Comisión Europea

State of Health in the EU

España

Perfil Sanitario del país 2017

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Serie de perfiles de países

Los perfiles de países ofrecen una visión concisa y políticamente relevante de la salud y los sistemas sanitarios en los Estados miembros de la UE, enfatizando las características y desafíos particulares de cada país. Están diseñados para apoyar los esfuerzos de los Estados miembros en su elaboración de políticas basadas en hechos.

Los perfiles representan el trabajo conjunto de la OCDE y el *European Observatory on Health Systems and Policies*, en cooperación con la Comisión Europea. El equipo agradece las valiosas observaciones y sugerencias formuladas por los Estados miembros y la Red de Supervisión de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria.

Índice

1 • HITOS DESTACADOS 1

2 • EL ESTADO DE SALUD 2

3 • FACTORES DE RIESGO 4

4 • EL SISTEMA SANITARIO 6

5 • EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA SANITARIO 8

5.1 Eficacia 8

5.2 Accesibilidad 10

5.3 Resiliencia 12

6 • PRINCIPALES RESULTADOS 16

Fuentes de datos e información

Los datos e información de estos perfiles de país se basan principalmente en las estadísticas oficiales nacionales presentadas a Eurostat y la OCDE, validadas en junio de 2017 para garantizar los estándares más elevados de comparabilidad de datos. Las fuentes y métodos en que se basan estos datos están disponibles en la base de datos de Eurostat y en la base de datos de la OCDE en materia de salud. Asimismo, otros datos adicionales provienen del *Institute for Health Metrics and Evaluation*, IHME), del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), de las encuestas del estudio de la Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar (HBSC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de otras fuentes nacionales.

Los promedios de la UE son promedios ponderados de los veintiocho Estados miembros a menos que se especifique lo contrario.

Para descargar la hoja de Excel que coincide con todos los cuadros y gráficos de este perfil, teclee los siguientes StatLinks en su navegador de internet:
http://dx.doi.org/10.1787/888933623476

Contexto demográfico y socioeconómico de España, 2015

		España	UE
Factores demográficos	Tamaño de la población (miles)	46 448	509 394
	Porcentaje de población mayor de 65 años (%)	18,5	18,9
	Tasa de fertilidad[1]	1,3	1,6
Factores socioeconómicos	PIB per cápita (PPA en EUR)	25 900	28 900
	Tasa de pobreza relativa[2] (%)	15,9	10,8
	Tasa de desempleo (%)	22,1	9,4

1. Número de niños nacidos por mujer de entre 15 y 49 años
2. Porcentaje de personas que viven con menos del 50 % de la mediana de la renta disponible equivalente.

Fuente: Base de datos de Eurostat; OCDE (tasa de pobreza relativa).

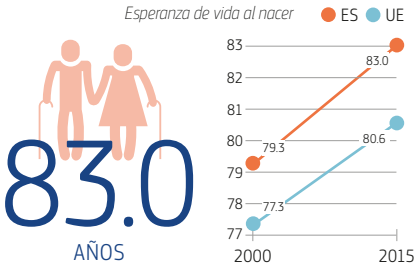
Exención de responsabilidad: *Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados aquí son exclusivamente los de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones oficiales de la OCDE o sus países miembros, las del* European Observatory on Health Systems and Policies *o de ninguno de sus socios. Las opiniones aquí expresadas no deben considerarse en modo alguno como la expresión de la opinión oficial de la Unión Europea. Este documento, así como los datos y mapas incluidos en él, se entienden sin perjuicio del estatuto o soberanía sobre cualquier territorio, de la delimitación de las fronteras y límites internacionales y del nombre de cualquier territorio, ciudad o zona.*
Existen exenciones de responsabilidad adicionales de la OMS en http://www.who.int/bulletin/disclaimer/es/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

1 Hitos destacados

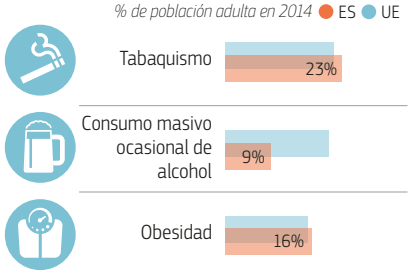
La esperanza de vida en España es la más elevada de todos los países de la UE. Esto, combinado con las bajas tasas de natalidad, da como resultado un aumento del porcentaje de la población con edades comprendidas entre los 65 y los 80 años. El principal reto al que se enfrentará el sistema sanitario español será la búsqueda de reformas estructurales para reasignar recursos con el fin de lograr una atención más eficaz y una mejor gestión de las enfermedades crónicas fuera de los centros hospitalarios.

El estado de salud



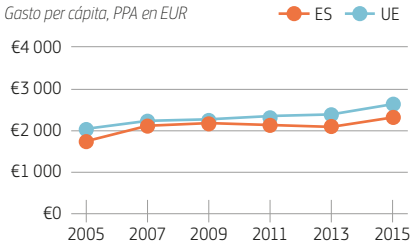
La esperanza de vida en España alcanzó los 83,0 años en 2015, un incremento con respecto a los 79,3 en 2000, y es actualmente la más elevada de los países de la UE. Desde el año 2000, la mayor parte del aumento de la esperanza de vida en España se ha debido a la reducción de la mortalidad después de los 65 años. A esta edad, los hombres y mujeres españoles viven una media de 21 años más, de los que menos de la mitad (45 %) se viven sin discapacidad.

Factores de riesgo



El tabaquismo habitual entre los adultos en España se redujo del 32 % en 2000 al 23 % en 2014, pero sigue siendo más elevado que la media de la UE. Menos de uno de cada diez adultos manifiestan un consumo excesivo de alcohol de manera habitual, muy por debajo de la media de la UE de uno de cada cinco. Las tasas de obesidad continúan creciendo en España y actualmente se encuentran ligeramente por encima de la media de la UE: uno de cada seis adultos sufría obesidad en 2014, un incremento con respecto a la cifra de uno de cada ocho en 2001.

El sistema sanitaria

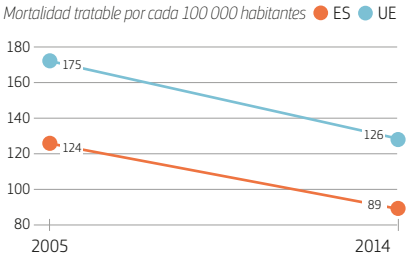


Tras la crisis económica, el gasto sanitario per cápita en España descendió en términos reales y con respecto a la media de la UE; no obstante, el gasto empezó a aumentar de nuevo en los últimos años. En 2015, España gastó 2 374 EUR per cápita en atención sanitaria, en comparación con la media de 2 797 EUR de la UE. Esto corresponde al 9,2 % del PIB, también por debajo de la media del 9,9 % de la UE. Alrededor del 71 % del gasto sanitario en España se financia públicamente, mientras que los pagos directos de los pacientes ascienden al 24 % del gasto sanitario total, un porcentaje mucho mayor que la media del 15 % de la UE.

El desempeño del sistema sanitaria

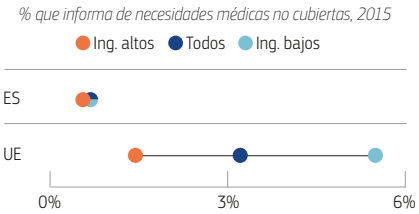
Eficacia

La mortalidad tratable en España sigue siendo una de las más bajas de los países de la UE, lo que indica que el sistema de atención sanitaria es eficaz en el tratamiento de las personas con afecciones potencialmente mortales.



Acceso

El acceso a la atención sanitaria en España es bueno en términos generales. Sin embargo, los tiempos de espera siguen suponiendo un problema, y han aumentado la necesidad no cubierta en relación con los medicamentos y los servicios que tienen menos cobertura de la asistencia médica pública, como la asistencia odontológica.



Resiliencia

Tras la crisis económica se tomaron una serie de medidas de urgencia para reducir el gasto público en sanidad, pero la mayoría de estas medidas no implicaron cambios estructurales del sistema sanitario. Con una población que envejece rápidamente, uno de los principales retos para el sistema sanitario español será lograr una mayor eficiencia en la prestación de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración.

2 El estado de salud

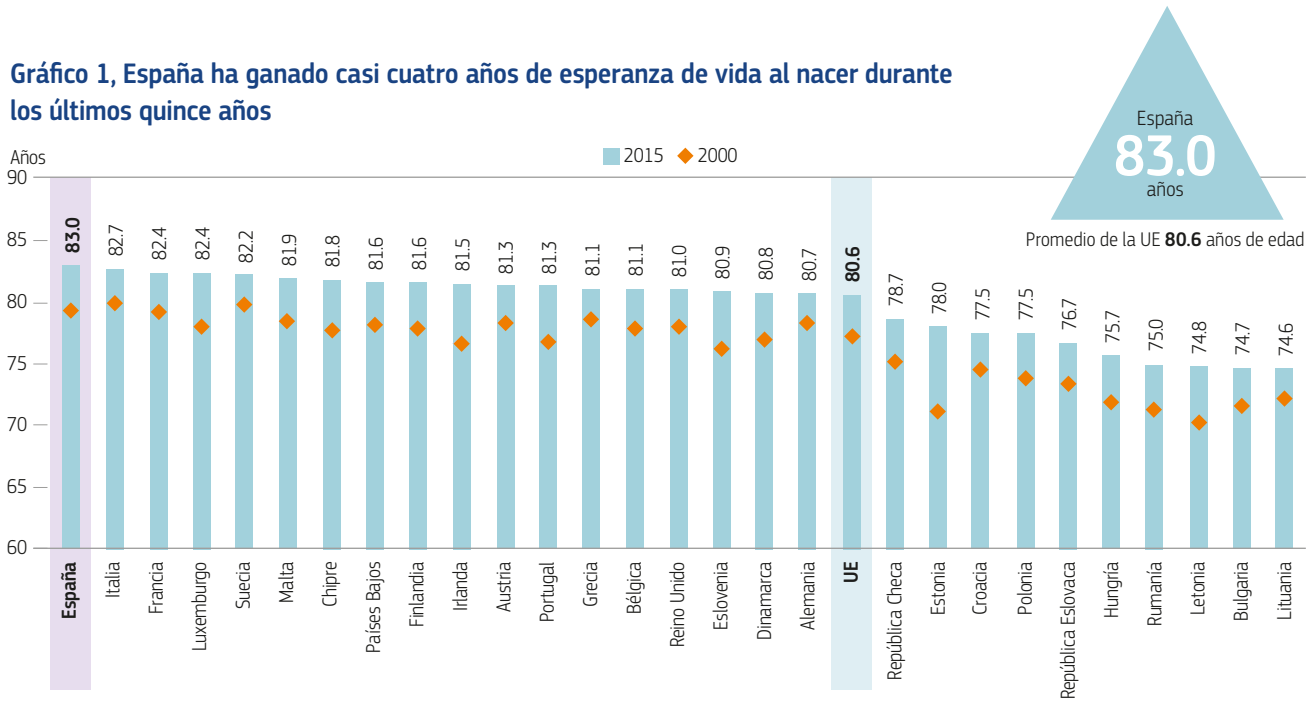
La esperanza de vida en España es la más elevada de los países de la UE.

