Las Tablas de Vida proporcionan información referida a: el tamaño poblacional del grupo, el número de defunciones acaecidas en ese año, la probabilidad de muerte asociada a cada edad x (qx), el número de supervivientes para cada cohorte teórica de población (lx), los fallecidos en la cohorte teórica dentro de cada edad (dx), la cantidad de años-persona dentro del intervalo de edad considerado, x a $x+n$, que se identifica como Lx y, finalmente, la probabilidad de supervivencia dentro del intervalo (Tx). Con toda esta información, se puede calcular la Esperanza de Vida para cada edad, mediante la siguiente expresión:

$$EV = \frac{\sum_x^n L_x}{l_n} \quad (1)$$

La información disponible a nivel regional sobre fallecidos como consecuencia de la COVID-19 no se presenta desagregada por sexo ni por edad exacta del fallecido, sino únicamente por grupos de edad. Por tanto, para proporcionar un valor para cada uno de los fallecidos, se hará un promedio de los años de vida esperables para el con-

junto del tramo de edad considerado. Esto es, si el fallecido se encuentra dentro del tramo de edad de 40 a 49 años, se imputará la media de la esperanza de vida para cada edad dentro de dicho tramo.

Por otra parte, no todos los años de vida de una persona se disfrutan con igual calidad de vida en términos de salud. Para poder incorporar esta dimensión al análisis de los costes derivados de una mortalidad prematura es preciso contar con indicadores sintéticos que incluyan, no solo la supervivencia, sino también la morbilidad asociada a cada uno de los años de vida esperados, para lo cual existen distintas aproximaciones. Las más sencillas ajustan cada uno de esos años de vida teniendo en cuenta una clasificación dicotómica. Esto es, tienen en cuenta, por ejemplo, si en cada uno de esos años se sufre una discapacidad o si se disfruta de buena salud (frente a no sufrir discapacidad o no experimentar buena salud). Este tipo de aproximaciones permiten computar la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad o la Esperanza de Vida en Buena Salud. Las aproximaciones más complejas, por su parte, son capaces de contemplar un abanico mucho más amplio de situaciones de salud, atribuyendo unos ponderadores o pesos de calidad de vida a cada uno de esos años (usualmente denominados “utilidades”). Estos pesos toman un valor máximo de 1, que se hace coincidir con la salud plena, y el resto de pesos (menores que 1) reflejan las diferencias existentes entre cada situación o “estado” de salud y la salud “perfecta”. De este modo es posible ajustar los años de vida según su calidad, lo que da pie al constructo denominado “Año de Vida Ajustado por la Calidad” (AVAC). Un AVAC equivale a un año de vida en perfecta salud, mientras que un año de vida en un estado de salud peor que la salud plena tiene un valor inferior a 1 AVAC. A partir de esta aproximación es posible computar la Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad (EVAC), que recoge el número de AVAC que se espera que disfrute un individuo a lo largo de su horizonte vital.

Conviene subrayar que esta forma de proceder supone que las expectativas de supervivencia y condición de salud a las que

cada sujeto hará frente son las mismas que se observan para individuos de su edad en el momento presente. En España se cuenta con estimaciones oficiales para la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad o la Esperanza de Vida en Buena Salud (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013); sin embargo no se han elaborado estimaciones oficiales para la EVAC, aunque existen en la literatura científica tanto para España (Martínez et al., 2016), como para algunas CC.AA. (Zozaya et al., 2005, Oliva y Zozaya, 2007, Esnaola et al., 2006, Martínez et al., 2008, Oliva, 2008).

Los efectos prácticos de ajustar la calidad de vida quedan recogidos en la siguiente expresión que nos permite calcular la EVAC a partir de las Tablas de Vida, siempre que se disponga de los pesos de calidad de vida o utilidades para cada edad (U_x).

$$EVAC = \frac{\sum_x^n U_x L_x}{l_n} \quad (2)$$

Las utilidades o pesos de calidad de vida que se emplea en la estimación se refieren al conjunto de la población española, y se obtuvieron a través de una encuesta representativa de la población adulta española ($n=4.036$). En dicha encuesta se incluía el cuestionario SF-36, un sistema descriptivo que permite caracterizar la salud de la población, ampliamente utilizado en el ámbito clínico. A partir de dicho sistema, y empleando el algoritmo de cálculo de utilidades para el SF-6D estimado para España por Abellán et al. (2012), resulta posible calcular utilidades para cada estado de salud descrito con el citado cuestionario.