En 2015, España tenía la esperanza de vida más elevada de los países de la UE, con una esperanza de vida al nacer que alcanzaba los 83,0 años, muy por encima de la media de 80,6 años de la UE (gráfico 1). Esto supone un fuerte y constante aumento de cuatro años desde el año 2000.

Desde el año 2000, la mayor parte del aumento de la esperanza de vida en España se ha debido a la reducción de las tasas de mortalidad después de los 65 años. La esperanza de vida de las mujeres españolas de 65 años alcanzó los 23,0 años en 2015 (respecto a los 20,8 años en el año 2000) y la de los hombres alcanzó los 19,0 años (respecto a los 16,7 años del año 2000). No obstante, no todos estos años adicionales se disfrutan con buena salud. A los 65 años, las mujeres españolas pueden esperar vivir 9,0 de sus años restantes sin discapacidad (el 40 % de sus años restantes de vida) y los hombres 9,5 años (alrededor del 50 %).[1]

1. Estos datos se basan en el indicador «esperanza de vida con buena salud», que mide el número de años que una persona puede esperar vivir sin discapacidad a diferentes edades.

Gráfico 1, España ha ganado casi cuatro años de esperanza de vida al nacer durante los últimos quince años



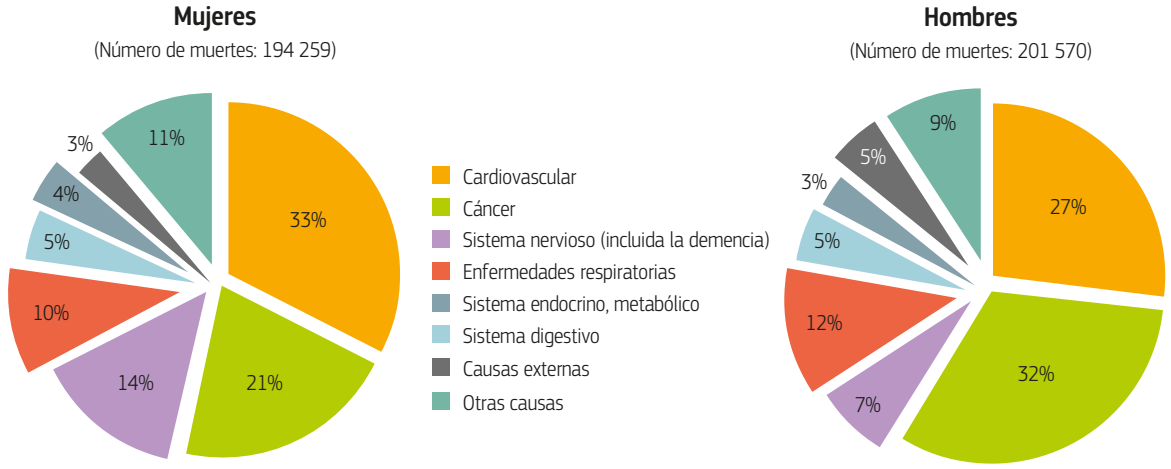
Fuente: Base de datos de Eurostat.

La mayoría de las muertes en España se deben a enfermedades cardiovasculares o cáncer.

Aunque las tasas de mortalidad debido a enfermedades cardiovasculares en España son de las más bajas de la UE, representan la principal causa de muerte en España, suponiendo el 30 % de todas las muertes en 2014 (el 33 % entre las mujeres y el 27 % entre los hombres). El cáncer es la segunda causa de mortalidad que supone el 27 % de todas las muertes (el 21 % entre las mujeres y el 32 % entre los hombres). Las muertes por enfermedades respiratorias representan el 11 % de todas las muertes (el 10 % entre las mujeres y el 12 % entre los hombres), seguidas de las muertes por enfermedades del sistema nervioso (incluida la demencia) que suponen el 10 % (el 14 % entre las mujeres y el 7% entre los hombres).

Al observar las tendencias en las causas de muerte más específicas, las enfermedades cardíacas seguían siendo la principal causa de muerte en España en 2014 (gráfico 3). Las muertes debidas a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias supusieron la tercera causa de muerte, lo cual refleja el efecto del envejecimiento de la población, los mejores diagnósticos, la falta de tratamientos eficaces, así como una codificación más precisa. El cáncer de pulmón seguía siendo la causa principal de muerte por cáncer, lo que refleja las consecuencias a largo plazo de las elevadas tasas de tabaquismo. El cáncer colorrectal fue la segunda causa de muerte por cáncer. En un tono más positivo, las muertes por accidentes de tráfico descendieron sustancialmente a partir del año 2000, gracias a una serie de políticas destinadas a mejorar la seguridad vial (véase la sección 5.1).

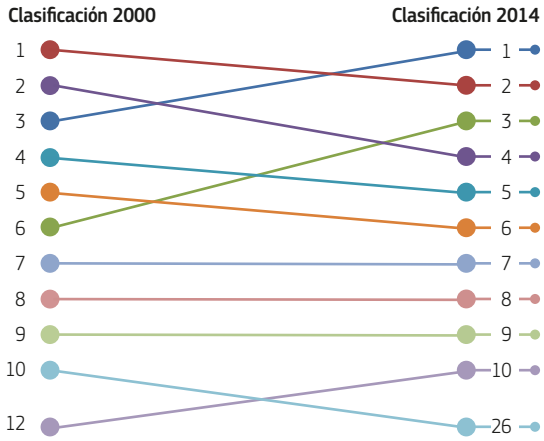
Gráfico 2, Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer suponen más del 60 % de todas las muertes en España



Nota: Los datos se presentan por capítulo amplio de la CIE. Se ha añadido la demencia al capítulo de enfermedades del sistema nervioso para incluirla junto a la enfermedad de Alzheimer (la principal forma de demencia).

Fuente: Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2014).

Gráfico 3, Las muertes por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias están aumentando



	% de todas las muertes de 2014
Otras cardiopatías	9%
Cardiopatías isquémicas	8%
Alzheimer y otras demencias	8%
Accidente cerebrovascular	7%
Cáncer de pulmón	5%
Enfermedades de las vías respiratorias bajas	4%
Cáncer colorrectal	4%
Diabetes	2%
Neumonía	2%
Enfermedades renales	2%
Accidentes de tráfico	1%

Fuente: Base de datos de Eurostat.

Los trastornos musculoesqueléticos se encuentran entre las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad perdidos

En 2015, las causas principales de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)[2] perdidos en España, teniendo en cuenta la mortalidad y la morbilidad, fueron los trastornos musculoesqueléticos (incluidos el dolor lumbar y de cuello), las cardiopatías isquémicas y la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (IHME, 2016). El número estimado de AVAD debidos a trastornos musculoesqueléticos ha aumentado desde el año 2000 debido al envejecimiento de la población, pero también a la creciente prevalencia de determinados factores de riesgo como la obesidad y la inactividad física. Mientras que la carga que suponen la discapacidad y la mortalidad por cardiopatías isquémicas ha descendido desde el año 2000, los AVAD asociados a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias han aumentado sustancialmente.

Los datos aportados por los participantes en la encuesta comunitaria de salud por entrevista (EHIS) indican que casi una de cada cinco personas en España sufre hipertensión, una de cada trece sufre depresión y una de cada catorce sufre diabetes. Las personas con los niveles de educación más bajos tienen tres veces más probabilidades de vivir con depresión, y tres veces y media más de vivir con diabetes, que aquellas con los niveles de educación más altos[3].

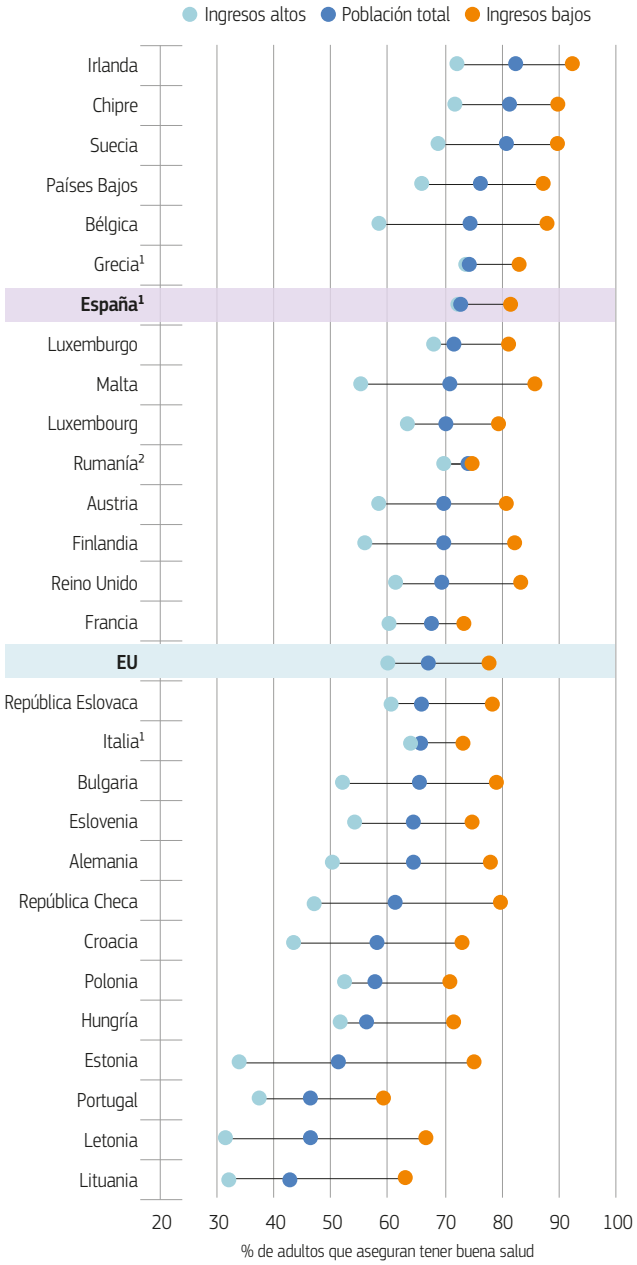
2. El AVAD es un indicador utilizado para calcular el número total de años perdidos a causa de enfermedades y factores de riesgo específicos. Un AVAD equivale a un año de vida sana perdido (IHME).

3. Las desigualdades según la educación pueden atribuirse en parte a la mayor proporción de personas mayores con niveles educativos bajos; sin embargo, esta no es la única causa de las disparidades socioeconómicas.

La mayoría de las personas en España asegura tener buena salud, pero existen diferencias entre los grupos de ingresos

Más del 70 % de la población española asegura tener buena salud, un porcentaje ligeramente superior a la media del 68 % de la UE. Los grupos de ingresos presentan disparidades a la hora de autoevaluar su salud, pero la diferencia es menor que en la mayoría de los demás países de la UE: más del 80 % de las personas del grupo de ingresos más elevados aseguraron tener buena salud en 2015, en comparación con algo más del 70 % de las personas del grupo de ingresos más bajos (gráfico 4).

Gráfico 4, La mayoría de los españoles aseguran tener buena salud



1. Los porcentajes de población total y de población con ingresos bajos son casi los mismos.
2. Los porcentajes de población total y de población con ingresos altos son casi los mismos.

Fuente: Base de datos de Eurostat, basados en EU-SILC (datos correspondientes a 2015).

3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo por comportamiento son determinantes importantes de la salud en España

Sobre la base de las estimaciones del IHME, alrededor del 25 % de la carga total de enfermedades en España en 2015, medida en términos de AVAD, podría atribuirse a factores de riesgo por comportamiento, incluido el tabaquismo, el consumo de alcohol, los riesgos alimentarios y la inactividad física (IHME, 2016).

El tabaquismo sigue siendo elevado entre los adultos, a pesar de cierta reducción

Alrededor del 23 % de los adultos en España aseguraron fumar habitualmente en 2014, una reducción con respecto al 32 % del año 2000. A pesar de esta reducción, las tasas de tabaquismo en España siguen estando entre las más altas de los países de la UE y suponen una de las principales causas de muerte prematura (gráfico 5). El porcentaje de hombres fumadores (26 %) es mayor que el de mujeres (19 %). Las tasas de tabaquismo entre los jóvenes de 15 años también disminuyeron sustancialmente, del 28 % en 2001-2002 al 9 % en 2013-2014 (10 % para las chicas y 8 % para los chicos), y actualmente son más bajos que en la mayoría de los países de la UE. Esto refleja el impacto positivo de las políticas de control del tabaco (véase la sección 5.1).

El consumo excesivo de alcohol es relativamente bajo entre los adultos pero alto entre los adolescentes

En 2014, algo más del 9 % de los adultos declararon un alto consumo de alcohol habitual en forma de consumo masivo ocasional[4], muy por debajo de la media del 20 % de la UE (gráfico 5). No obstante, una mayor proporción de adolescentes aseguraron haberse emborrachado varias veces a lo largo de su vida: más del 20 % de los chicos y chicas de 15 años declararon en 2013-2014 haberse emborrachado más de una vez, un porcentaje cercano a la media de la UE (25 %).

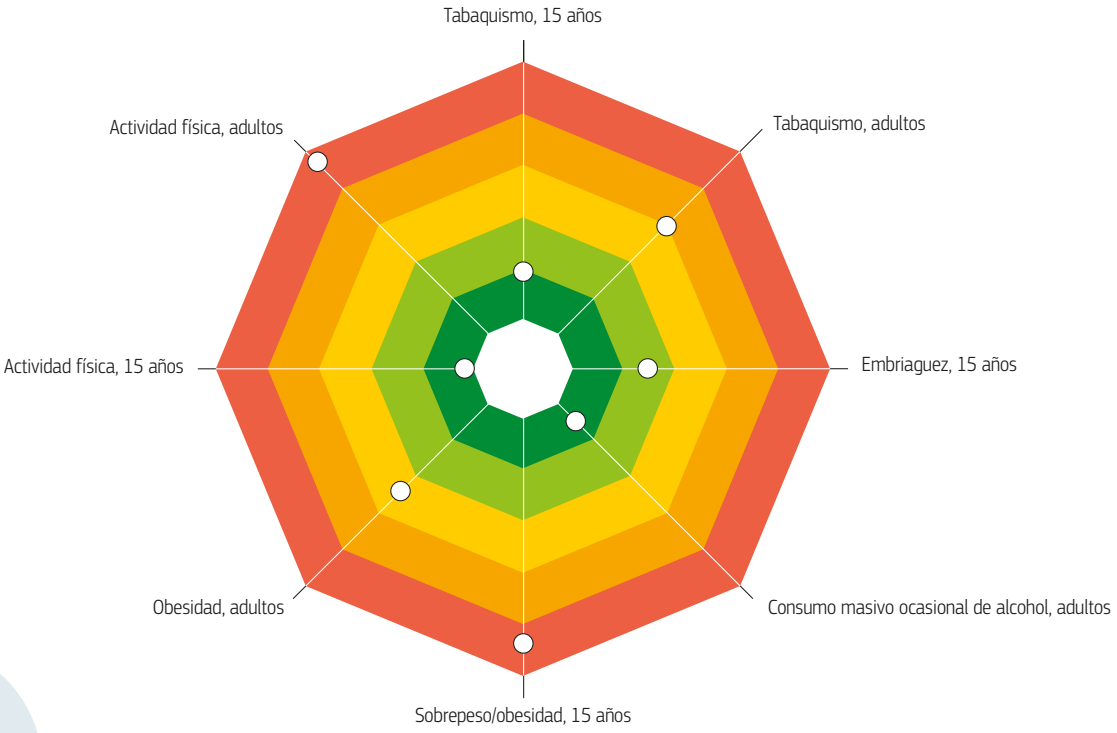
Las tasas de sobrepeso y obesidad son relativamente altas, especialmente entre los adolescentes

Las tasas de sobrepeso y obesidad entre los adolescentes y los adultos aumentaron durante la pasada década y actualmente son más altas que la media de la UE (gráfico 5). En 2014, uno de cada seis adultos (16,2 %) sufría obesidad, un incremento en comparación con uno de cada ocho (12,6 %) en 2001. Existe una diferencia sustancial en las tasas de obesidad según el nivel de educación: las personas con el nivel educativo más bajo tienen más del doble de probabilidades de sufrir obesidad que aquellas con mayor nivel de educación. La tasa de sobrepeso y obesidad entre los adolescentes de 15 años también creció del 16 % en 2001-2002 al 20 % en 2013-2014, porcentaje mayor que la media del 18 % de la UE. Esta tasa es sustancialmente superior entre los chicos españoles (24 %) que entre las chicas (15 %). El gobierno español adoptó nuevas medidas en 2011 para mejorar la nutrición y reducir la obesidad entre los niños (véase la sección 5.1).

La actividad física entre los adultos es especialmente baja

La tasa de obesidad relativamente alta entre los adultos españoles se debe en parte a los bajos niveles de actividad física (gráfico 5). En 2014, menos del 50 % de los adultos aseguraron realizar al menos una actividad física moderada todas las semanas, la segunda tasa más baja de los países de la UE (después de Rumanía). En un tono más positivo, la actividad física entre los jóvenes de 15 años en España es relativamente alta comparada con otros países de la UE.

Gráfico 5, Las tasas de tabaquismo, obesidad e inactividad física entre los adultos son elevadas en España



Nota: Cuanto más cerca del centro está el punto, mejor rendimiento tiene el país en comparación con otros países de la UE. No hay ningún país en la «zona objetivo» blanca ya que hay margen para el progreso en todos los países en todas las áreas.

Fuente: cálculos de la OCDE basados en las base de datos de Eurostat (EHIS de 2014 o en torno a ese año), estadísticas sobre salud de la OCDE y estudio HBSC de 2013-2014 (Diseño del gráfico: Laboratorio MeS).

4. El consumo masivo ocasional se define como el consumo de seis o más bebidas alcohólicas en una sola sesión, al menos una vez al mes durante el último año.

4 El sistema sanitario

España tiene un sistema sanitario descentralizado con coordinación nacional

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se financia mediante los impuestos y funciona principalmente a través de su red pública de proveedores. En 2002, las competencias en materia de salud fueron transferidas a las comunidades autónomas, lo que dio lugar a la creación de diecisiete consejerías de salud con competencia directa sobre la organización y prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es responsable de determinadas áreas estratégicas y de la supervisión nacional del funcionamiento del sistema sanitario.

El principal organismo de coordinación es el Consejo Interterritorial del SNS, que reúne al Ministro de Sanidad y Consumo y a los Consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas. Los principales objetivos de este Consejo son: actuar como coordinador, más que como agencia reguladora; planificar la respuesta nacional a los brotes de enfermedades; y debatir el impacto de nuevas leyes a nivel de comunidad autónoma.

El gasto sanitario en España está por debajo de la media de la UE

En 2015, el gasto sanitario per cápita en España fue de 2 374 EUR, por debajo de la media de 2 797 EUR de la UE. El gasto sanitario en España ascendió al 9,2 % del PIB en 2015, también por debajo de la media del 9,9 % de la UE (gráfico 6). Alrededor del 71 % del gasto sanitario en España se financia públicamente, por debajo de la media del 79 % de la UE (véase la sección 5.2). Los Fondos Estructurales y de Inversión Europeos 2014-2020 aportaron unos 500 millones EUR a España para que invirtiera en su sistema sanitario, la investigación médica y desarrollo y la sanidad electrónica.

Se producen variaciones sustanciales en el gasto sanitario per cápita según la comunidad. Las Comunidades del País Vasco, el Principado de Asturias y Navarra gastan más del 30 % más en sanidad per cápita que la Comunidad de Andalucía.

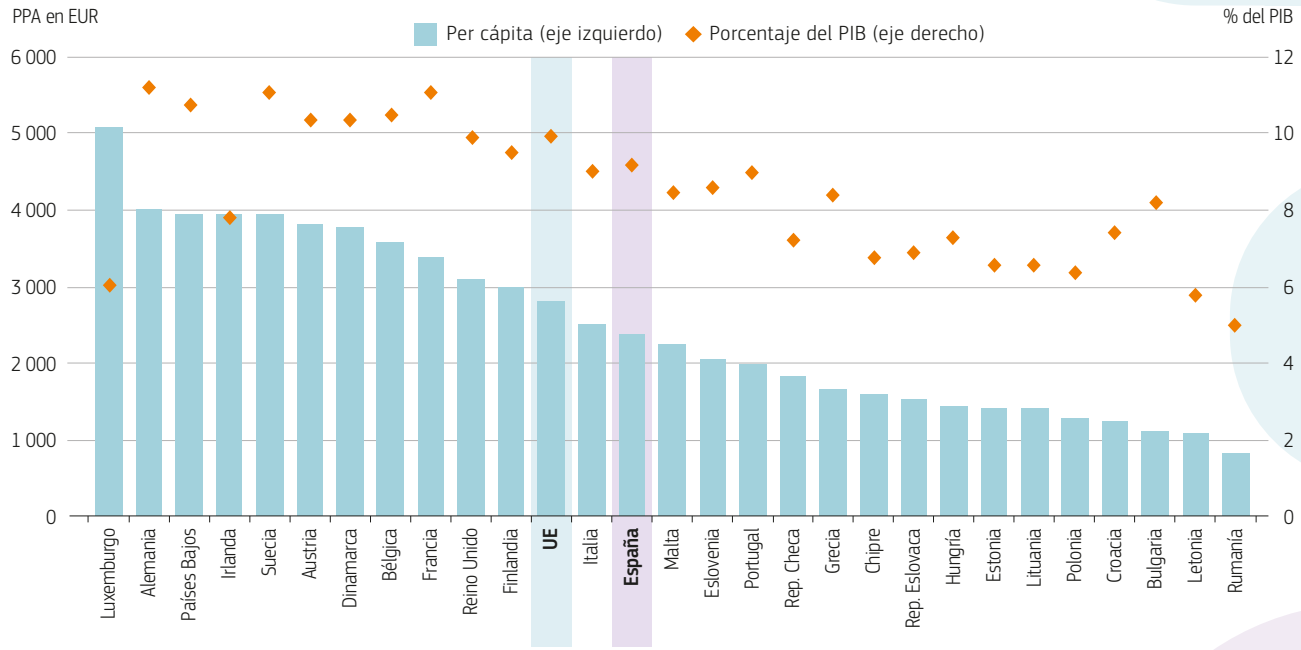
Casi toda la población está cubierta por el seguro médico

En 2014, el SNS cubría al 99,1 % de la población residente, a la que habría que añadir los funcionarios que pueden renunciar y elegir un seguro totalmente privado (cifra que ascendía a un 0,8 % de la población en 2014). La cobertura de la población total era, por tanto, del 99,9 %. En 2012, la cobertura del servicio sanitario se restringió para algunos inmigrantes no registrados (véase la sección 5.2).