Se señala, por último, dos limitaciones adicionales. De un lado, no se disponen de utilidades de salud para edades superiores a los 80 años, de manera que se supone que, a partir de dicha edad, no hay cambios en la calidad de vida. Por otro lado, al tratarse de población adulta, no se dispone de pesos

para los menores de 18 años, por lo que se asume que la calidad de vida de los menores de edad es, al menos, la observada para los individuos de 18 años. Para un mayor detalle véase (Abellán et al., 2012)

Puesto que el objetivo es estimar las pérdidas de salud derivadas exclusivamente de la mortalidad causada por la pandemia (tratar de extender los cálculos a los costes de morbilidad requeriría contar con datos de los que no se dispone actualmente y una metodología mucho más compleja), aplicaremos el procedimiento descrito a las series de fallecidos por COVID-19 proporcionadas por las autoridades sanitarias. En el caso de la Región de Murcia, utilizaremos los datos de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones (2020). En el caso del total nacional se empleará la información ofrecida por el Ministerio de Ciencia e Innovación (2020a), elaborada por el Instituto de Salud Carlos III, procedente de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Este registro oficial de fallecidos por COVID-19 no cuenta, sin embargo, con datos desagregados por grupos de edad completos, sino únicamente para una porción de los fallecidos. Para salvar esta limitación se asume que la totalidad de los fallecidos se distribuyen a lo largo de los grupos de edad de forma similar a los de la muestra disponible, de manera que el cómputo de los fallecidos en cada grupo se realiza imputando el peso observado para cada grupo de edad al total.

En la siguiente sección se presentan, por tanto, los resultados en términos de Años de Vida perdidos y AVAC perdidos para la Región de Murcia y para España. Adicionalmente, se proporciona información sobre el valor actualizado de los AVAC perdidos, utilizando una tasa de descuento (esto es, un factor de ponderación que permite comparar los años futuros con los presentes) del 1,5%. La finalidad de aportar esta última estimación es únicamente para incorporar al análisis la consideración de que los años de vida más lejanos en el tiempo pueden valorarse menos en el momento presente, como consecuencia de la preferencia temporal que todos tenemos, y de la mayor incertidumbre asociada al futuro.

7.8.4.2. RESULTADOS

Los resultados referidos a la Región de Murcia quedan recogidos en la tabla 7.25. Hasta el 20 de mayo, el número de fallecidos por COVID-19 ascendía, como se ha dicho, a un total de 149, lo que se traduce en un “coste” de 1.376 Años de Vida Perdidos. Si tenemos en cuenta la diferente calidad de vida relacionada con la salud asociada a cada edad, estos 1.376 años de vida equivaldrían a 989 AVAC perdidos. Este valor apenas se reduce al aplicar el cálculo descontado, 976 AVAC en valor presente, porque la mayoría de las muertes se concentran en los grupos de mayor edad y la tasa de descuento empleada es baja.

Los mayores de 80 años suponen dos terceras partes de los fallecidos. Casi el 87% de estos tenía 70 años o más. La importancia relativa de estos grupos de mayor edad se reduce significativamente cuando pasamos de computar fallecidos a estimar Años de Vida Perdidos. Dado que los grupos de mayor edad tienen un horizonte vital esperado menor, los Años de Vida Perdidos por mayores de 80 años vendrían a suponer un 32% del total, ascendiendo la proporción hasta el 63% si consideramos a los mayores

de 70. En promedio, el número de Años de Vida Perdidos como consecuencia de la pandemia para cada fallecido es de 9,2 años, que, ajustados por calidad de vida, equivaldrían a 6,6 AVAC.

En la tabla 7.26 se presentan los resultados de la estimación para el total nacional. La cifra acumulada de fallecidos a 20 de mayo era de 27.940. Esta trágica cifra se traduce en una pérdida de más de 265.000 años de vida que, ajustados por la calidad, supondrían algo más de 190.500 AVAC perdidos (188.000 AVAC en valor descontado). En el caso de España, la concentración de las muertes en los grupos de mayor edad es muy similar a la observada para la Región de Murcia: un 87% de los fallecidos tenía más de 70 años y un 63% más de 80 años.

También en el caso del total nacional, un tercio de todos los Años de Vida Perdidos se debe a la muerte prematura de los mayores de 80 años, mientras que los años de vida perdidos por la población mayor de 70 años rozan las dos terceras partes del total. Estas proporciones se reducen ligeramente cuando se analiza la composición por edades del coste medido en Años de Vida Ajustados por la Calidad.

TABLA 7.25.
AÑOS DE VIDA Y AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR LA CALIDAD PERDIDOS EN LA REGIÓN DE MURCIA, DEBIDO A LA MORTALIDAD POR COVID-19

	Años de vida perdidos	AVAC perdidos	AVAC perdidos (valor descontado) *
menos de 2 años	0	0	0
de 2 a 4 años	0	0	0
de 5 a 14 años	0	0	0
de 15 a 29 años	61	53	50
de 30 a 39 años	0	0	0
de 40 a 49 años	39	32	31
de 50 a 59 años	118	92	90
de 60 a 69 años	292	214	211
de 70 a 79 años	403	280	276
80 y más	463	319	318
Total	1.376	989	976

(*) Se ha aplicado una tasa de descuento del 1,5%.

TABLA 7.26.
AÑOS DE VIDA Y AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR LA CALIDAD PERDIDOS EN ESPAÑA,
DEBIDO A LA MORTALIDAD POR COVID-19

	Años de vida perdidos	AVAC perdidos	AVAC perdidos (valor descontado) *
menos de 2 años	246	220	207
de 2 a 4 años	0	0	0
de 5 a 14 años	73	65	61
de 15 a 29 años	2.310	1.997	1.913
de 30 a 39 años	4.172	3.499	3.379
de 40 a 49 años	11.495	9.337	9.075
de 50 a 59 años	26.288	20.474	20.021
de 60 a 69 años	51.782	37.941	37.312
de 70 a 79 años	86.497	60.001	59.321
80 y más	82.620	57.008	56.736
Total	265.484	190.542	188.026

(*) Se ha aplicado una tasa de descuento del 1,5%.