Los copagos aumentaron en 2012

Tras la crisis económica, se aplicó una ley a escala nacional para garantizar la sostenibilidad fiscal del SNS; asimismo, la ley pretendía mejorar la calidad y seguridad de los servicios. El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril de 2012, incluía una serie de medidas urgentes, estando las principales destinadas a: categorizar el paquete de prestaciones para limitar y controlar el aumento del gasto público; establecer nuevos umbrales de copago para los medicamentos y los servicios suplementarios y accesorios comunes; y actualizar la ley de

Gráfico 6, El gasto sanitario per cápita y en porcentaje del PIB en España están por debajo de la media de la UE



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE; Base de datos de Eurostat; Base de datos de gasto global en salud de la OMS (datos correspondientes a 2015).

2006 sobre las recetas farmacéuticas de medicamentos. El decreto revisaba los copagos para servicios suplementarios como las recetas de medicamentos, el transporte no urgente, las prótesis y los aparatos. Las prestaciones farmacéuticas para los pensionistas implican un nuevo 10 % de copago hasta determinado límite máximo para las personas con unos ingresos por debajo de los 100 000 EUR al año, mientras que los copagos para las personas por debajo de los 65 años se estructuran en función de tres niveles de ingresos (véase la sección 5.2.). Se mantuvieron las excepciones para los desempleados de larga duración y los pensionistas no contributivos.

España tiene una gran cantidad de médicos y un escaso número de enfermeros

Mientras que el número de médicos por cada 1 000 habitantes en España es mayor que la media de la UE (3,8 frente a 3,6 en 2015), el número de enfermeros está muy por debajo (5,3 por cada 1 000 habitantes en España frente a 8,4 en la UE) (gráfico 7), aunque esta cifra no incluye a los auxiliares de enfermería. La ratio enfermero-médico en España (1,4) es una de las más bajas de los países de la UE.

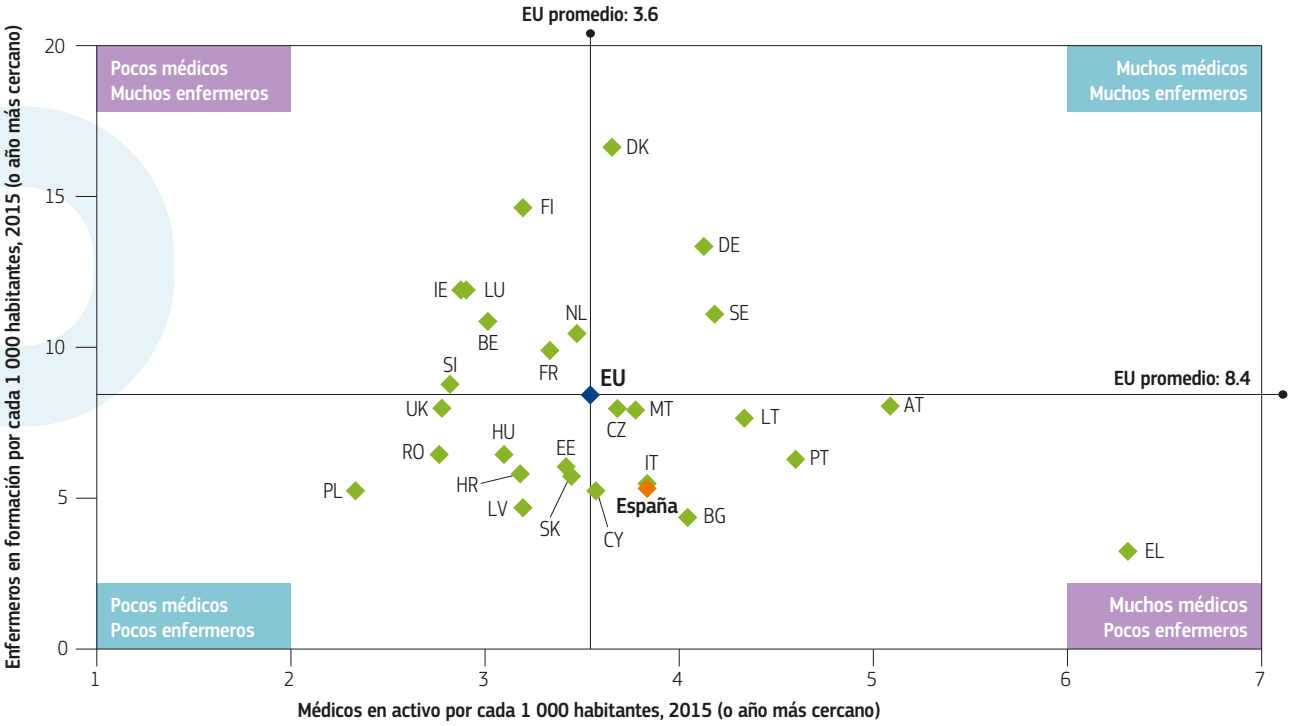
Los equipos multidisciplinares ofrecen servicios de atención primaria

La prestación de la atención primaria es totalmente pública y la mayoría de los profesionales sanitarios son empleados asalariados del sector público. Los centros sanitarios de atención primaria están gestionados por equipos multidisciplinares compuestos por médicos generalistas (médicos de familia), pediatras, enfermeros y asistentes sociales. Algunos también incluyen fisioterapeutas y consultas odontológicas, y están vinculados a recursos básicos de laboratorio y de diagnóstico por imagen. Esta grupo de práctica medica pretende lograr una mejor coordinación entre la atención sanitaria y los sectores sanitarios y de atención social.

RECUADRO 1. **EL CATÁLOGO ESPAÑOL DE PRESTACIONES**

El actual paquete de prestaciones se determina por un paquete *común* y un paquete *complementario*. El paquete *común* incluye tres tipos de servicios: a) servicios básicos –servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y transporte sanitario urgente– que se financian públicamente al 100 %; b) servicios suplementarios –como medicamentos, servicios ortopédicos y transporte no urgente de enfermos– que están sujetos a determinado nivel de reparto de costes; y c) servicios accesorios; esta parte del paquete está pendiente de definición. El paquete *complementario* incluye los servicios y productos que estén definidos por las comunidades y sean pagados con sus fondos. Algunos ejemplos de estos servicios incluyen los tratamientos de fertilidad o la cirugía de reasignación de sexo (Gallo y Gené-Badia, 2013). Aunque este paquete de prestaciones es amplio, la cobertura para determinados tipos de servicios, como la asistencia odontológica, está limitada a casos urgentes y a la odontología preventiva de los niños, aunque esto varía según la comunidad.

Gráfico 7, España tiene más médicos per cápita que la media de la UE pero menos enfermeros



Nota: En Portugal y Grecia, los datos se refieren a todos los médicos con licencia para el ejercicio de la profesión, lo que da como resultado una gran sobrestimación del número de médicos en activo (p. ej. de alrededor del 30 % en Portugal). En Austria y Grecia, el cálculo del número de enfermeros es excesivamente bajo, ya que solo incluye a los que trabajan en hospitales. Los auxiliares de enfermería, que no están reconocidos como enfermeros, no se incluyen en ningún país. En España, el número de estos «auxiliares de enfermería» es casi el doble que el de enfermeros.

Fuente: Base de datos de Eurostat.

5 El desempeño del sistema sanitario

5.1 EFICACIA

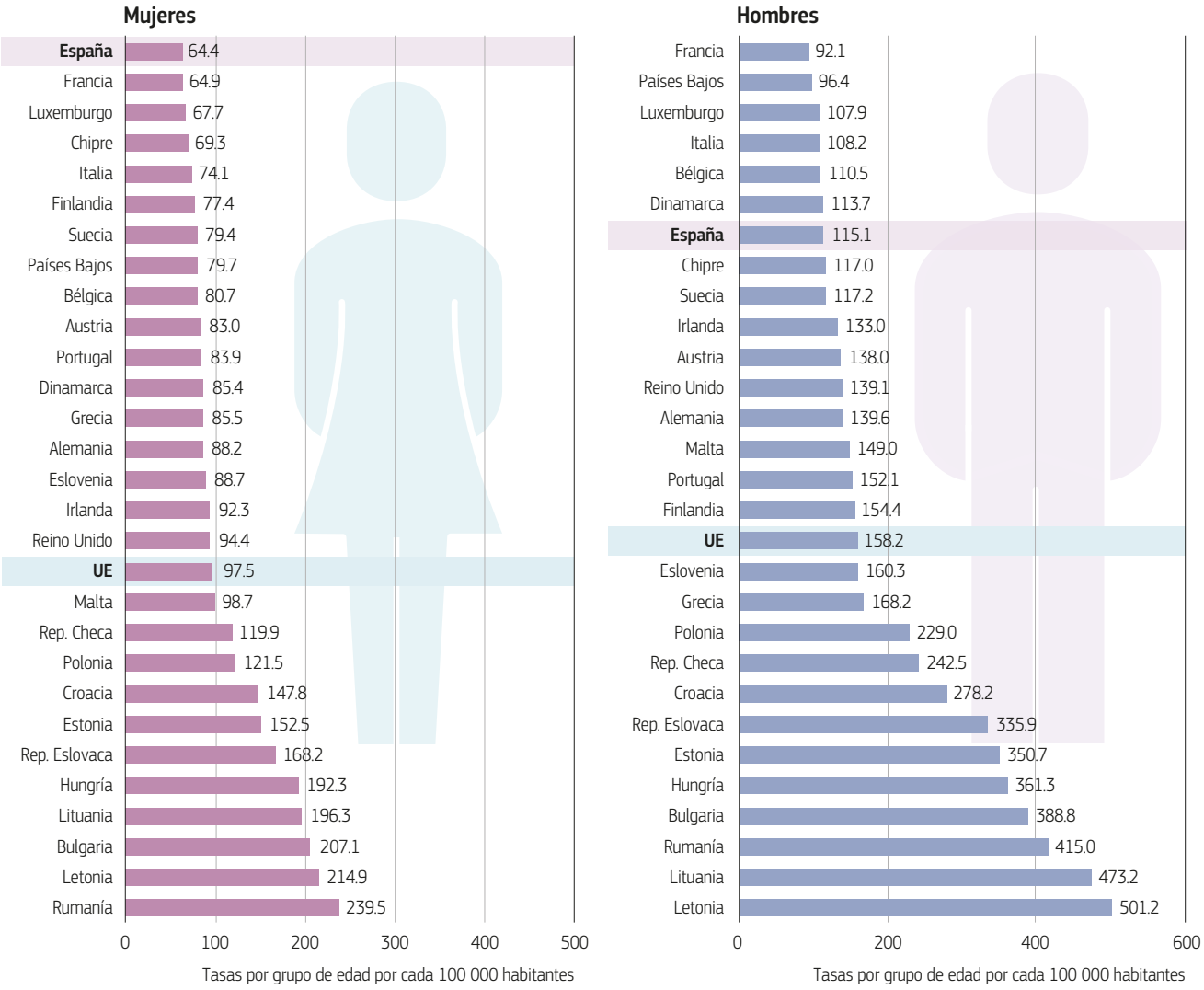
Las bajas tasas de mortalidad tratable apuntan hacia un sistema de atención sanitaria eficaz

La mortalidad tratable ofrece una indicación general de la eficacia del sistema de atención sanitaria español a la hora de tratar afecciones potencialmente mortales[5]. España tiene las tasas de mortalidad tratable de mujeres más bajas de los países de la UE, y en el caso de los hombres se encuentran también muy por debajo de la media de la UE (gráfico 8). Este buen resultado se debe en gran medida a las bajas y decrecientes tasas de mortalidad por cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares.

Las políticas de salud pública han abordado eficazmente determinados factores de riesgo por comportamiento

Desde el año 2000, la mortalidad debido a distintas causas evitables de muerte se ha reducido en España. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón descendió tras las reducciones del tabaquismo. Las muertes por enfermedad hepática crónica y cirrosis, que están estrechamente relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, descendieron drásticamente. Las muertes a causa de accidentes de tráfico también se redujeron significativamente (véase la sección 2).

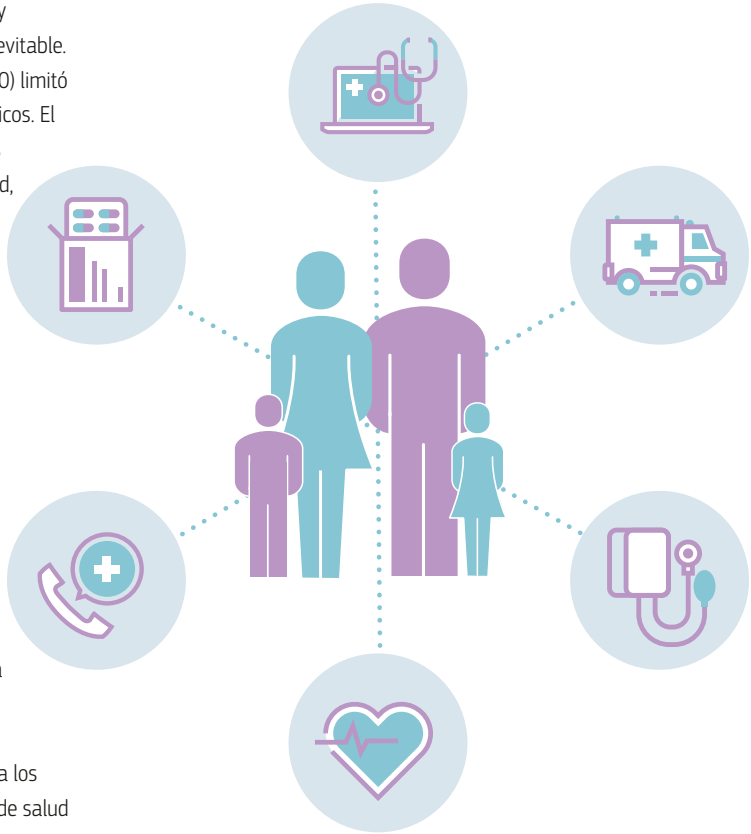
Gráfico 8, España tiene tasas de mortalidad tratable más bajas que la mayoría de países de la UE



Fuente: Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2014).

5. La mortalidad tratable se define como las muertes prematuras que podrían haberse evitado a través de una atención sanitaria oportuna y eficaz.

Las intervenciones en materia de salud pública han desempeñado un papel importante a la hora de combatir los estilos de vida y comportamientos poco saludables, reduciendo la mortalidad evitable. La Ley sobre el tabaco de 2005 (modificada de nuevo en 2010) limitó la publicidad del tabaco y prohibió fumar en los espacios públicos. El gobierno español también adoptó y aplicó leyes más estrictas sobre seguridad vial, incluido el uso de cinturones de seguridad, el control del límite de velocidad y normativas sobre la conducción bajo los efectos del alcohol (Dirección General de Tráfico, 2016).



En 2011, el Gobierno español adoptó una nueva Ley sobre seguridad alimentaria y nutrición, uno de cuyos objetivos era reducir el sobrepeso y la obesidad entre los niños. Esta ley incluía la prohibición en las escuelas de comida y bebidas con altos niveles de ácidos grasos saturados, sal y azúcares, así como la regulación de los menús de los niños. Desde 2015, las autoridades educativas y sanitarias pueden permitir campañas promocionales y publicitarias en los colegios, pero solo cuando crean que dicha actividad es en interés de la salud de los niños.

España adoptó en 2014 un plan nacional sobre la resistencia a los antimicrobianos (RAM) para abordar este creciente problema de salud pública (recuadro 2). España está en el máximo nivel de países con las tasas más altas de RAM para la mayoría de los patógenos bajo vigilancia del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, incluidas la Salmonela y la Campylobacter (ECDC, 2017). Una clave importante de esta situación es el elevado consumo actual de antibióticos en España, uno de los más altos de los países europeos.

Mejora de la calidad de los cuidados agudos en los hospitales

La calidad de los cuidados agudos en los hospitales muestra mejoras, especialmente en el área de la atención cardiovascular. Entre 2003 y 2015, la tasa de mortalidad a los 30 días tras la hospitalización por infarto agudo de miocardio (IAM o ataque al corazón) se redujo en un tercio (OCDE, 2017). Esta reducción estaba asociada a un rápido aumento del número de angioplastias coronarias, uno de los principales tratamientos para el IAM. De forma similar, durante el mismo periodo de tiempo, se redujo sustancialmente la tasa de mortalidad a los 30 días para las personas hospitalizadas por accidentes cerebrovasculares. El Consejo Interterritorial adoptó estrategias nacionales para mejorar la calidad de la atención de las cardiopatías isquémicas en 2006 y de los accidentes cerebrovasculares en 2008.

RECUADRO 2. **ESTRATEGIA RELATIVA A LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS DE ESPAÑA**

En 2014, España introdujo un plan estratégico de acción de cuatro años para reducir el riesgo de resistencia a los antibióticos, siguiendo la recomendación de la Comisión Europea a los Estados miembros de la UE. Dicho plan se articula en torno a seis ámbitos de acción principales: vigilancia, investigación, prevención, control, formación y comunicación, tanto en salud humana como veterinaria (es decir, concepto «Una única salud»). El objetivo general es frenar la RAM fomentando un uso más racional de los antibióticos. A nivel internacional, España es miembro activo de la iniciativa de programación conjunta sobre la resistencia a los antimicrobianos y de la Agenda para la seguridad sanitaria global. Ambas iniciativas pretenden coordinar los planes sanitarios para abordar la RAM.

La seguridad de los pacientes también mejoró

Desde 2005, el gobierno español ha aplicado varias medidas para mejorar la seguridad de los pacientes. Dichas medidas incluyen fomentar una cultura de seguridad de los pacientes entre estos y los profesionales, aplicar sistemas de información para supervisar los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes, aplicar prácticas seguras, fomentar la investigación y el desarrollo en materia de seguridad de los pacientes e implicar a estos en el desarrollo de estrategias relacionadas con esta temática (Ministerio de Sanidad, 2011). Por ejemplo, las unidades de cuidados intensivos utilizan actualmente una lista de comprobación de cinco puntos para reducir las infecciones del torrente sanguíneo por catéter. Asimismo, España utiliza indicadores para supervisar el cumplimiento de los hospitales en la reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria a través de una mejor higiene de las manos. Una evaluación de 2015 mostró una mejora en la mayoría de los indicadores entre 2009 y 2013 (Ministerio de Sanidad, 2015).

5.2 **ACCESIBILIDAD**

Reducciones en la cobertura tras la crisis financiera

Como se describe en la sección 4, el SNS español cubre a casi toda la población (99,9 %). Sin embargo, tras la crisis financiera de 2008, el Real Decreto-Ley 16/2012 redefinió la cobertura del servicio sanitario en términos de alcance, amplitud y profundidad.

Una consecuencia importante fue el cambio en los criterios de admisión, pasando del derecho universal basado en la residencia al derecho a un seguro social, cuya cobertura incluía a los trabajadores afiliados a la Seguridad Social, a los pensionistas y a los beneficiarios de prestaciones sociales. De este modo, los inmigrantes no registrados quedaron excluidos de la plena cobertura de los servicios del SNS, con excepción de los servicios de urgencias y la atención materno-infantil. No existe acuerdo sobre el número exacto de personas que perdieron su derecho a los servicios sanitarios, ya que algunas comunidades no siguieron esta política restrictiva.

Aunque las necesidades no cubiertas de atención médica básica son bajas, la percepción de desigualdades entre las comunidades está aumentando

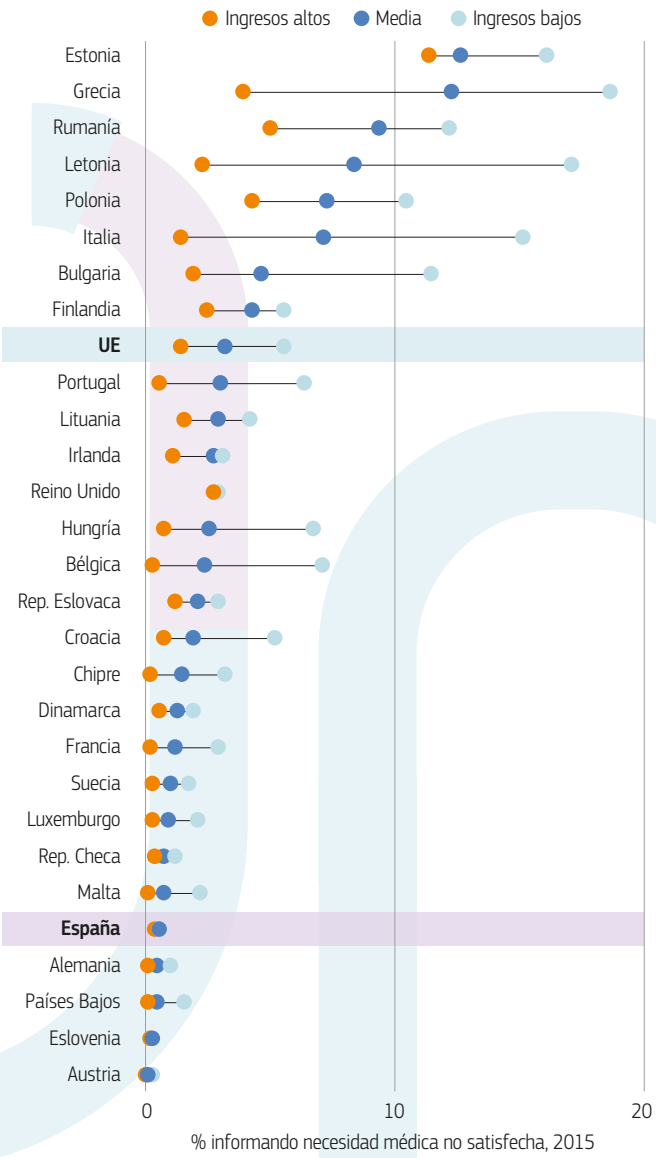
La proporción de personas en España que informan acerca de necesidades no cubiertas de reconocimientos médicos por razones económicas, tiempos de espera o distancia geográfica a los servicios sigue siendo baja tras las crisis económica, y es una de las más bajas de la UE (gráfico 9). El tiempo de espera es la razón principal mencionada en relación a las necesidades no cubiertas.