Fuente: elaboración propia.

En relación con las estimaciones realizadas para España, resulta necesario advertir de que, tanto la cifra de fallecidos por COVID-19 consignada en los registros de mortalidad oficiales de la RENAVE, como las estimaciones de años de vida y AVAC perdidos que aquí se presentan y que se basan en la citada fuente, no dejan de ser una cota inferior del verdadero coste real que la pandemia ha supuesto en términos de pérdidas de salud derivadas de la mortalidad prematura. Así, el propio Instituto de Salud Carlos III, en su red de Vigilancia de la Mortalidad Diaria (MoMo) da cuenta del exceso de mortalidad observado durante el periodo en el que la infección por coronavirus SARS-CoV-2 viene teniendo una incidencia significativa en nuestro país. Esta fuente (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2020b) proporciona cifras para el periodo comprendido entre el 13 de marzo y el 22 de mayo, por lo que el exceso de mortalidad previo al 13 de marzo no se estaría recogiendo (si bien cabe esperar que la diferencia no sea muy grande en términos relativos). Según esta fuente alternativa, en el periodo transcurrido entre el 13 de marzo y el 22 de mayo se registró un exceso de mortalidad por todas las causas de 43.260

personas, esto es, un 55% más que la cifra de fallecidos por COVID-19 a 20 de mayo proporcionada por la RENAVE. No siendo posible a priori imputar todo este exceso de mortalidad observado directamente a la pandemia, podríamos concluir que dicha cifra de fallecidos vendría a ser una cota superior del intervalo en el que se halle la cifra real. Asumiendo este guarismo alternativo como cifra de muertes totales por COVID-19 y aplicando la metodología descrita en el apartado anterior, concluiríamos que la pandemia podría haber causado una pérdida de 411.000 años de vida y un total de 295.000 AVAC perdidos (291.000 si aplicamos descuento); valores sustancialmente superiores a los mostrados en la tabla 7.26. En el caso de la Región de Murcia, entre el 13 de marzo y el 20 de mayo se habrían registrado en la región 245 fallecidos más de lo esperado según el modelo de predicción de MoMo. Este exceso de mortalidad estimado (algo superior al 10% de los fallecimientos previstos) supera con creces la cifra de 149 fallecidos por COVID-19 (es un 64% superior). Más del 83% del exceso de mortalidad se concentra en mayores de 74 años.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN, J.M., SÁNCHEZ, F.I., MARTÍMEZ, J. E. Y MÉNDEZ, I. (2012): Lowering the floor of the SF-6D algorithm using a lottery equivalent method. *Health Economics*, 21, 1271-1285.
- Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Región de Murcia (2020): Informe de situación de COVID-19 en la Región de Murcia a 3 de junio.
- ESNAOLA, S., UNAI, S., PÉREZ, Y., RUIZ, R., ALASORO, E. Y CALVO, M. (2006): Magnitud y desigualdades socioeconómicas de la esperanza de vida ajustada por calidad en la Vitoria. *Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco*
- MARTÍNEZ, J.E., ABELLÁN, J.M. Y PINTO, J.L. (2008): El capital social de la salud en Andalucía. *Sevilla. Junta de Andalucía*
- MARTÍNEZ, J.E., SÁNCHEZ, F.I. Y ABELLÁN, J.M. (2016): Esperanza de vida ajustada por la calidad en España: una aproximación. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, 6, 28-48.
- Ministerio de Ciencia e Innovación (2020a): Informe nº32. Situación de COVID-19 en España a 21 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM. ISCIII. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2032.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2021%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- Ministerio de Ciencia e Innovación (2020b): Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo. Situación a 4 de junio de 2020. ISC III. CNE. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%204%20de%20junio_CNE.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009): Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: MSPS.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). Plan para la transición hacia una nueva normalidad. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeminstros/resumenes/Documents/2020/PlanTransicionNuevaNormalidad.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013): Esperanzas de vida en salud en España 2006-2011. Años de vida saludable en España y sus comunidades autónomas. Madrid: MSSSI
- OLIVA, J. (2008): Valoración y determinantes del stock de capital salud en Cataluña: 1994-2006. *Documento de trabajo de FEDEA. Serie Estudios de Economía Española 05-2008*. <http://www.fedea.net/documentos/pubs/ee/2008/05-2008.pdf>
- OLIVA, J. Y ZOZAYA, N. (2007): Valoración y determinantes del stock de capital salud en la Comunidad Canaria y Cataluña. *Documento de Trabajo de FEDEA 2007-29*. <http://documentos.fedea.net/pubs/dt/2007/dt-2007-29.pdf>
- ZOZAYA, N., OLIVA, J. Y OSUNA, R. (2005): Measuring changes in health capital. *Documentos de Trabajo de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada, 2005-15*.