Los servicios menos cubiertos por el sistema público, como la atención odontológica, muestran tasas más elevadas de necesidades no atendidas (4,9 % de media en 2015, según EU-SILC).

Además, una encuesta nacional del Barómetro sanitario de 2016 puso de manifiesto que el 4,4 % de la población de España aseguró haber dejado de tomar medicamentos recetados debido a que eran demasiado caros.

El mismo Barómetro sanitario muestra un aumento constante de la proporción de personas que creen que las listas de espera están empeorando, con un aumento desde el 12 % en 2010 al 28 % en 2016 (Ministerio de Sanidad, 2016). Además, está creciendo la percepción de desigualdades en el acceso oportuno a la atención entre las comunidades: el porcentaje de personas que creen que los servicios sanitarios se ofrecen de manera igualitaria en todas las comunidades de España descendió del 44 % en 2010 al 38 % en 2016.

Gráfico 9, Las necesidades no cubiertas de reconocimientos médicos son relativamente bajas en España



Nota: Los datos corresponden a las necesidades no cobiertas de reconocimientos o tratamientos médicos debido a los costes, la distancia que recorrer o los tiempos de espera. Se requiere cautela al comparar los datos entre países ya que existen ciertas variaciones en el instrumento de encuesta utilizado.

Fuente: Base de datos de Eurostat, basados en EU-SILC (datos correspondientes a 2015).

El gasto directo está creciendo debido a la atención odontológica y a los medicamentos

Los hogares están pagando directamente una proporción cada vez mayor de los servicios sanitarios. Hasta la crisis económica, la proporción de gasto directo como porcentaje del gasto sanitario descendió del 25 % en 2001 al 20 % en 2009. No obstante, después de la crisis, volvió a subir hasta el 24 % en 2015, un porcentaje mucho mayor que la media del 15 % de la UE (gráfico 10). El gasto directo cubre en su mayor parte los copagos de los medicamentos recetados, la atención odontológica y la óptica.

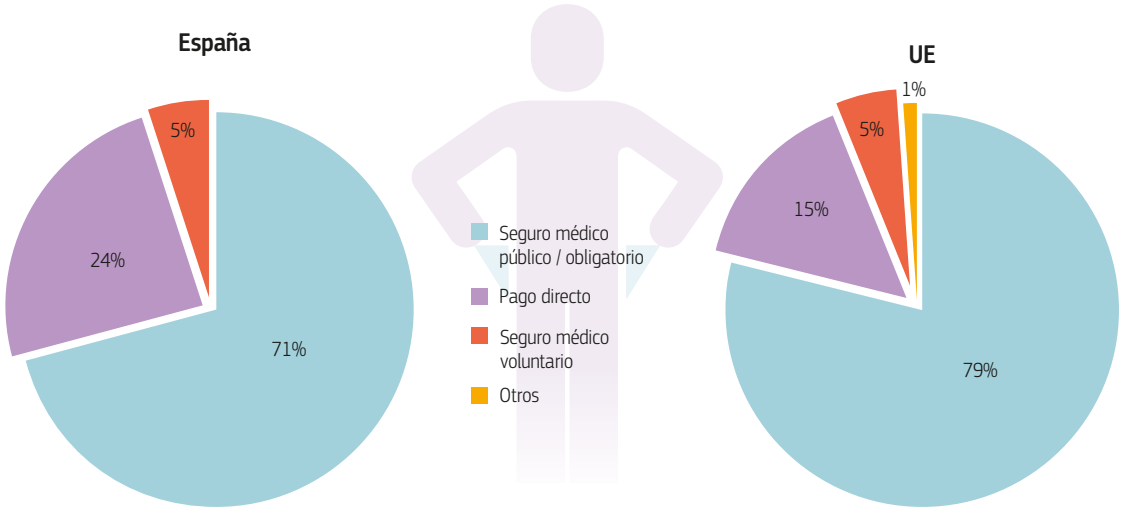
Los seguros médicos voluntarios ascienden al 5 % del gasto sanitario total y desempeñan una función complementaria, ofreciendo un acceso más rápido, mayor capacidad de elección por parte del consumidor y mejores instalaciones.

El aumento en la cantidad y proporción de gasto directo fue en parte resultado de la reducción de la cobertura para determinados servicios y bienes tras la reforma de 2012, especialmente para los medicamentos. El Real Decreto-Ley de 2012 aumentó la estructura de copago de los medicamentos para los trabajadores y pensionistas que ganaban más de 18 000 EUR al año (cuadro 1). Además, el aumento en los tiempos de espera llevó a aquellos que podían permitírselo a buscar atención en el sector privado y realizar un pago directo mayor.

Los tiempos de espera continúan siendo un desafío debido al crecimiento de la demanda de servicios

Los largos tiempos de espera para algunos servicios, especialmente para la cirugía electiva (no urgente), son un antiguo problema del SNS

Gráfico 10, Los pagos directos representan una gran proporción del gasto sanitario total en España



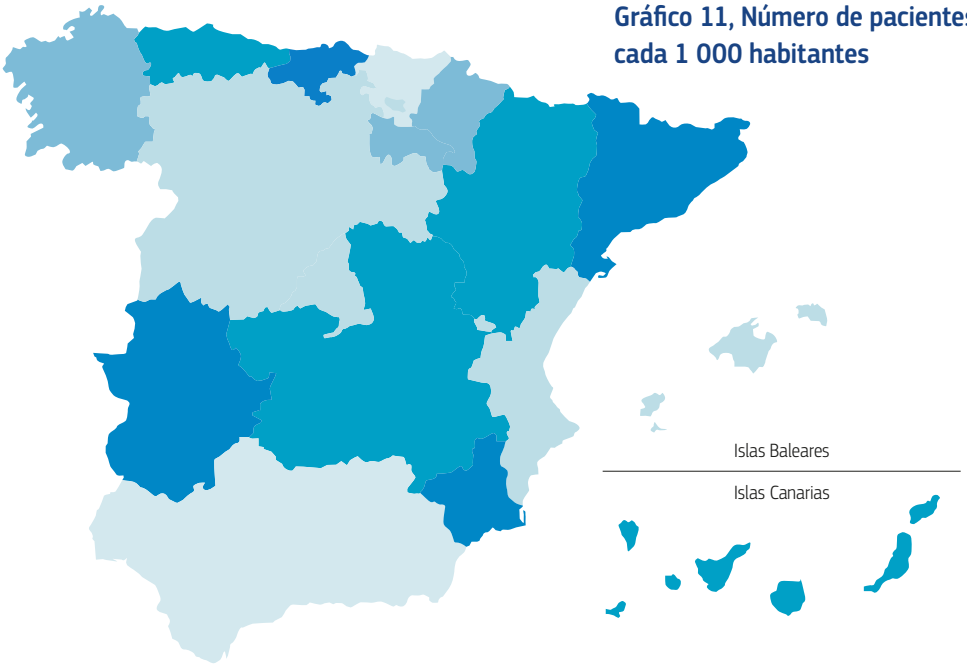
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2017; Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2015).

Cuadro 1, En 2012 se introdujo un aumento del reparto de costes para los medicamentos

	TRABAJADORES		PENSIONISTAS	
	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS
Desempleados de larga duración y pensionistas no contributivos	0 %	0 %	0 %	0 %
Ingresos < 18 000 EUR/año	40 %	40 %	0 %	Límite 10 % 8 EUR/mes
Ingresos > 18 000 EUR/año	40 %	50 %	0 %	Límite 10 % 18 EUR/mes
Ingresos > 100 000 EUR/año	40 %	60 %	0 %	Límite 60 % 60 EUR/mes

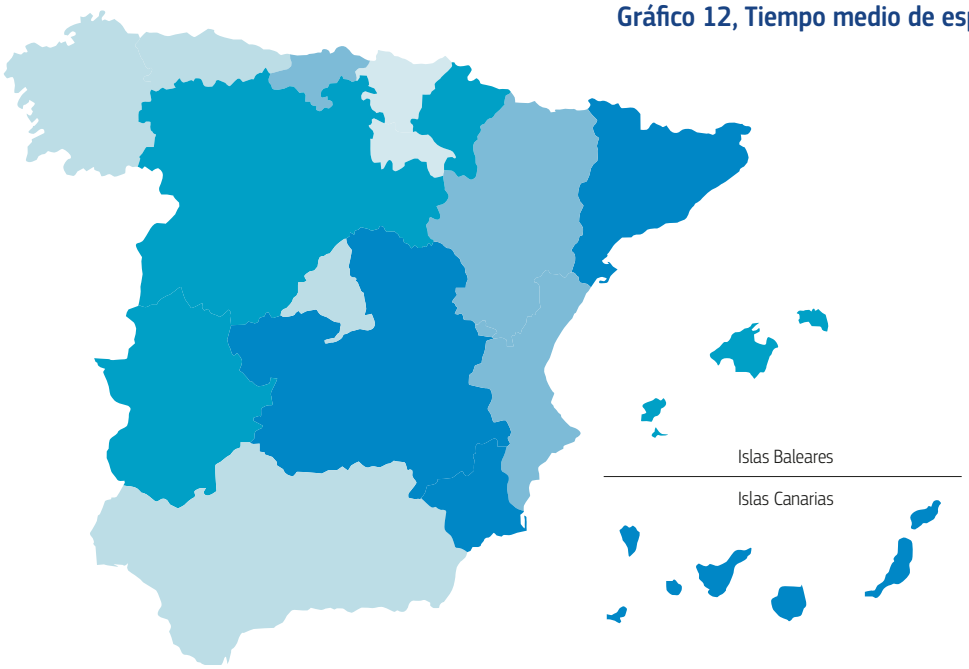
Fuente: Gallo y Gené-Badia, 2013.

Gráfico 11, Número de pacientes en lista de espera por cada 1 000 habitantes



Por 1 000 habitantes
- 4,40 – 9,39
- 9,40 – 13,60
- 13,61 – 16,14
- 16,15 – 18,86
- 18,87 – 22,09

Gráfico 12, Tiempo medio de espera en días



En días
- 33 – 54
- 55 – 77
- 78 – 99
- 100 – 161
- 162 – 182

Nota: SNS significa *Sistema Nacional de Salud*

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2016.

en España. Tras cierta reducción antes de la crisis económica, los tiempos medios de espera para la cirugía electiva, como la operación de cataratas o la artroplastia de cadera, aumentaron entre 2010 y 2016 y están muy por encima del nivel de otros países de la UE como Italia y Portugal. Además, existen grandes diferencias entre las comunidades (gráficos 11 y 12). El número de pacientes en lista de espera por cada 1 000 habitantes está muy por encima de la media nacional en comunidades como Cataluña, Extremadura, Murcia y Castilla-La Mancha. Los pacientes de comunidades como las Islas Canarias, Cataluña y Castilla-La Mancha esperan una media de más de 160 días para una intervención quirúrgica, en comparación con los menos de 50 días de otras comunidades.

Las medidas aplicadas para reducir los tiempos de espera se centran en el aumento del volumen de procedimientos quirúrgicos, por ejemplo, ampliando las horas de trabajo de los cirujanos a través de honorarios por servicios y aumentando la financiación para comprar más equipamiento (Siciliani, Borowitz y Moran, 2013), pero esta creciente oferta no parece suficiente para satisfacer una demanda que crece incluso más rápido en algunas comunidades.

5.3 RESILIENCIA[6]

El sistema sanitario español tuvo que adaptarse a la crisis económica y aumentar su eficiencia.

La resiliencia del sistema sanitario español se puso a prueba tras la crisis económica de 2008. El gasto público en sanidad se redujo como parte de los esfuerzos más generales destinados a reducir los déficits presupuestarios, y solo empezó a aumentar de nuevo en 2014 (gráfico 13). Las medidas de reducción de costes en los años posteriores a la crisis supusieron recortes de plantilla y de los salarios del personal sanitario (en 2010), así como una reducción del alcance, la amplitud y la profundidad de la cobertura pública (2012) (véanse las secciones 4 y 5.2).

En el futuro, se espera que el gasto en atención sanitaria y cuidados de larga duración aumente en España como parte del PIB debido al envejecimiento de la población y al progreso tecnológico. Según las predicciones del Informe sobre el envejecimiento de la Comisión Europea de 2015, se espera que el gasto público en atención sanitaria en España aumente más de un 1 % del PIB entre 2013 y 2060 sobre la base del escenario de referencia. Se espera que el gasto público en cuidados de larga duración crezca incluso más, un 1,4 % del PIB durante el mismo periodo de tiempo (Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2015).

Medidas de eficiencia dirigidas al sector hospitalario

Como en otros países, el sector hospitalario en España representa una importante proporción del gasto sanitario total (más de una cuarta parte del gasto total de 2014). Entre 2000 y 2014, el número de camas de hospital per cápita descendió de forma constante un 20 %. Esta reducción estuvo acompañada de una disminución de la duración media de permanencia en el hospital, desde los 9,0 días en el año 2000 hasta los 7,4 % días en 2014 (gráfico 14). La reducción en la duración media de permanencia estuvo apoyada por la introducción de programas de alta temprana.

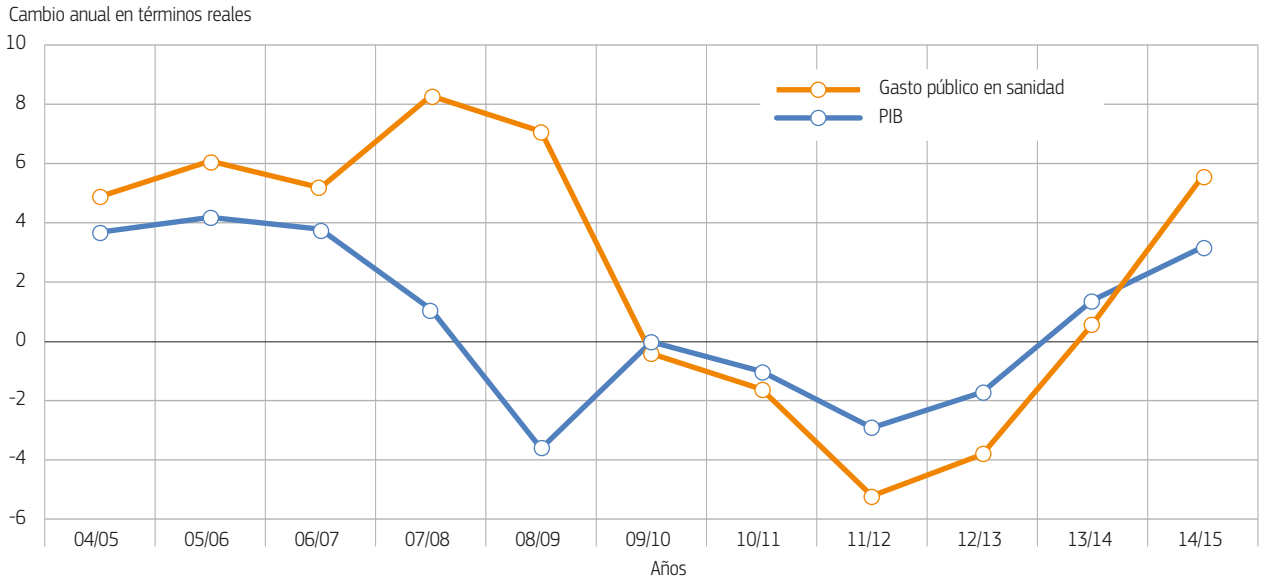
Se lograron avances para cambiar los cuidados desde la más costosa asistencia en régimen interno en hospitales hacia la asistencia en régimen de día o la asistencia ambulatoria (o en régimen ambulatorio). Por ejemplo, el uso de cirugía ambulatoria creció en España para intervenciones como la operación de cataratas (98 % en 2015, respecto al 89 % en 2005) y la amigdalectomía (31 % en 2015, respecto al 22 % en 2005). Sin embargo, queda margen para el desarrollo de la cirugía ambulatoria, ya que España sigue rezagada respecto a otros muchos países de la UE como Finlandia, Suecia, Países Bajos y Reino Unido en este tipo de cirugía.

El gasto farmacéutico se ha frenado debido al mayor uso de genéricos y la reducción de precios

España adoptó una serie de medidas para contener el gasto en medicamentos acelerando la entrada de genéricos en el mercado y flexibilizando el sistema de precios de referencia. Desde 2006, España ha aplicado medidas reglamentarias que obligan a los farmacéuticos a sustituir los medicamentos recetados por el genérico más barato. Como resultado, la cuota de mercado de los productos genéricos creció rápidamente durante la pasada década, alcanzando el 48 % del total del mercado reembolsable en volumen en 2015, respecto al 14 % en 2005 (gráfico 15). Además, los precios de los genéricos han descendido en un 25 % desde 2008 y se impuso otro descuento para todos los medicamentos cubiertos por el SNS para la asistencia en régimen ambulatorio e interno (Belloni, Morgan y Paris, 2016).

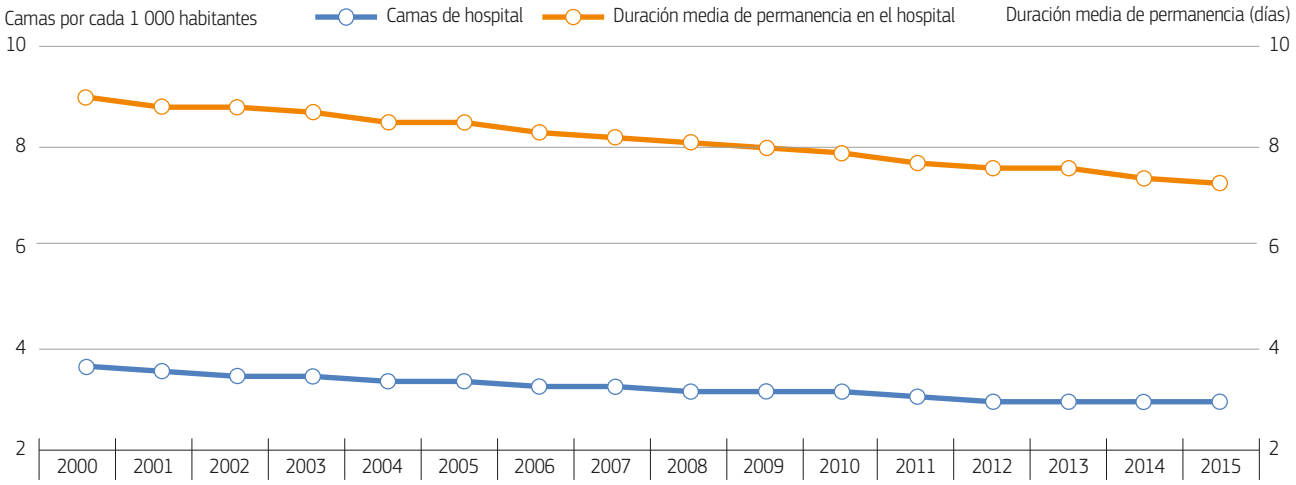
6. La resiliencia se refiere a la capacidad de los sistemas sanitarios para adaptarse eficazmente a entornos cambiantes, perturbaciones repentinas o crisis.

Gráfico 13, El gasto público en sanidad se redujo drásticamente en España tras la crisis económica



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE; base de datos de Eurostat; base de datos de gasto global en salud de la OMS (datos correspondientes a 2015).

Gráfico 14, España redujo el número de camas de hospital y la duración media de permanencia durante la pasada década



Fuente: Base de datos de Eurostat.

Como consecuencia, el gasto farmacéutico descendió de media un 1 % al año en términos reales entre 2009 y 2014, pero empezó a subir de nuevo en 2015.

El fomento de una mejor distribución geográfica y el mantenimiento de los trabajadores sanitarios en sus empleos suponen un desafío

El número de estudiantes que inician la formación médica aumentó un 50 % entre 2004 y 2014, en respuesta a las preocupaciones por la posible escasez de médicos en el futuro. Aunque es probable que el número total de facultativos siga subiendo, persisten las grandes diferencias respecto a la disponibilidad de médicos entre comunidades, yendo de 2,7 médicos por cada 1 000 habitantes en Andalucía a 5,3 en Navarra. Estas desigualdades están relacionadas en parte con el hecho de que no existe una normativa que regule la elección del lugar de actividad para los médicos no asalariados.

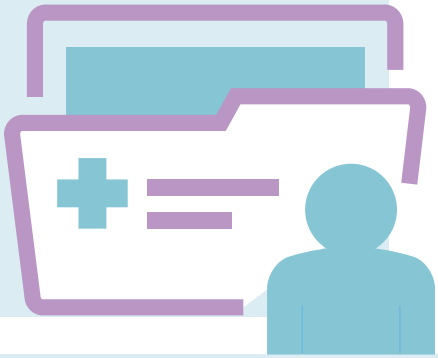
El número relativamente bajo de enfermeros por cápita en España no es un fenómeno reciente, pero la preocupación acerca de la escasez de este tipo de profesionales va en aumento. Durante los últimos años, el número de estudiantes que han iniciado estudios de enfermería ha seguido siendo relativamente estable, con una media de nuevos graduados de alrededor de 10 000 al año entre 2009 y 2014. La crisis económica y las reducciones en los presupuestos sanitarios tuvieron unas implicaciones importantes en la emigración de enfermeros desde España. En 2014 y 2015, más de 2 000 enfermeros formados en España se trasladaron cada año a Reino Unido para aprovechar las mejores oportunidades laborales. Esto plantea la cuestión de si España está obteniendo un buen rendimiento de sus inversiones públicas en estudios de enfermería.

RECUADRO 3. **ATLAS ESPAÑOL DE VARIACIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

El Atlas español de variaciones en la práctica médica es un proyecto de investigación colaborativo y ascendente de los servicios sanitarios que pretende describir las variaciones sistemáticas e injustificadas en la práctica médica. Este atlas evalúa la atención sanitaria ofrecida a 35 millones de personas de 180 zonas sanitarias de 16 comunidades autónomas (a excepción de Madrid). Se han analizado las variaciones en la práctica médica en numerosos ámbitos clínicos, incluida la ortopedia, la cirugía general, la pediatría, los procedimientos cardiovasculares y las enfermedades de salud mental, entre otros.

El Atlas 2015, por ejemplo, mostraba importantes diferencias regionales en hospitalizaciones evitables por enfermedades crónicas de pacientes ancianos frágiles. Las tasas variaban de 23 hospitalizaciones evitables por cada 10 000 habitantes en determinadas zonas de Andalucía a más de 100 en algunas zonas de Asturias, Murcia, Madrid y Valencia. Asimismo, existen variaciones significativas en las tasas de artroplastia de rodilla entre las regiones de España que no pueden explicarse únicamente por las variaciones en las necesidades.

Fuente: Extracto de la OCDE, 2014.



España está reasignando recursos desde una asistencia de escaso valor hacia otra más eficaz

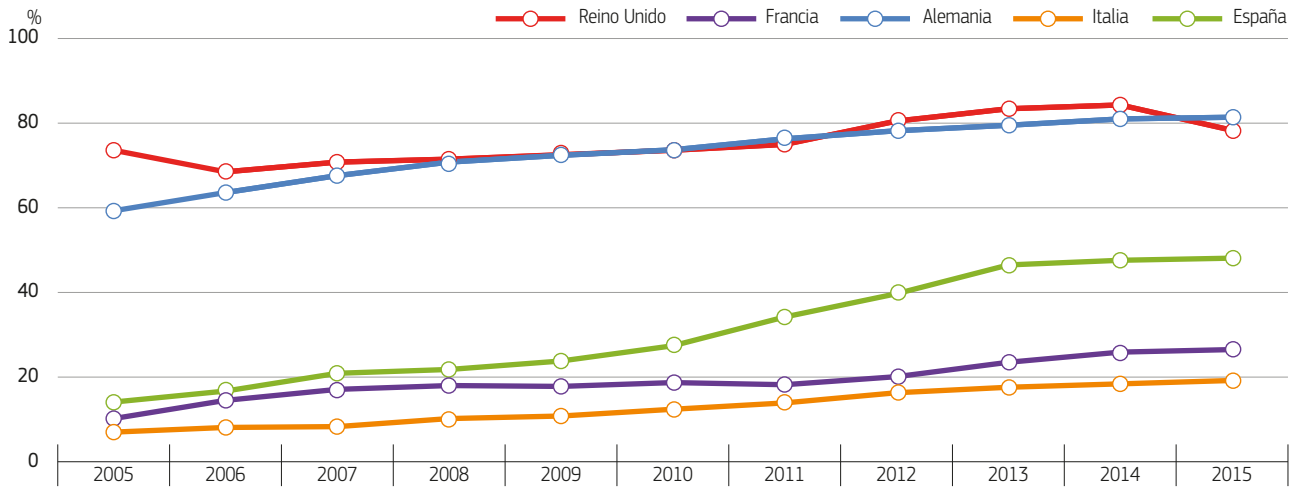
España es uno de los primeros países de la UE en haber elaborado un atlas para identificar variaciones injustificadas en las actividades de la atención sanitaria (recuadro 3).

Existen pruebas sustanciales del uso excesivo de muchas intervenciones quirúrgicas en los hospitales y regiones de España. Por ejemplo, las tasas de artroplastia de rodilla varían en más de cinco veces en las diferentes regiones de España (OCDE, 2014). Es difícil imaginar que estas variaciones reflejan diferencias en las necesidades. Más bien, las personas de determinadas regiones deben recibir intervenciones que en otras regiones se consideran innecesarias o se produce una grave insuficiencia en la prestación de servicios en aquellas regiones con las tasas más bajas de intervenciones.

En un tono más positivo, el éxito reciente en la reducción de operaciones de cesárea innecesarias en muchos hospitales públicos ofrece un buen ejemplo de la posibilidad de reducir el uso excesivo de determinadas intervenciones a través del desarrollo y la aplicación de guías clínicas que involucren a todas las partes interesadas. Sin embargo, el desafío sigue siendo hacer extensivo este enfoque a todas las regiones y hospitales (OCDE, 2014).

En 2013, el Ministerio de Sanidad estableció el «Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España». Su principal objetivo es reducir las intervenciones sanitarias innecesarias estableciendo una serie de recomendaciones de «no hacer» en la prestación de servicios sanitarios. El Ministerio trabajó junto a la Sociedad Española de Medicina Interna y GuíaSalud en la elaboración de recomendaciones dirigidas a ámbitos específicos de la atención sanitaria.

Gráfico 15, España experimentó un aumento de la cuota de mercado de los productos genéricos (en volumen)



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2017.

6 Principales resultados

- La esperanza de vida al nacer en España es la más elevada de todos los Estados miembros de la UE. España también tiene una de las tasas de mortalidad tratable más bajas de la UE, gracias especialmente a las relativamente bajas y decrecientes tasas de mortalidad por cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares. La mortalidad evitable se ha reducido sustancialmente, lo que refleja, al menos en parte, las intervenciones en sanidad pública destinadas a fomentar unos estilos de vida más saludables. No obstante, las tasas de tabaquismo entre los adultos siguen siendo elevadas en comparación con la media de la UE, y las tasas de obesidad están creciendo tanto en los adolescentes como en los adultos.

- Tras la crisis económica, se aplicaron una serie de medidas urgentes para reducir el gasto público en sanidad, especialmente reduciendo el alcance, la amplitud y la profundidad de la cobertura pública. Estas reformas hicieron recaer algunos de los costes de la atención sanitaria y los medicamentos en los hogares. El porcentaje de gasto directo ha aumentado desde 2009, suponiendo un 24 % del gasto sanitario total en 2015, un nivel mucho más elevado que la media del 15 % de la UE.

- España tiene un sistema sanitario descentralizado con coordinación nacional. Desde 2002, la organización y prestación de servicios sanitarios se ha transferido a las diecisiete administraciones sanitarias autonómicas. Se producen importante variaciones en las regiones, no solo en gasto sanitario, sino también en la oferta de médicos y otros trabajadores sanitarios, en las actividades de atención sanitaria y en los tiempos de espera.

- Los tiempos de espera de los distintos servicios sanitarios representan un antiguo problema en España. Tras cierta reducción antes de la crisis económica, han aumentado los tiempos medios de espera para la cirugía no urgente, como la operación de cataratas o la artroplastia de cadera, y actualmente están muy por encima del nivel de otros países como Italia y Portugal. Esto se debe a que la demanda de este tipo de procedimientos ha aumentado más rápidamente que la oferta.

- Al mismo tiempo, existen pruebas sustanciales del uso excesivo de muchas intervenciones quirúrgicas en España. Las tasas de artroplastia de rodilla varían en más de cinco veces entre las diferentes regiones, y se observan amplias variaciones en las intervenciones cardíacas y las operaciones de cesárea. Estas variaciones son demasiado marcadas como para explicarse únicamente por las diferencias en las necesidades. El éxito reciente en la reducción de las operaciones de cesárea innecesarias en muchos hospitales públicos ofrece un buen ejemplo de la posibilidad de reducir el uso excesivo de determinadas intervenciones a través del desarrollo y la aplicación de orientaciones clínicas que involucren a todas las partes interesadas. El desafío consiste en hacer extensivo este enfoque a todas las regiones y hospitales para reducir la asistencia de escaso valor.

- El cambio desde los más costosos servicios en régimen interno en hospitales hacia la asistencia ambulatoria precedió a la crisis económica y ha proseguido en los últimos años. El número de camas de hospital descendió de forma constante y esto estuvo acompañado de reducciones de la duración media de permanencia en el hospital. El uso de la cirugía ambulatoria aumentó para muchas intervenciones, pero queda margen para el desarrollo de este tipo de cirugía a fin de lograr una mayor eficiencia y liberar recursos.

- Se espera que el gasto en atención sanitaria y cuidados de larga duración aumente en España durante los próximos años como parte del PIB debido al envejecimiento de la población y al progreso tecnológico. Será necesario lograr una mejora de la eficiencia en la prestación de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración para abordar de manera asequible las crecientes necesidades de una población que envejece.

Fuentes principales

García-Armesto, S. et al. (2010), «España: Análisis del sistema sanitario», *Sistemas sanitarios en transición*, Vol. 12(4).

OCDE/UE (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en.

Referencias

Belloni, A., D. Morgan y V. Paris (2016), «Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges» (Gasto y políticas farmacéuticas: tendencias pasadas y desafíos futuros), *OECD Health Working Papers*, nº 87, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/ 5jm0q1f4cdq7-en.

Dirección General de Tráfico (2016), «Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020», disponible en http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/politicas-viales/estrategicos-2011-2020/doc/estrategico_2020_003.pdf.

Comisión Europea (DG ECFIN) y Comité de Política Económica (AWG) (2015), «Informe de 2015 sobre el envejecimiento: Previsiones económicas y presupuestarias para los 28 Estados miembros de la UE (2013-2060)», *Economía europea 3*, Bruselas, Mayo.

ECDC (2017), *Vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en Europa 2015*, Informe anual de la Red Europea de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (Red EVRA).

Gallo, P. y J. Gené-Badia (2013), «Cuts Drive Health Systems Reforms in Spain» (Reformas de los sistemas sanitarios en España a causa de los recortes), *Health Policy*, Vol. 113, pp. 1–7.

IHME (2016), «Global Health Data Exchange» (Intercambio mundial de datos relativos a la salud), disponible en http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

Ministerio de Sanidad (2011), «Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011», Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, Agencia de Calidad del SNS.

Ministerio de Sanidad (2015), «Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud 2015-2020», *Sanidad 2015*.

Ministerio de Sanidad (2016), «Sistema de información sobre listas de espera en el sistema nacional de salud», https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_DIC16.pdf, consultado el 15.6.2017.

OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, (Variaciones geográficas en la atención sanitaria: ¿qué sabemos y qué se puede hacer para mejorar el funcionamiento del sistema de salud?) OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en.

OCDE (2017), *Health at a Glance 2017: OCDE Indicators*, OECD Publishing, París,http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

Siciliani, L., M. Borowitz y V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (Políticas relativas a tiempos de espera en el sector sanitario: ¿qué funciona?), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en.

Lista de abreviaturas de países

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

Comisión Europea

State of Health in the EU

Perfil Sanitario del país 2017

Los perfiles de país son un paso importante en el ciclo bienal del estado de la salud en la UE de la Comisión Europea y son el resultado del trabajo conjunto entre la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el *European Observatory on Health Systems and Policies*. Esta serie fue coordinada por la Comisión y elaborada con la ayuda financiera de la Unión Europea.

Los breves perfiles de país políticamente relevantes se basan en una metodología transparente y coherente, que usa datos tanto cuantitativos como cualitativos adaptados de forma flexible al contexto de cada de Estado miembro de la UE. El objetivo es crear medios de aprendizaje mutuo e intercambios voluntarios que apoyen los esfuerzos de los Estados miembros en su elaboración de políticas basadas en hechos.

Cada perfil de país ofrece un breve resumen de lo siguiente:

- el estado sanitario del país
- los determinantes de la salud, centrados en los factores de riesgo por comportamiento
- la organización del sistema sanitario
- la eficacia, accesibilidad y resiliencia del sistema sanitario

Esta es la primera serie de perfiles de país bienales, publicada en noviembre de 2017. La Comisión complementa las conclusiones principales de estos perfiles de país con un informe complementario.

Para más información, véase: ec.europa.eu/health/state/summary_es

Por favor, cite esta publicación de la siguiente manera:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *España: Perfil Sanitario del país 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264285446-es

ISBN 9789264285446 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO