European Commission

State of Health in the EU

España

Perfil sanitario nacional 2019

OCDE
MEJORES POLÍTICAS PARA UNA VIDA MEJOR

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

Serie de perfiles nacionales

Los perfiles nacionales del *State of Health in the EU* proporcionan una visión concisa y políticamente relevante de la salud y los sistemas sanitarios de la UE y del Espacio Económico Europeo, ya que subrayan las características los desafíos particulares de cada país en un contexto de comparaciones entre países. El objetivo es ofrecer a los responsables políticos y a las personas influyentes un medio para el aprendizaje mutuo y el intercambio voluntario.

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 *Health Systems and Policy Monitor*, el Comité de Salud de la OCDE y el Grupo de Expertos de Información Sanitaria de la UE.

Índice

1. HITOS DESTACADOS 3
2. LA SALUD EN ESPAÑA 4
3. FACTORES DE RIESGO 7
4. EL SISTEMA SANITARIO 9
5. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO 12
   5.1. Eficacia 12
   5.2. Accesibilidad 15
   5.3. Resiliencia 19
6. CONCLUSIONES PRINCIPALES 22

Fuentes de datos e información

Los datos y la información de estos perfiles nacionales se basan principalmente en las estadísticas oficiales nacionales facilitadas a Eurostat y la OCDE, que han sido validadas para garantizar los niveles más elevados de comparabilidad de datos. Las fuentes y los métodos en que se basa esta información 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 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), de las encuestas del estudio Health Behaviour in School-Aged Children (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 de que se especifique lo contrario. Estos promedios de la UE no incluyen Islandia y Noruega.

El presente perfil se completó en agosto de 2019 y está basado en los datos disponibles en julio de 2019.

Para descargar la hoja de Excel correspondiente a todos los cuadros y gráficos de este perfil, teclee el siguiente URL en su navegador de internet: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Spain.xls

Contexto demográfico y socioeconómico de España, 2017

Factores demográficos	España	UE
Tamaño de la población (estimaciones a mitad de año)	46 593 000	511 876 000
Porcentaje de la población mayor de 65 años (%)	19,0	19,4
Tasa de fertilidad[1]	1,3	1,6
Factores socioeconómicos		
PIB per cápita (PPA en EUR[2])	27 600	30 000
Tasa de pobreza relativa[3] (%)	21,6	16,9
Tasa de desempleo (%)	17,2	7,6

1. Número de niños nacidos por mujer de entre 15 y 49 años. 2. La paridad del poder adquisitivo (PPA) se define como la tasa de conversión monetaria que equipara el poder adquisitivo de diferentes divisas eliminando las diferencias de niveles de precios entre países. 3. Porcentaje de personas que viven con menos del 60 % de la mediana de la renta disponible equivalente.
Fuente: Base de datos de Eurostat.

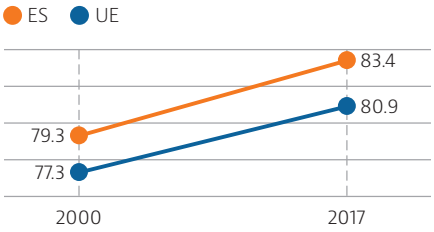
Cláusula de exención de responsabilidad: Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados aquí son exclusivamente los de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones oficiales de la OCDE o sus países miembros, ni las del European Observatory on Health Systems and Policies o de sus socios. 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 de cualquier territorio o de la soberanía sobre este, de la delimitación de las fronteras y límites internacionales ni del nombre de cualquier territorio, ciudad o zona.

Existen exenciones de responsabilidad adicionales de la OMS en http://www.who.int/bulletin/disclaimer/es/

1 Hitos destacados

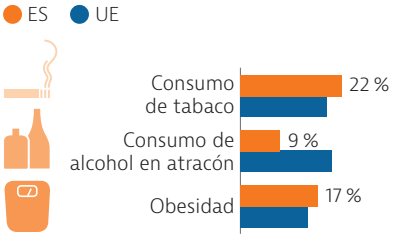
España tiene la esperanza de vida más elevada de la UE y su desigualdad social en materia sanitaria es menos pronunciada que en muchos otros países. Sin embargo, gran parte de la vejez se vive con enfermedades crónicas y discapacidades, lo que incrementa la demanda de los sistemas sanitarios y de cuidados de largo plazo. El gasto sanitario per cápita en España es más de 15% inferior a la media de la UE. Aunque la mayor parte del gasto está financiado públicamente, el gasto directo de las familias representa un porcentaje mayor que la media de la UE. El sistema sanitario español se basa en un sólido sistema de atención primaria, pero la creciente demanda de servicios derivada del aumento constante de las enfermedades crónicas podría requerir un uso mayor y más eficiente de los recursos.



Esperanza de vida al nacer, años

Estado de salud

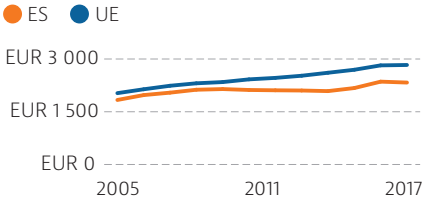
La esperanza de vida en España aumentó más de cuatro años desde el año 2000, hasta alcanzar los 83,4 años en 2017, lo que supone 2,5 años por encima de la media de la UE. Este aumento se produjo principalmente por una considerable reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, aunque la mortalidad por la enfermedad de Alzheimer se incrementó como consecuencia del aumento de la esperanza de vida. Casi el 60 % de los españoles de 65 años o más padece al menos una enfermedad crónica, y más de uno de cada cinco sufre alguna limitación en las actividades de la vida diaria.



% de adultos

Factores de riesgo

Si bien las tasas de tabaquismo disminuyeron en los últimos quince años, más de uno de cada cinco adultos españoles (22 %) seguía fumando a diario en 2017, lo que representa una proporción superior a la media de la UE (19 %). Los índices de obesidad aumentaron en España: en 2017, uno de cada seis adultos (17 %) sufría obesidad, también por encima de la media de la UE (15 %). Por el contrario, el consumo de alcohol es relativamente bajo y el porcentaje de adultos que refieren un consumo elevado de alcohol está entre los más bajos de Europa (9 %).



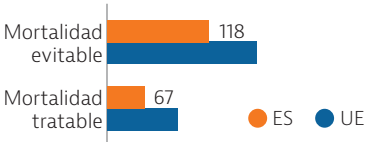
Gasto per cápita (PPA en EUR)

Sistema sanitario

El gasto sanitario per cápita en 2017 alcanzó los 2 371 EUR (ajustado según el poder adquisitivo), más del 15 % por debajo de la media de 2 884 EUR de la UE. Tras la crisis económica de 2009, el gasto sanitario no varió e incluso descendió durante algunos años, pero ha vuelto a aumentar desde 2014. El gasto sanitario alcanzó el 8,9 % del PIB en 2017, por debajo de la media del 9,8 % de la UE.

Eficacia

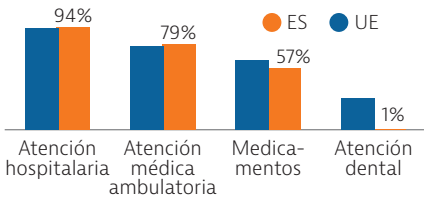
España cuenta con unas de las tasas de mortalidad más bajas por causas evitables y tratables, lo que indica que las intervenciones de salud pública y asistencia sanitaria son, en general, eficaces a la hora de prevenir la mortalidad prematura.



Tasa de mortalidad ajustada por edad por cada 100 000 habitantes, 2016

Accesibilidad

Los ciudadanos españoles cuentan con un sistema nacional de salud cuya cobertura disminuye en el caso de los medicamentos y no incluye la atención dental, lo que genera mayores necesidades, en particular para personas de bajo ingreso. Los tiempos de espera para consultas médicas e intervenciones quirúrgicas programadas siguen siendo un problema.



Cobertura pública de bienes y servicios seleccionados, 2016

Resiliencia

La presión presupuestaria para dar respuesta a las necesidades crecientes de atención sanitaria y cuidados de largo plazo aumentará en los próximos años a consecuencia del envejecimiento de la población. Si bien se ha avanzado en una mayor coordinación en la atención a las personas con enfermedades crónicas, todas las partes involucradas reconocen, cada vez en mayor medida, que fortalecer la atención primaria debe ser una prioridad fundamental.

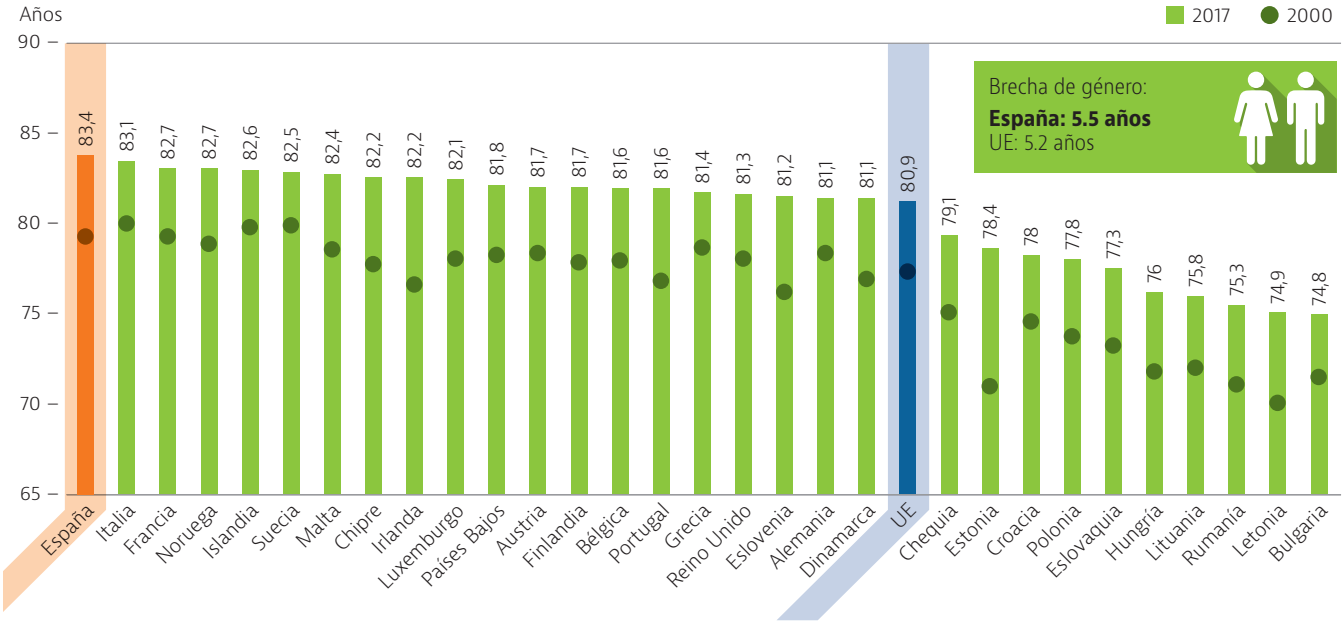
2 La salud en España

Los españoles tienen la esperanza de vida más elevada de los países de la UE

En 2017, la esperanza de vida en España alcanzó los 83,4 años, el nivel más elevado de los países de la UE (gráfico 1). La esperanza de vida ha aumentado en más de cuatro años desde el año 2000, con mayor rapidez que la media de la UE (3,6 años).

La brecha de género en la esperanza de vida se ha reducido desde el 2000, ya que la esperanza de vida de los hombres en España ha aumentado con mayor rapidez que la de las mujeres. No obstante, sigue siendo bastante amplia: 5,5 años.

Gráfico 1. La esperanza de vida en España es la más elevada de la UE



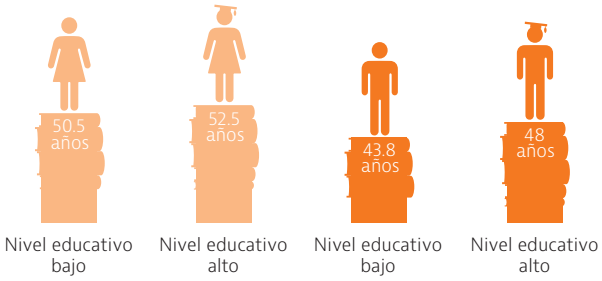
Fuente: Base de datos de Eurostat.

Las desigualdades sociales en lo referente a la esperanza de vida son menos pronunciadas que en muchos otros países

Hay desigualdades en lo referente a la esperanza de vida en España no solo en función del género sino también de la posición socioeconómica, aunque son menos pronunciadas que en muchos otros países de la UE. La esperanza de vida a la edad de treinta y cinco años de los hombres con el nivel educativo más bajo es de más de cuatro años menos que en el caso de los hombres con los niveles educativos más elevados (gráfico 2). Esta diferencia en la longevidad debida a la educación es inferior entre las españolas, alrededor de dos años.

La brecha puede explicarse, al menos en parte, por la diferente exposición a diversos factores de riesgo; por ejemplo, las tasas de tabaquismo y de obesidad son más elevadas entre los hombres y las mujeres con un nivel educativo bajo. También refleja diferencias en los niveles de ingresos y en el nivel de vida que afectan a la exposición a otros factores de riesgo.

Gráfico 2. La brecha en la esperanza de vida por nivel educacional es de más de 4 años en el caso de los hombres y de 2 años en el de las mujeres



Brecha en la esperanza de vida por nivel educacional a los 35 años de edad:

España: 2 años
UE16: 3.6 años

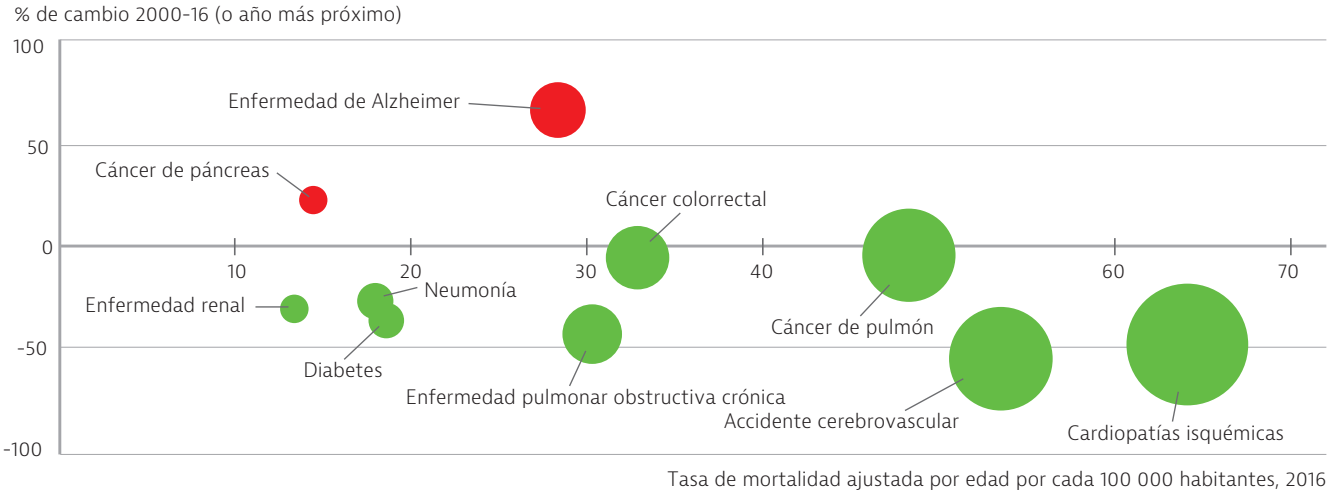
España: 4.2 años
UE16: 6.5 años

Nota: Los datos se refieren a la esperanza de vida a los treinta y cinco años. El nivel educativo alto es el de personas que han terminado la enseñanza superior (CINE 5-8), mientras que el nivel educativo bajo es el de personas que no han terminado la enseñanza secundaria (CINE 0-2). Fuente: Permanyer I et al. (2018), Demography, 55: 2045 (los datos se refieren a 2012-15); Base de datos de Eurostat para la media de la UE.

Las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer de pulmón siguen siendo las principales causas de muerte

El aumento de la esperanza de vida en España desde 2000 se ha debido principalmente a la reducción de los índices de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, especialmente cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares (accidentes cerebrovasculares), aunque seguían siendo las principales causas de mortalidad en 2016 y las tasas crecientes de obesidad pueden poner en peligro una mayor reducción (véase la sección 3). El cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) también siguen siendo causas importantes de muerte, aunque su carga ha disminuido, al menos ligeramente, desde 2000. Por el contrario, las tasas de mortalidad por la enfermedad de Alzheimer han aumentado drásticamente, aunque esto se debe, al menos en parte, a la mejora en el diagnóstico y en las prácticas de registro de la mortalidad (gráfico 3).

Gráfico 3. La tasa de mortalidad descendió en el caso de las enfermedades cardiovasculares, pero aumentó para la enfermedad de Alzheimer



Nota: El tamaño de la burbuja es proporcional a la tasa de mortalidad en 2016.
Fuente: Base de datos de Eurostat.

Los españoles son los más longevos de la UE, pero muchos refieren enfermedades crónicas y discapacidad en la vejez

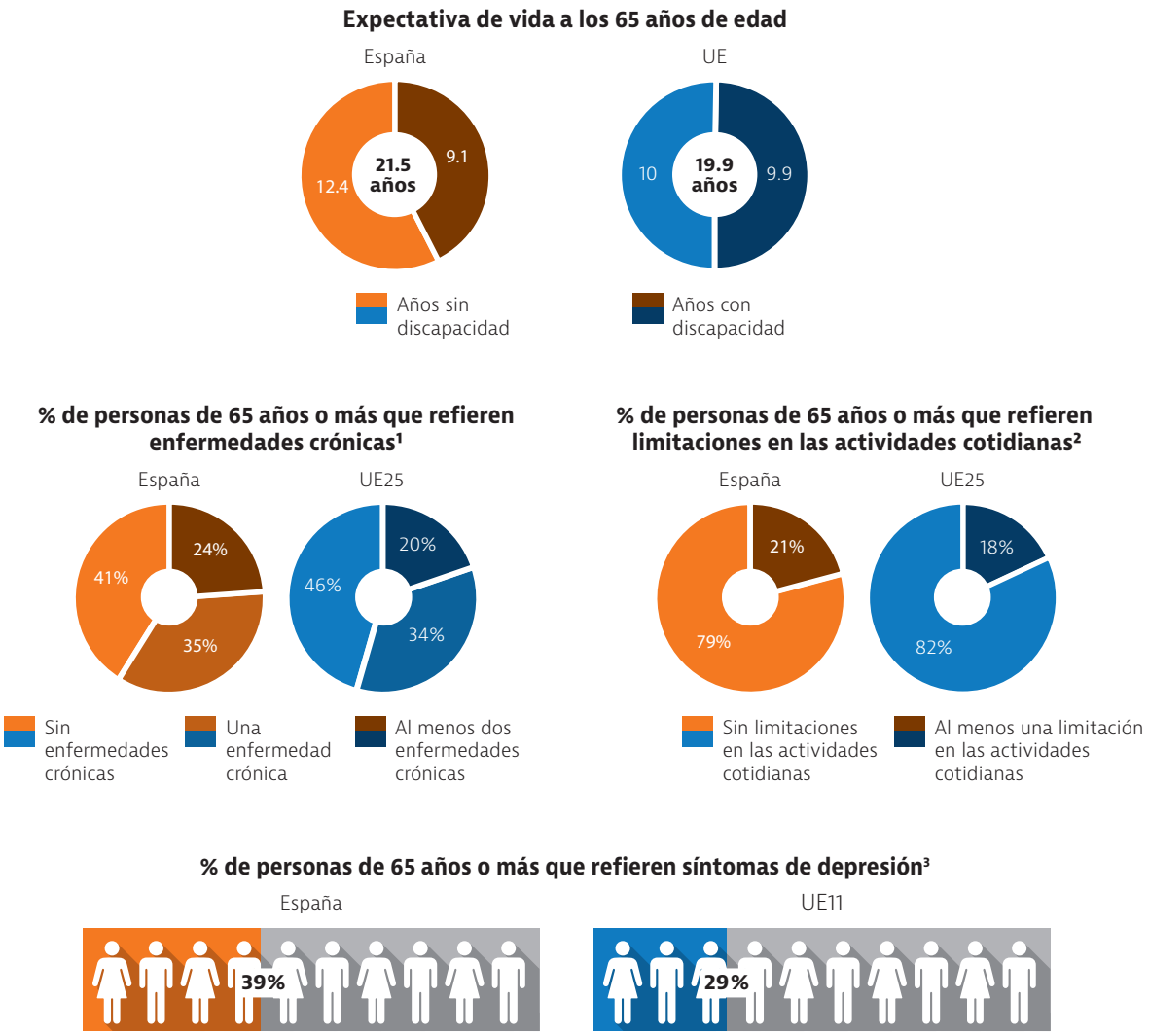
Las personas mayores constituyen un porcentaje cada vez mayor de la población española. Casi uno de cada cinco españoles (19 %) tenía 65 años o más en 2018, un incremento con respecto a la cifra de uno de cada nueve (11 %) en 1980, y se prevé que esta proporción aumente a más de uno de cada tres (36 %) para antes de 2050.

Los españoles hoy en día pueden esperar vivir unos 21,5 años más una vez alcanzada la edad de 65 años, 1,5 años más que la media de la UE. No obstante, muchos de esos años se viven con algunos problemas de salud y discapacidades (gráfico 4).

Casi el 60 % de las personas de 65 años o más aseguraban padecer una o varias enfermedades crónicas en 2017, aunque esto puede no impedirles llevar una vida normal y realizar sus actividades habituales si se gestiona adecuadamente. Más de uno de cada cinco afirmaba padecer al menos una limitación en las actividades cotidianas, como comer o vestirse, lo que podría requerir algún tipo de servicios de asistencia de largo plazo. Asimismo, casi el 40 % afirmaba tener algunos síntomas de depresión, un porcentaje mayor que en otros países de la UE[1].

1: Según la Encuesta Nacional de Salud de España de 2017, el 11 % de las personas de 65 años o más aseguró haber sido diagnosticada por depresión el año anterior.

Gráfico 4. Los españoles viven más, pero no todos los años de vida en la vejez se viven con buena salud



Notas: 1. Las enfermedades crónicas incluyen ataques al corazón, accidentes cerebrovasculares, diabetes, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer y artritis reumatoide u osteoartritis. 2. Las actividades cotidianas incluyen vestirse, caminar por una habitación, bañarse o ducharse, acostarse o levantarse de la cama y utilizar el inodoro. 3. Se considera que una persona tiene síntomas de depresión si refiere más de tres síntomas de depresión (de doce variables posibles).
Fuentes: Base de datos de Eurostat para la esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud (datos de 2017); Encuesta SHARE para otros indicadores (datos de 2017).

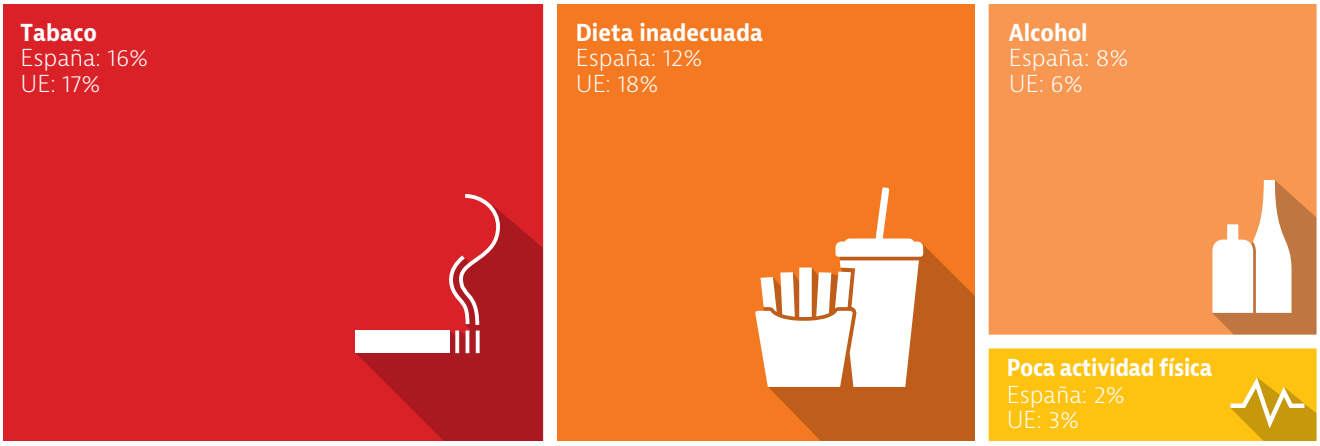
3 Factores de riesgo

En España, más de un tercio de las muertes pueden atribuirse a factores de riesgo por comportamiento

Las estimaciones sugieren que más de un tercio de las muertes en España pueden atribuirse a factores de riesgo por comportamiento, entre los que se incluyen el consumo de tabaco, los riesgos asociados con la alimentación, el consumo de alcohol y la poca actividad física, una proporción, no obstante, ligeramente menor que la media de la UE (gráfico 5; IHME, 2018).

Alrededor del 16 % (67 000) de todas las muertes en 2017 puede atribuirse únicamente al tabaquismo (directo y pasivo). Se calcula que los riesgos relacionados con la alimentación (por ejemplo, la escasa ingesta de frutas y hortalizas y un consumo elevado de azúcar y sal) suponen el 12 % (52 000) de todas las muertes. Alrededor del 8 % (32 000) de las muertes puede atribuirse al consumo de alcohol y el 2 % (9 500) a la escasa actividad física.

Gráfico 5. Los factores de riesgo por comportamiento explican más de un tercio de las muertes en España



Nota: El número total de muertes (140 000) relacionadas con estos factores de riesgo es inferior a la suma de cada una de ellas tomadas individualmente (160 000), ya que la misma muerte puede atribuirse a más de un factor de riesgo. Los riesgos asociados a la alimentación incluyen catorce componentes, como el escaso consumo de frutas y hortalizas, el consumo de bebidas con un elevado contenido de azúcar y el consumo de sal.
Fuente: IHME (2018), Global Health Data Exchange (las estimaciones corresponden a 2017).

Las tasas de tabaquismo entre los adultos en España siguen siendo superiores a las de la mayoría de los países de la UE

Si bien la proporción de adultos que fuma a diario ha descendido desde 2000, sigue siendo superior a la mayoría de los países de la UE (gráfico 6). Más de uno de cada cinco adultos (22 %) fumaba a diario en 2017 según la Encuesta Nacional de Salud, frente a la media de la UE del 19 %[2]. Los hombres siguen fumando más que las mujeres en España (26 % de los hombres, 19 % de las mujeres), aunque la reducción de la tasa de tabaquismo ha sido más lenta en el caso de las mujeres. Más de uno de cada cinco adolescentes españoles de entre 15 y 16 años afirmó fumar, al menos de forma ocasional, en 2015, lo que se acerca a la media de la UE.

El sobrepeso y la obesidad entre los adolescentes y los adultos son problemas en aumento en España

En 2013-2014, casi el 20 % de los adolescentes tenía sobrepeso o sufría obesidad, un porcentaje superior a la media del 17 % de los países de la UE. Hay un mayor porcentaje de chicos de 15 años que son obesos o tienen sobrepeso (24 %) que de chicas (15 %), aunque los chicos afirman realizar más actividad física.

La tasa de obesidad también ha aumentado entre los adultos: uno de cada seis españoles sufría obesidad en 2017, un incremento con respecto a la cifra de uno de cada ocho en 2001. Este aumento está relacionado con la escasa actividad física entre los adultos, así como con hábitos nutricionales poco sanos. Aunque la proporción de adultos españoles que afirmaban en 2017 comer al menos una pieza de fruta al día se encontraba entre las más elevadas de la UE, únicamente alrededor del 35 % de los adultos afirmaba comer al menos una verdura al día, lo que se acerca a la media del 36 % de la UE.

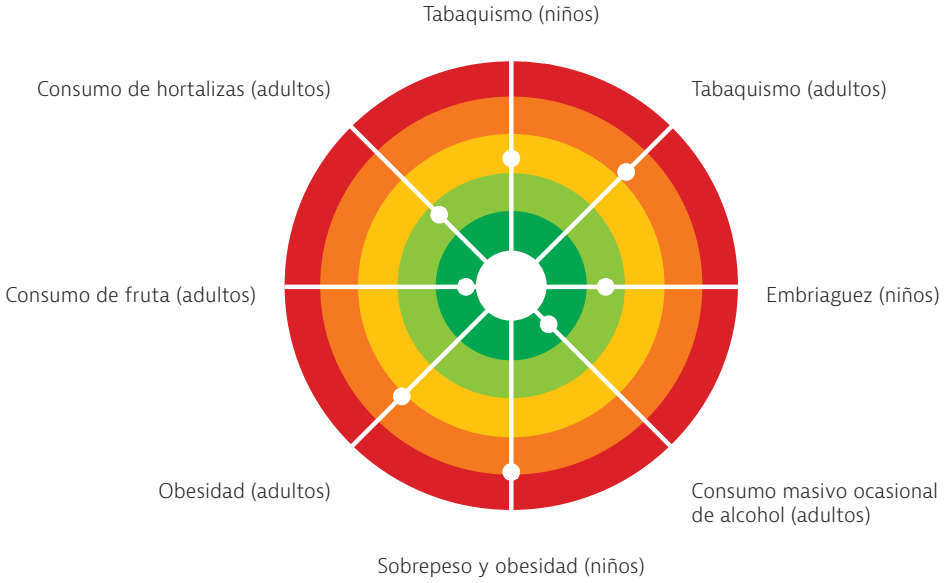
2: La última encuesta sobre alcohol y drogas realizada en España en 2017 arroja distintos resultados: muestra un aumento del porcentaje de fumadores habituales de hasta el 34 % entre las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 64, lo que supone un nivel más elevado que el registrado antes de la primera ley sobre el tabaco de 2005, aunque el número de cigarrillos consumidos se ha reducido.

España tiene menos problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol que otros países

Como dato más positivo cabe señalar que la proporción de adultos que afirman consumir alcohol en exceso con frecuencia en España (consumo masivo ocasional) está muy por debajo de la mayoría de los países de la UE (9 % en comparación con el 20 % en los países de la UE en 2014)[3]. El consumo total de alcohol entre los adultos en España se ha reducido considerablemente desde el año 2000.

Respecto a otros países, son menos los jóvenes de 15 años que aseguran haberse embriagado en varias ocasiones. No obstante, más de uno de cada cinco refiere dicho consumo arriesgado de alcohol en menores de edad en 2013-2014.

Gráfico 6. El tabaquismo y la obesidad en España son cuestiones importantes de salud pública



Nota: Cuanto más cerca del centro está el punto, mejor desempeño tiene el país en comparación con otros países de la UE. No hay ningún país en la «zona de la diana» blanca, ya que hay margen para el progreso en todos los países en todas las zonas.
Fuente: Cálculos de la OCDE basados en la encuesta ESPAD 2015 y la encuesta HBSC 2013-14 para los indicadores infantiles; y EU-SILC 2017, EHIS 2014 y Estadísticas sobre salud de la OCDE 2019 para los indicadores relativos a los adultos.

3: El consumo masivo ocasional se definía en la encuesta comunitaria de salud por entrevista (EHIS) de 2014 como el consumo de seis o más bebidas alcohólicas en una sola sesión, al menos una vez al mes durante el último año. Los resultados de una encuesta nacional de salud de España por entrevista más reciente, realizada en 2017, muestran una tasa más elevada (15 %), que puede explicarse en parte por el uso de una definición más amplia del consumo masivo ocasional (cinco o más bebidas en el caso de los hombres y cuatro o más en el de las mujeres).

4 El sistema sanitario

El sistema sanitario se basa en principios de ámbito nacional, pero está descentralizado en cuanto a la organización y prestación de servicios

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de España se basa en los principios de universalidad, acceso libre, equidad y solidaridad financiera, y se financia principalmente a partir de los impuestos generales. Las diecisiete consejerías autonómicas de salud tienen la competencia directa en materia de planificación estratégica y operativa a escala de comunidad autónoma, asignación de recursos, adquisición y prestación de servicios, a menudo con la asistencia de agencias especializadas como la Red de Agencias para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones. La planificación y regulación nacionales corresponden al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. El principal organismo de coordinación es el Consejo Interterritorial del SNS, que incluye al Ministro de Sanidad y a los diecisiete consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas.

El SNS coexiste con otros dos subsistemas oficiales: las tres mutualidades que atienden a los funcionarios, las fuerzas armadas y la judicatura; y las mutuas de accidentes y enfermedades laborales.

Las reformas del sistema de salud de España en la última década se han visto influidas por medidas que respondían a la crisis económica en el marco del programa de estabilidad de la UE. Introducidas a comienzo de la década de 2010, estas reformas han cambiado la gobernanza del SNS (sobre todo centralizando las normas sobre gasto) y han redefinido el copago por parte de los pacientes de medicamentos y otras prestaciones adicionales.

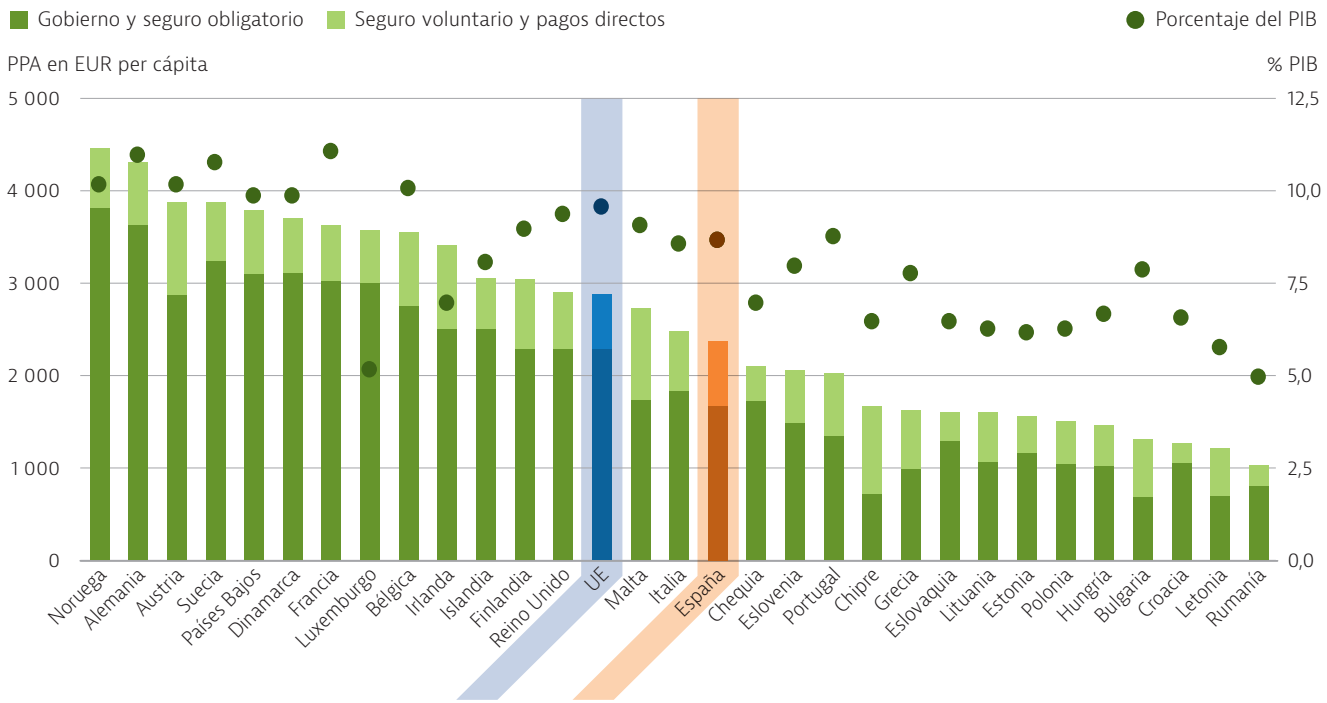
El derecho a la cobertura sanitaria se restringió en 2012 y se asoció a la situación legal y laboral de las personas, pero un real decreto de julio de 2018 restableció la universalidad del SNS. En la nueva normativa, los inmigrantes irregulares han recuperado el derecho a la cobertura plena, al igual que cualquier otro ciudadano español.

El gasto sanitario en España es inferior a la media de la UE

En 2017, el gasto sanitario per cápita (ajustado en función de las diferencias en el poder adquisitivo) era de 2 371 EUR, un 15 % por debajo de la media de la UE, de 2 884 EUR. El gasto sanitario ascendía al 8,9 % del PIB, también por debajo de la media de la UE, del 9,8 % (gráfico 7).

El gasto público representaba el 71 % de todo el gasto sanitario en 2017, por debajo de la media de la UE, que es del 79 %. El porcentaje de gasto público en sanidad descendió tras la crisis económica de 2009 debido a las medidas de reducción de costes y al aumento de los copagos de los medicamentos. Ha comenzado a aumentar de nuevo en los últimos años, aunque sigue por debajo del nivel anterior a la crisis.

Gráfico 7. España gasta menos en sanidad que la media de la UE



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2019 (datos correspondientes a 2017).

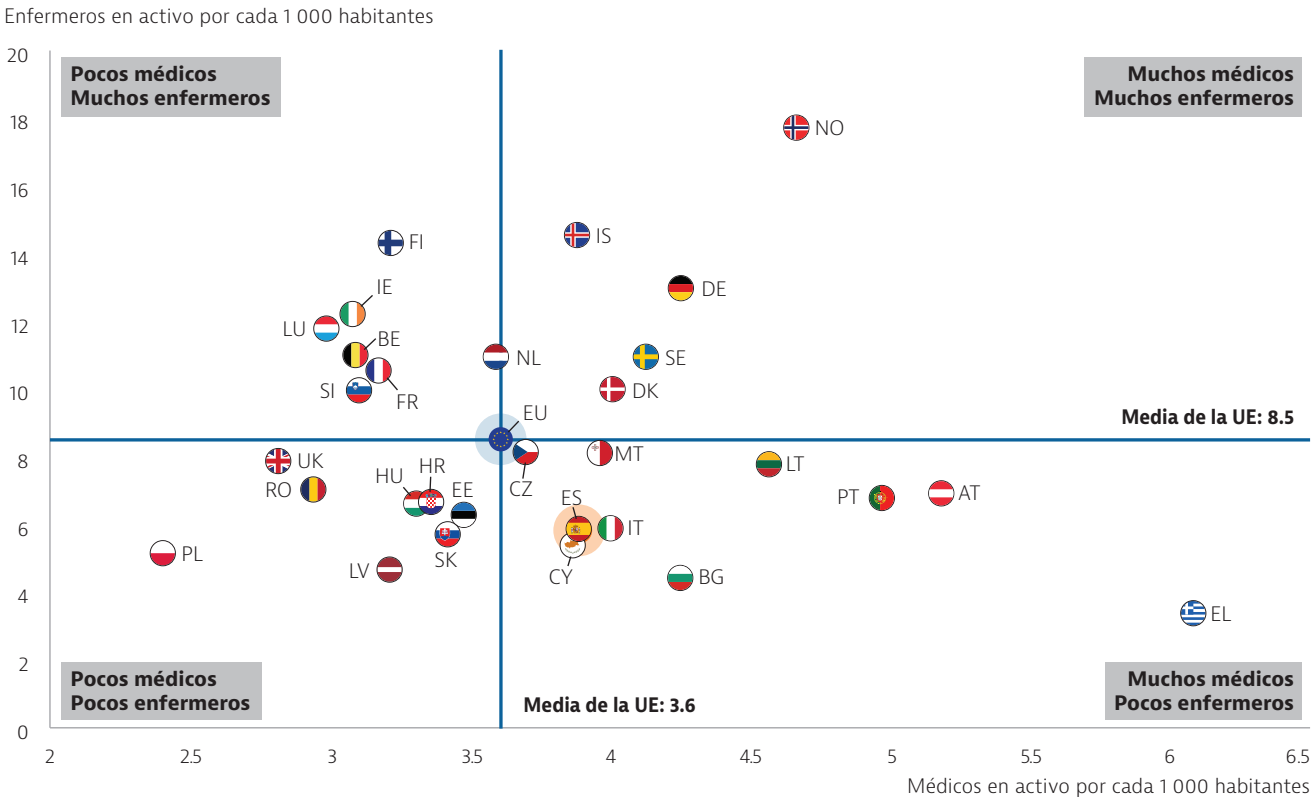
Los pagos directos por medicamentos son cuantiosos

Los pagos directos aumentaron de forma constante entre 2010 y 2014, antes de disminuir ligeramente desde 2015 para alcanzar el 24 % del gasto sanitario total en 2017. Este porcentaje está muy por encima de la media del 16 % de la UE. Los pagos directos consisten fundamentalmente en copagos de medicamentos y dispositivos médicos fuera de los hospitales. Tras la reforma de 2012, el nivel de participación de los beneficiarios en el coste de los medicamentos aumentó y se basó en el nivel de ingresos y la situación laboral, con un techo mensual de gasto para proteger a los pensionistas (sección 5.2).

El número de médicos y enfermeros ha aumentado, con una tendencia hacia los contratos temporales

El número de médicos y enfermeros ha aumentado en España en los últimos años, tanto en cifras absolutas como relativas al tamaño de la población. Tal y como muestra el gráfico 8, el número de médicos por cada 1 000 habitantes es ligeramente superior a la media de la UE (3,9 frente a 3,6 en 2017). El porcentaje de enfermeros está muy por debajo de la media de la UE (5,7 por cada 1 000 habitantes frente a 8,5), ya que el número de enfermeros en España no incluye a los auxiliares de enfermería, aunque lleven a cabo tareas similares a las que realizan muchos enfermeros en otros lugares de Europa. Hay informes que indican una escasez cada vez mayor de enfermeros y el uso creciente de contratos temporales y a tiempo parcial da lugar a una gran rotación del personal (Comisión Europea, 2019a). En el conjunto del SNS, el 30 % de todos los empleados tenía un contrato temporal en 2017, frente al 27 % en 2012 (Sanidad CCOO, 2017). El Ministerio de Hacienda firmó un acuerdo con los sindicatos en marzo de 2017 para reducir los contratos de empleo temporal por debajo del 8 %, con el fin de aumentar la estabilidad laboral en el sector sanitario.

Gráfico 8. España tiene una cantidad relativamente elevada de médicos, pero un escaso número de enfermeros



Nota: El número de enfermeros en España no incluye a los auxiliares de enfermería, aunque llevan a cabo tareas similares a las que realizan muchos enfermeros en otros lugares de Europa. En Austria y Grecia, el cálculo del número de enfermeros es excesivamente bajo, ya que solo incluye a los que trabajan en hospitales. 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).
Fuente: Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2017 o al año más próximo).

La atención primaria se enfrenta al reto de responder al aumento constante de las enfermedades crónicas

La atención primaria sigue siendo el elemento central del sistema sanitario español. Los médicos de familia y los enfermeros proporcionan tratamientos de agudos y crónicos a toda la población y también prestan servicios específicos de prevención y promoción de la salud dirigidos a niños, mujeres y personas mayores. Los médicos de familia controlan el acceso a cuidados más especializados y desempeñan un papel fundamental en la continuidad de la atención entre el nivel primario y secundario. La atención secundaria adopta la forma de asistencia especializada ambulatoria, asistencia en régimen interno, asistencia en régimen de día o asistencia de urgencia. Todos los profesionales del SNS son trabajadores asalariados.

El envejecimiento de la población y el aumento constante de las enfermedades crónicas suponen un mayor nivel de exigencia para la atención primaria. A pesar de esta presión creciente, el gasto público en los hospitales representa un porcentaje cada vez mayor del gasto público, mientras que el porcentaje asignado a la atención primaria se estanca (Comisión Europea, 2019a). En respuesta a los retos a los que se enfrenta el sistema de atención primaria, en abril de 2019 se adoptó un nuevo Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (recuadro 1).

Algunas iniciativas regionales están diseñadas para mejorar la atención integral

Algunas comunidades autónomas han emprendido en los últimos años reformas estructurales y organizativas destinadas a reforzar la atención integral. Por ejemplo, el País Vasco ha creado nuevos órganos administrativos (conocidos como organizaciones de atención sanitaria integral) que consisten en la colaboración entre hospitales y centros de atención primaria. En Andalucía, catorce áreas de gestión sanitaria (que cubren parte del territorio) gestionan conjuntamente los servicios de atención primaria y hospitalaria. En Cataluña, las áreas de integración de los servicios sanitarios tienen como fin proporcionar atención integral a toda la población de un territorio concreto.

El sistema sanitario español se beneficia de los Fondos Estructurales de la UE

España está recibiendo una importante financiación para modernizar su sistema sanitario a través de los Fondos Estructurales y de Inversión de la UE. Durante el periodo 2014-2020, España recibirá algo más de 500 millones EUR para invertir en su sistema sanitario. La mayor parte de esta financiación se asigna al desarrollo de la sanidad electrónica (257 millones EUR), a la infraestructura sanitaria (177 millones EUR) y a la mejora del acceso a los servicios sanitarios y sociales (67 millones EUR) (Comisión Europea, 2016).

Recuadro 1. El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria tiene como fin mejorar la atención primaria y la participación del paciente en el sistema sanitario español

En abril de 2019, el Consejo Interterritorial del SNS adoptó un nuevo Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Este ambicioso plan consta de seis objetivos principales, cada uno de los cuales va acompañado de acciones específicas que está previsto que se supervisen a lo largo del tiempo. Entre los objetivos se incluye el fortalecimiento del papel de gobernanza del Consejo Interterritorial sobre la atención primaria, la consolidación de una nueva política sobre cuestiones financieras y de recursos humanos, la mejora de la calidad y la coordinación de la asistencia, la intensificación de la orientación comunitaria de la atención primaria y el uso cada vez mayor de las tecnologías de la información y la comunicación. La estrategia ha sido diseñada por el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas, las organizaciones profesionales y las organizaciones de pacientes.

5 Funcionamiento del sistema sanitario

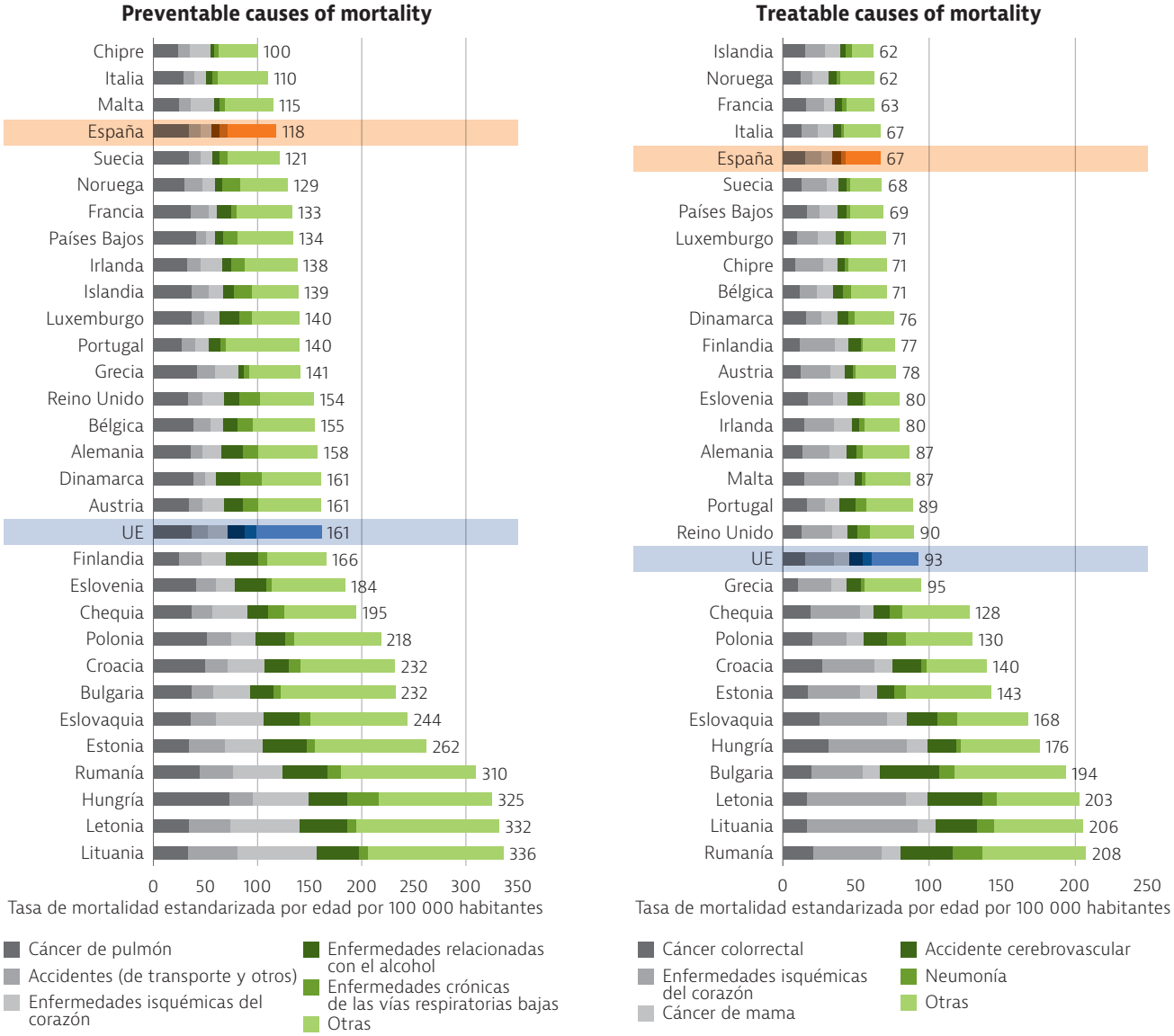
5.1. Eficacia

Las tasas de mortalidad por causas evitables y tratables son bajas

Las tasas de mortalidad evitable en España se encuentran entre las más bajas de la UE, impulsadas por las bajas tasas de mortalidad por cardiopatías isquémicas (especialmente entre las mujeres), accidentes de circulación y otras muertes accidentales, y enfermedades relacionadas con el alcohol (gráfico 9). Por otra parte, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón siguen siendo elevadas (especialmente entre los hombres) y se acercan a la media de la UE, lo que refleja un modelo histórico según el cual los españoles fuman más que las españolas.

Las causas tratables de mortalidad se encuentran también entre las más bajas de Europa, lo que indica que el sistema sanitario español es, en general, eficaz en el tratamiento de las personas con afecciones potencialmente mortales. Estos resultados favorables se deben en gran parte a las bajas tasas de mortalidad por cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares (accidentes cerebrovasculares). Las tasas de mortalidad por algunos tipos de cáncer, como el cáncer colorrectal, se acercan a la media de la UE.

Gráfico 9. La mortalidad por causas evitables y tratables es más baja que en la mayoría de los países de la UE



Nota: La mortalidad evitable se define como las muertes que pueden evitarse fundamentalmente a través de intervenciones de sanidad pública y de prevención primaria. La mortalidad por causas tratables se define como las muertes que pueden evitarse principalmente a través de intervenciones sanitarias, que incluyen las pruebas diagnósticas de cribado y el tratamiento. Ambos indicadores se refieren a la mortalidad prematura (menos de 75 años de edad). Los datos se basan en las listas revisadas de la OCDE o Eurostat.
Fuente: Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2016).

Se han puesto en marcha diversas iniciativas de salud pública para abordar factores importantes de riesgo

Los bajos niveles de muertes evitables de España pueden deberse, al menos en parte, a sólidas políticas de salud pública. En 2005 se adoptó una ley antitabaco que se reforzó en 2010. La ley de 2010 fortalecía las normas relativas a la venta al por menor y a la publicidad de productos del tabaco; aumentaba la protección de los menores y de los no fumadores mediante la ampliación de las zonas sin humo a todos los lugares públicos; y promovía la aplicación de programas para dejar de fumar, especialmente en atención primaria. Al mismo tiempo, se incrementaron los impuestos sobre los cigarrillos, en un 3 % por paquete de cigarrillos en 2013 y en un 2,5 % más en 2017, junto con un 6,8 % de aumento en los impuestos sobre el tabaco para liar.

En 2011, la Ley de seguridad alimentaria y nutrición incluyó una Estrategia intersectorial para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (recuadro 2). Uno de los objetivos de la Estrategia es reducir el sobrepeso y la obesidad en los niños, prohibiendo en las escuelas los alimentos y bebidas con un alto contenido de ácidos grasos saturados, sal y azúcar, y, de forma más amplia, endureciendo la normativa sobre menús infantiles.

Recuadro 2. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)

La Estrategia NAOS, gestionada por la Agencia española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, tiene por objeto frenar el aumento de la obesidad en la población española. Se puso en marcha en 2005 y se reforzó mediante la Ley de seguridad alimentaria y nutrición adoptada en 2011. Recientemente se ha trabajado para establecer un conjunto de indicadores que permitan evaluar el progreso en su aplicación y para elaborar criterios de acreditación para las escuelas interesadas en la ejecución de actividades de promoción de la salud en materia de nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (AECOSAN, 2019).

En 2018, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social anunció nuevas medidas para reforzar la Estrategia NAOS y, entre ellas, una iniciativa sobre un nuevo etiquetado en la parte frontal de los paquetes utilizando el modelo Nutriscore. Mediante el uso de un código de colores fácil de entender (basado en un enfoque «semafórico»), esta iniciativa pretende ofrecer a los ciudadanos información más precisa sobre la calidad nutricional de los alimentos, si bien esta medida todavía no se ha aplicado. A comienzos de 2019, el Ministerio firmó también un acuerdo con casi cuatrocientas empresas alimentarias que se comprometieron a reducir el contenido de ácidos grasos saturados, sal y azúcares añadidos en sus productos.

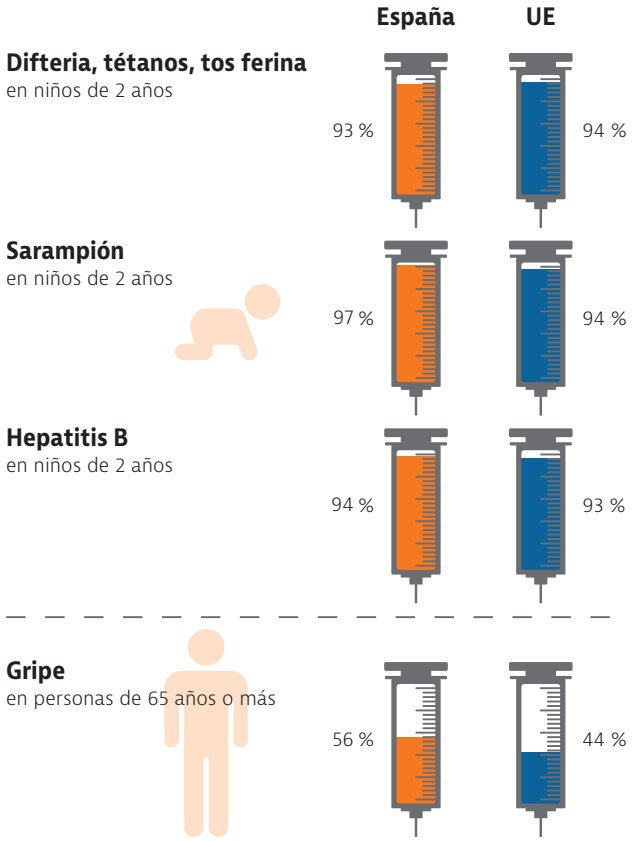
La cobertura de vacunación entre los niños y las personas mayores puede mejorar

Si bien la cobertura de la vacunación contra el sarampión entre los niños sigue por encima del objetivo del 95 % de la OMS, la cobertura contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, así como contra la hepatitis B, se encontraba por debajo de dicho umbral en 2018 (gráfico 10). La vacunación infantil se lleva a cabo en los centros de atención primaria, a los que prácticamente toda la población acude para recibir asistencia ambulatoria perinatal y pediátrica.

Con un 56 % de las personas de 65 años o más vacunadas en 2017, la cobertura de la vacunación contra la gripe entre las personas mayores está por encima de la media de la UE. No obstante, la tasa de vacunación contra la gripe ha descendido en casi 10 puntos porcentuales en la última década, alejándose del objetivo de la OMS del 75 % de las personas de dicho grupo de edad.

A fin de mejorar la cobertura de vacunación de personas de todas las edades y de aumentar la coordinación nacional, en 2018 se acordó un calendario común de vacunación que se aplicará en todas las comunidades autónomas a partir de 2019 (recuadro 3).

Gráfico 10. La cobertura de vacunación es elevada para el sarampión, pero más baja para otras enfermedades infecciosas



Nota: Los datos se refieren a la tercera dosis para la difteria, el tétanos y la tos ferina, así como la hepatitis B, y la primera dosis para el sarampión.
Fuente: OMS/UNICEF, Observatorio mundial de la salud, depósito de datos relativos a la infancia (datos correspondientes a 2018); Estadísticas sobre la salud de la OCDE de 2019 y base de datos de Eurostat para las personas de 65 años o más (datos correspondientes a 2017 o al año más próximo).

Recuadro 3. En 2019 comienza a utilizarse un calendario común de vacunación

En noviembre de 2018, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó un calendario común de vacunación para personas de todas las edades en todo el país, comenzando antes del nacimiento, con la vacunación de las mujeres embarazadas, y ampliándolo a las personas de 65 años en adelante. El calendario incluye la administración sistemática de vacunas para la prevención de catorce enfermedades infecciosas y se basa en los la evidencia científica disponible.

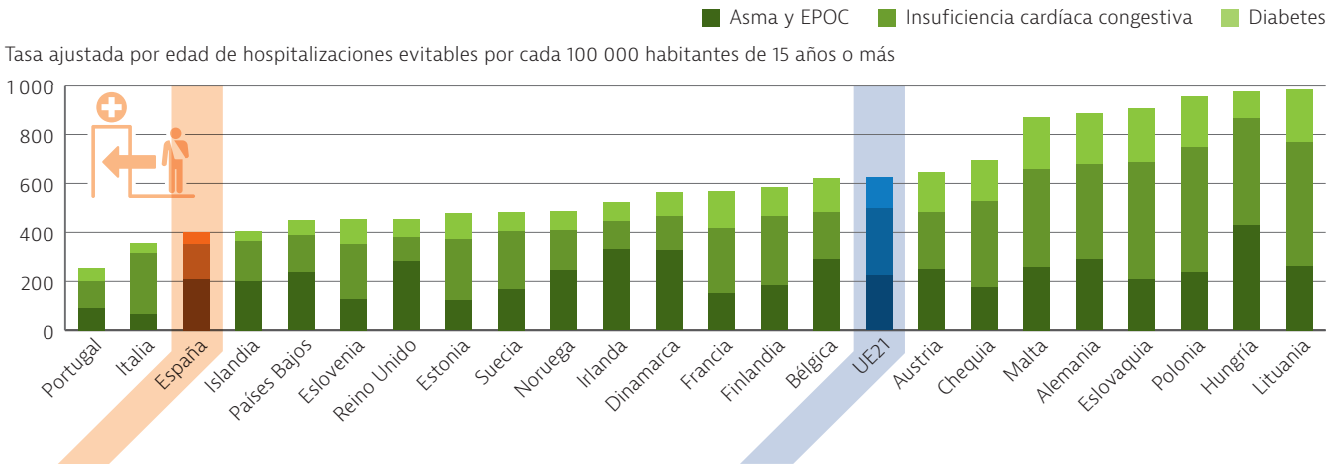
La estrategia pretende aprovechar todo contacto con el sistema sanitario para captar a las personas no vacunadas menores de 18 años (por ejemplo, a las jóvenes para la vacuna contra el virus del papiloma humano, y a chicos y chicas para la hepatitis B y la enfermedad meningocócica C) y para administrar las vacunas contra el tétanos, la difteria y el sarampión, la rubeola y las paperas entre los adultos. El nuevo calendario incluye también recomendaciones para la vacunación de personas en situación de mayor riesgo debido a enfermedades crónicas.

La hospitalización evitable para algunas enfermedades crónicas se encuentra por debajo de la media de la UE

En el caso de algunas enfermedades transmisibles o crónicas, las hospitalizaciones pueden evitarse mediante la prevención y la atención ambulatoria bien organizadas.

Las tasas de hospitalización por diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva en España están entre las más bajas de la UE, pero se mantienen cercanas a la media de la UE en el caso del asma o la EPOC, lo que sugiere que existe margen de mejora en la gestión de dichas enfermedades crónicas (gráfico 11)[4].

Gráfico 11. La hospitalización evitable se encuentra en España por debajo de la media de la UE



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2019 (datos correspondientes a 2017 o al año más próximo).

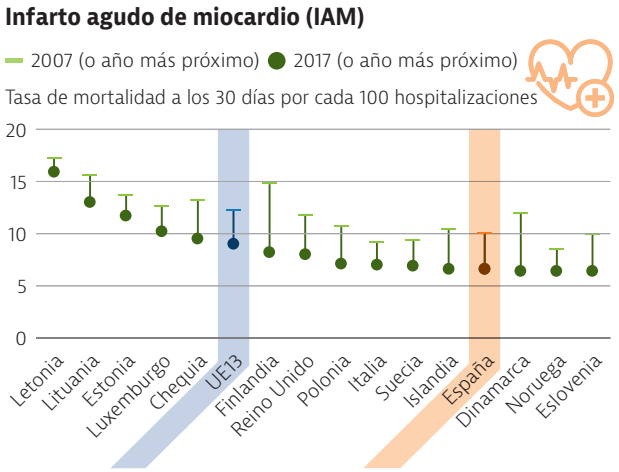
En general, los hospitales proporcionan tratamiento de alta calidad a las personas que requieren tratamiento de agudos

La calidad del tratamiento de agudos en el caso de enfermedades potencialmente mortales tales como el infarto agudo de miocardio (IAM) ha mejorado de forma general en España en la última década y cada vez mueren menos personas tras haber sido hospitalizadas por IAM (gráfico 12). Estas mejoras reflejan una serie de cambios, entre los que se encuentran una mejor organización y coordinación de la atención de urgencias que permite acceder con más rapidez a la trombólisis y la ampliación de las intervenciones coronarias percutáneas primarias.

No obstante, las tasas de mortalidad de personas hospitalizadas por IAM varían considerablemente entre regiones y hospitales. En 2016, las tasas de algunas comunidades autónomas eran el doble de elevadas que en otras (Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, INCLASNS, 2019), lo que pone de manifiesto las diferencias en la capacidad para prestar atención de urgencia de vanguardia y realizar intervenciones coronarias percutáneas primarias.

4: Los datos sobre hospitalizaciones evitables son distintos y en general más bajos que los señalados en el informe Health at a Glance: Europe 2018 porque excluyen las hospitalizaciones de menores de 15 años y las tasas se han ajustado por edades, con el fin de tener en cuenta las diferencias en las estructuras demográficas de los distintos países.

Gráfico 12. La mortalidad en los 30 días posteriores a la hospitalización por infarto agudo al miocardio ha disminuido



Nota: Las cifras se basan en datos de pacientes y se han ajustado por edad y sexo para la población de la OCDE de 45 años o más hospitalizada por IAM en 2010.
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2019.

Las tasas de supervivencia están por encima de la media de la UE para la mayor parte de cánceres

España logra resultados ligeramente mejores que la media de la UE en lo referente a supervivencia tras el diagnóstico de distintos cánceres (como el cáncer de mama, el cáncer de colon y el cáncer de próstata), con la excepción del cáncer de pulmón, que se encuentra ligeramente por debajo de la media (gráfico 13). Los programas de detección de cáncer de mama y colorrectal se han ampliado, posibilitando el diagnóstico precoz, aunque se puede seguir avanzando para abarcar más plenamente a los respectivos grupos destinatarios de población. La calidad de la atención del cáncer ha mejorado mediante la introducción de equipos multidisciplinares y redes contra el cáncer, un uso más extendido de directrices clínicas y un acceso más rápido a medicamentos innovadores.

Gráfico 13. Las tasas de supervivencia a los cinco años son superiores a la media de la UE para muchos tipos de cáncer

Cáncer de próstata
España: 90 %
UE26: 87 %

Cáncer de mama
España: 85 %
UE26: 83 %

Cáncer de colon
España: 63 %
UE26: 60 %

Cáncer de pulmón
España: 14 %
UE26: 15 %

Nota: Los datos se refieren a personas diagnosticadas entre 2010 y 2014.
Fuente: CONCORD programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

5.2. Accesibilidad

Las necesidades insatisfechas de servicios médicos son bajas, pero aumentan en lo referente a la atención dental

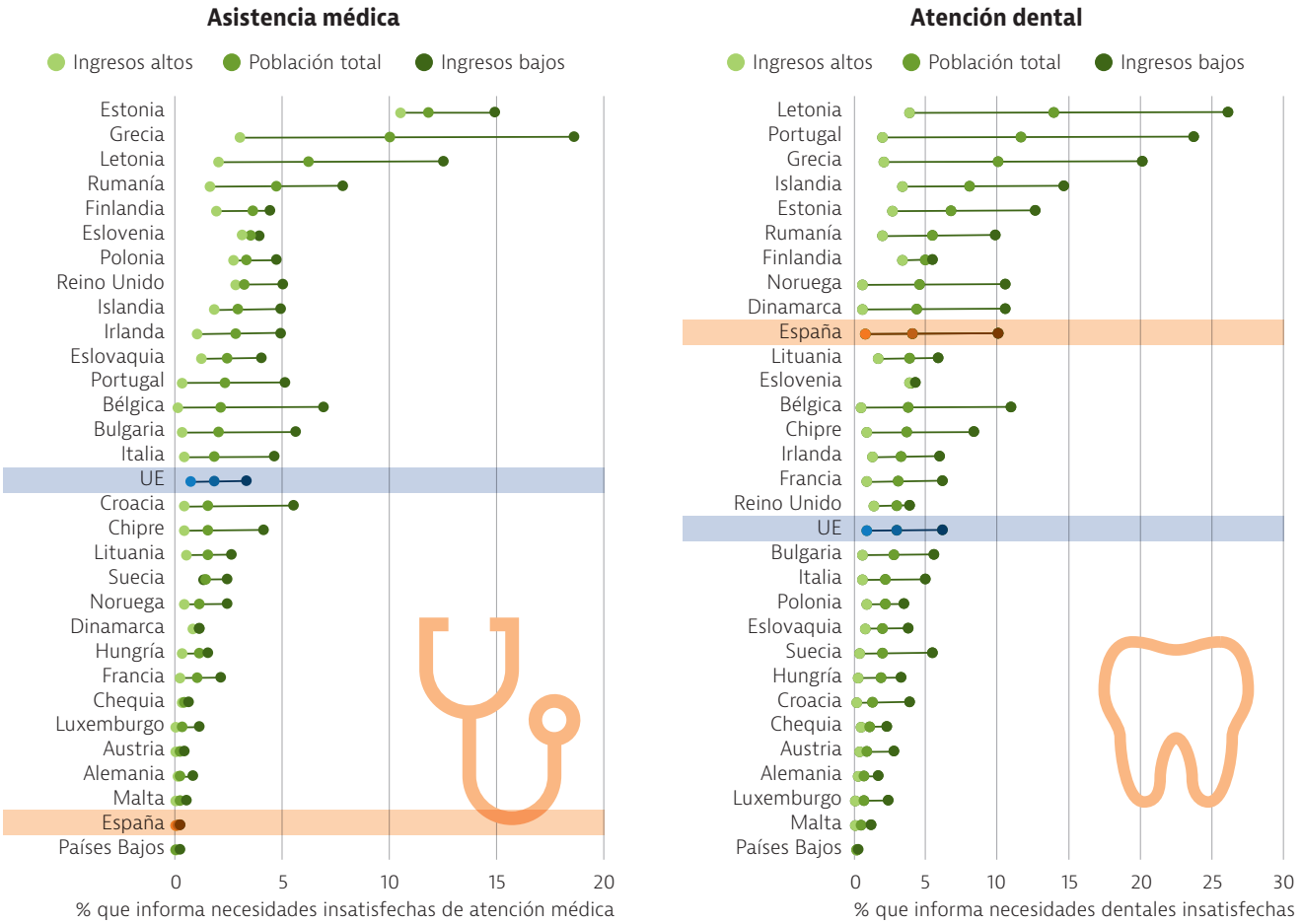
Tal y como se ha indicado en la sección 4, prácticamente todos los españoles están cubiertos por el SNS, que cubre la mayor parte de los gastos correspondientes a los servicios sanitarios prestados en hospitales y entornos ambulatorios. Según la encuesta EU-SILC, las necesidades insatisfechas de atención médica relativas al gasto, la distancia o los tiempos de espera son muy bajas en España, y únicamente un 0,1 % de la población refería dichas necesidades en 2017. Asimismo, se registran diferencias muy menores entre personas en los quintiles más altos y más bajos de ingresos (gráfico 14).

No obstante, las necesidades insatisfechas en materia de atención dental son mayores, ya que la gran mayoría de los servicios de atención dental no están cubiertos por el seguro de enfermedad obligatorio. En 2017, el 4 % de la población aseguraba prescindir de la atención dental por motivos relacionados con el coste, la distancia o los tiempos de espera, una proporción ligeramente superior a la media de la UE (3 %). La tasa de necesidades insatisfechas en materia de atención dental es mucho más elevada entre las personas del quintil más bajo de ingresos (10 %) que entre las del quintil más alto (menos del 1 %)[5].

Algunos grupos concretos de población (como los solicitantes de asilo, los migrantes irregulares y las personas sin hogar) pueden enfrentarse a mayores obstáculos a la hora de acceder a la atención sanitaria y dental por motivos de carácter administrativo y de otros tipos.

5: En 2014, los resultados de la encuesta EHIS muestran mayores niveles de carencias de asistencia médica y dental, ya que excluyen a todos los entrevistados que no tenían necesidad alguna de atención médica o dental. Los resultados indican que algo más del 3 % de la población española aseguraba tener necesidades insatisfechas de atención médica por motivos económicos, con una tasa mucho más elevada entre las personas de ingresos bajos (7 %) que entre las de ingresos altos (únicamente el 1 %). En el caso de la asistencia dental, el 17 % de la población aseguraba tener necesidades insatisfechas en 2014, con una proporción también mucho mayor entre las personas de ingresos bajos (37 %).

Gráfico 14. Los españoles refieren un bajo nivel de necesidades insatisfechas de asistencia médica, pero es más elevado en el caso de la atención dental

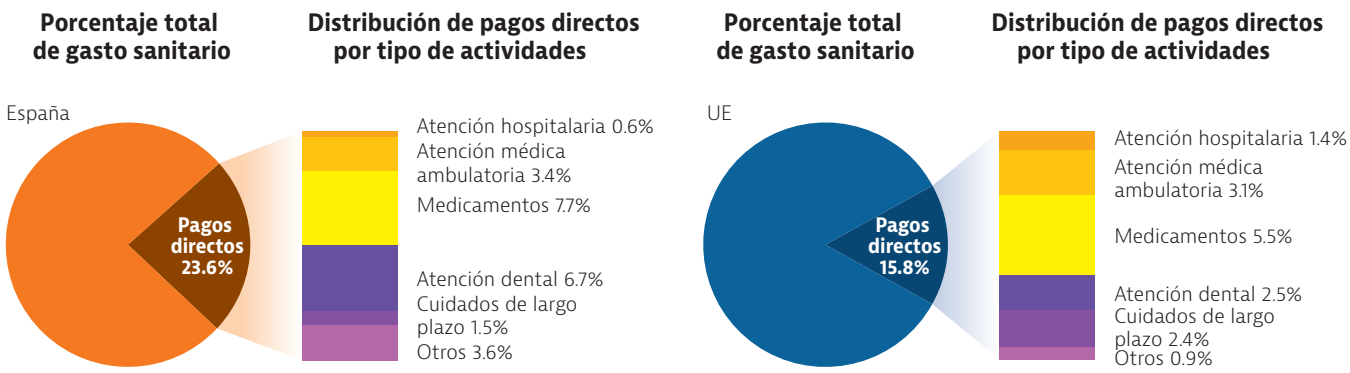


Nota: Los datos corresponden a las necesidades insatisfechas de reconocimientos o tratamientos médicos y dentales debidas a los costes, la distancia o los tiempos de espera. Se requiere cautela al comparar los datos entre países, ya que existen ciertas variaciones en el instrumento de encuesta utilizado.
Fuente: Base de datos de Eurostat, basados en EU-SILC (datos correspondientes a 2017).

Los pagos directos son elevados debido al gasto en medicamentos y asistencia dental

A raíz de la crisis económica, la proporción de los pagos directos en el gasto sanitario aumentó del 20 % en 2009 al 25 % por ciento en 2014, ya que se incrementó la participación de los beneficiarios en el coste de los medicamentos y otros servicios. Dicha participación disminuyó ligeramente hasta el 24 % en 2017 pero sigue siendo bastante superior a la media del 16 % de la UE. Los pagos directos se concentran especialmente en los medicamentos, ya que están menos cubiertos, y en la atención dental que no está cubierta (gráfico 15).

Gráfico 15. Los pagos directos superan la media de la UE



Fuentes: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2019 (datos correspondientes a 2017).

La planificación del personal médico se ha visto obstaculizada por una falta de visión clara y de coordinación

Más allá de los obstáculos financieros, el acceso a la atención puede verse también restringido por la escasa disponibilidad de profesionales sanitarios. La inquietud sobre la escasez de médicos en un futuro próximo ha aumentado, ya que más de un tercio de los médicos de España tenían más de 55 años en 2017 y, por tanto, cabe esperar que se jubilen en los próximos años. Esta inquietud no es nueva y provocó un aumento considerable del número de alumnos admitidos en las facultades de Medicina entre 2006 y 2010. No obstante, tras la crisis económica, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social pidió en 2012 que se redujera el número de alumnos admitidos en las facultades de Medicina tras los resultados de un ejercicio de planificación del personal médico que preveía algunos excedentes de facultativos. Dicha proyección reflejaba la realidad de aquel momento en que cada vez más médicos recién licenciados estaban desempleados o emigraban a otros países. No obstante, en los últimos años, la preocupación ha vuelto a dirigirse hacia la escasez de médicos.

Un antiguo problema de las políticas de educación y capacitación médica en España es que el número de médicos graduados o licenciados supera en mucho el número de plazas disponibles de postgrado de especialización que permiten a los recién graduados completar su formación. Este tema pone de manifiesto la necesidad de mejorar la planificación y los criterios de las autoridades educativas en relación a la apertura de facultades de Medicina, así como la necesidad de que las comunidades autónomas mejoren la planificación y financiación de plazas de formación de postgrado.

Como paso para reducir la brecha entre el número de nuevos graduados en Medicina y el número de plazas para la especialización, el número de estas plazas aumentará en alrededor del 12 % en 2020 (casi 1 000 plazas más en cifras absolutas) con especial atención al aumento del número de plazas en Medicina Familiar y Comunitaria, en respuesta a la preocupación por la escasez de médicos de atención primaria.

El ámbito de la práctica de enfermería se ha ampliado recientemente

La nueva legislación adoptada en 2018 ampliaba el papel de los enfermeros con la cualificación necesaria para permitirles prescribir medicamentos y vacunas incluidas en el calendario oficial de vacunación, con vistas a mejorar el acceso de la población a la atención y ampliar las perspectivas profesionales de los enfermeros. La nueva ley clarificaba también los requisitos de acreditación para que los enfermeros pudieran realizar estas tareas más avanzadas.

Muchas regiones han avanzado en el uso de la telemedicina

Como respuesta a los obstáculos geográficos para el acceso a algunos servicios especializados y a fin de mejorar la continuidad de la atención, algunas comunidades autónomas han fomentado un mayor uso de la telemedicina, en particular para pacientes con enfermedades crónicas. Por ejemplo, en Galicia se ha desarrollado un servicio de telemedicina para ayudar a los pacientes con EPOC a gestionar su enfermedad, al tiempo que se mejora la prestación de los servicios habituales de atención primaria. En el País Vasco se ha desarrollado un servicio de telemedicina para pacientes con insuficiencia cardíaca destinado a apoyar la autogestión y controlar las mediciones fisiológicas que los especialistas revisan de forma remota (United4Health, 2016).

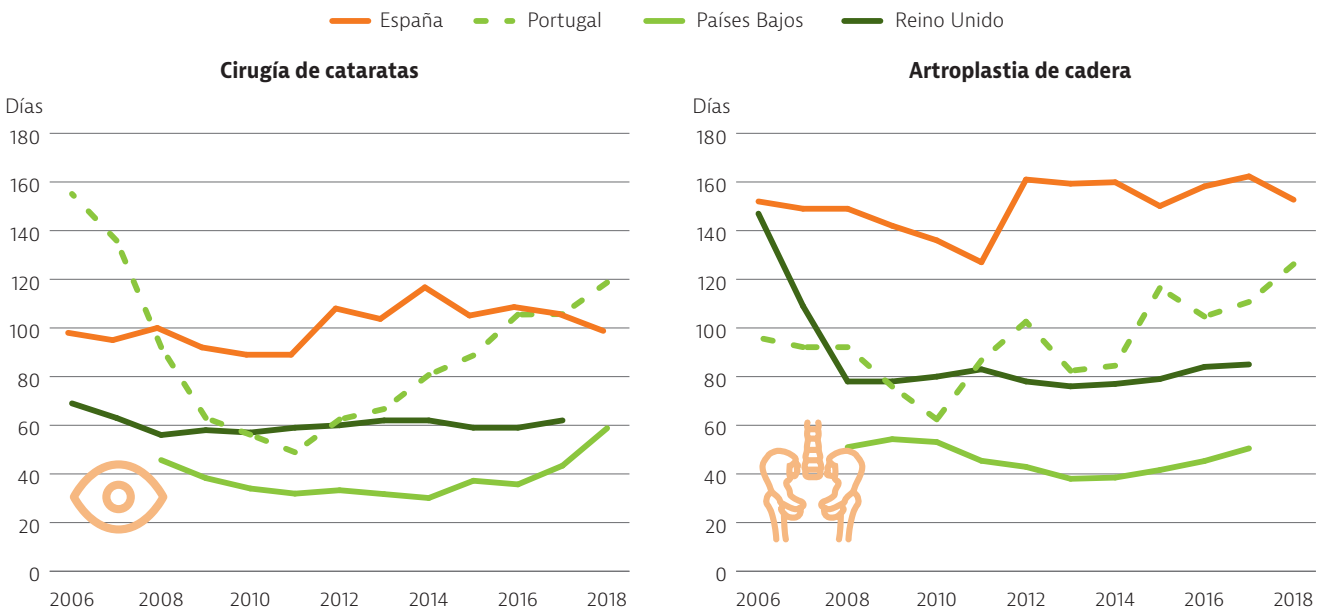
Los tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas siguen siendo un problema

Los largos tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas son un antiguo problema del SNS. Tras algunas reducciones antes de la crisis económica, los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas como la eliminación de cataratas y la artroplastia de cadera aumentaron de nuevo a partir de 2011, a consecuencia de las restricciones presupuestarias (gráfico 16). Como media, los tiempos de espera en todo el país para la cirugía de cataratas aumentaron de unos 90 días en 2010 a 100 días en 2018. De modo similar, los tiempos de espera para artroplastia de cadera aumentaron como media de unos 135 días en 2010 a 150 en 2018.

Hay variaciones regionales considerables en los tiempos de espera. Por ejemplo, en 2018, la mitad de los pacientes de Castilla-La Mancha y de las Islas Canarias esperaron más de 150 días para una artroplastia de cadera, mientras que en otras comunidades como Madrid, La Rioja y Navarra la mediana del tiempo de espera fue únicamente de alrededor de 50 días (gráfico 17).

Las políticas aplicadas en distintas regiones para reducir los tiempos de espera se han centrado principalmente en aumentar el volumen de intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, ampliando las horas de trabajo de los cirujanos sobre la base del pago por acto médico e incrementando la financiación para la compra de más equipos. Asimismo, algunos tiempos máximos de espera se han establecido por ley: una vez superado el tiempo máximo de espera, se ofrece al paciente un proveedor de servicios alternativo, ya sea público o privado. No obstante, estas medidas no han sido suficientes para dar respuesta a un crecimiento aún más rápido de la demanda de este tipo de cirugía en muchas regiones.

Gráfico 16. Los tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas comenzaron a aumentar en España después de 2011



Nota: Los datos se refieren a la mediana de los tiempos de espera, excepto en los Países Bajos y en España, donde se refieren a tiempos de espera medios, ya que no hay series de tiempo lo suficientemente prolongadas para obtener la mediana (la media es más alta que la mediana porque da más peso a las personas que esperan durante un periodo muy prolongado).
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2019.

Gráfico 17. Los tiempos de espera para la artroplastia de cadera son tres veces más elevados en algunas regiones

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2019 (datos correspondientes a 2018), https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Datos_por_comunidades_autonomas_jun2018.pdf

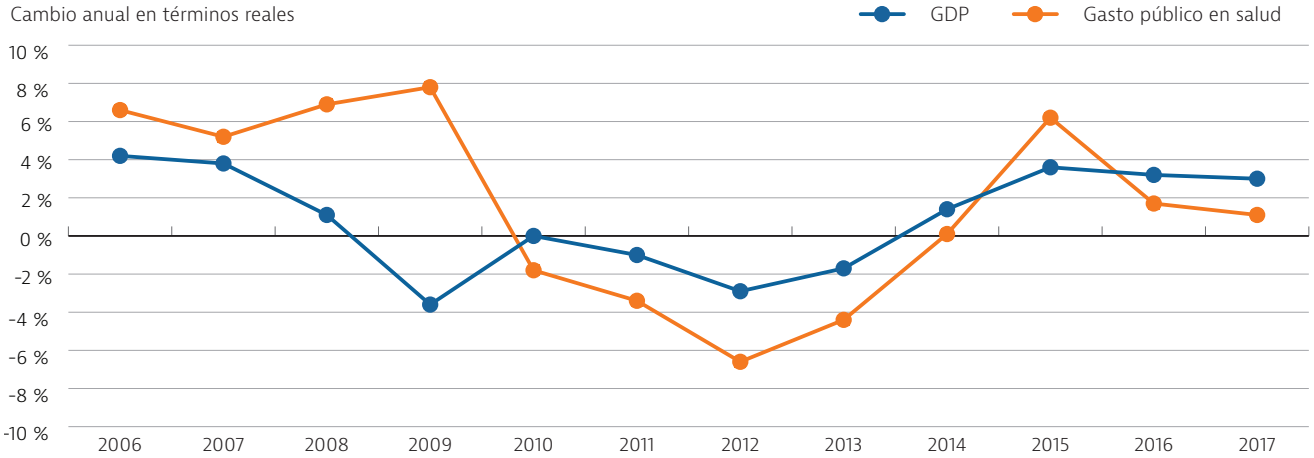
5.3. Resiliencia[6]

El gasto sanitario ha aumentado en línea con el PIB desde 2010

Tras la crisis económica de 2009 y la prolongada recesión posterior, el gasto sanitario disminuyó durante varios años antes de volver a crecer en los últimos años (gráfico 18).

Mirando hacia el futuro, se prevé que el envejecimiento de la población y un crecimiento económico moderado añadan presión al gasto público en salud y cuidados de largo plazo en los próximos años y décadas. Está previsto que el gasto público en salud pueda aumentar en 0,5 puntos porcentuales del PIB entre 2016 y 2070, mientras que se prevé que el gasto público en cuidados de largo plazo crezca 1,3 puntos porcentuales, lo cual puede poner en peligro la sostenibilidad presupuestaria a medio y largo plazo [Comisión Europea - Comité de Política Económica (CPE), 2018].

Gráfico 18. El gasto público en salud está volviendo a aumentar tras varios años de reducciones



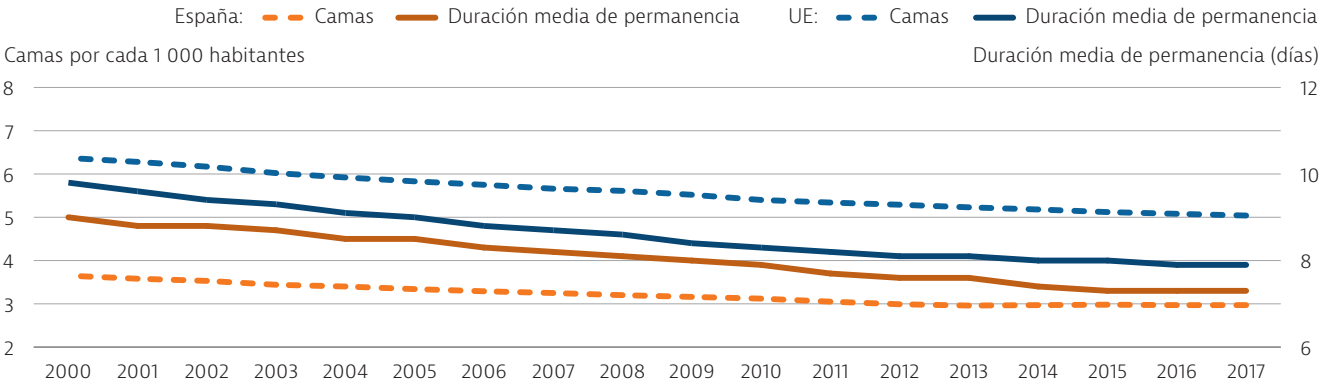
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2019; base de datos de Eurostat.

Los hospitales son ahora más eficientes

Tal y como se menciona en la sección 4, el número de camas de hospital ha descendido desde 2000 y en 2017 se encontraba bastante por debajo de la media de la UE. Esta reducción en el número de camas ha venido acompañada de una disminución constante en la duración media de permanencia en el hospital (gráfico 19). Dichas tendencias reflejan un cambio significativo de actividades con pacientes ingresados en hospitales a actividades ambulatorias, en los hospitales o fuera de ellos.

Las tasas de cirugía ambulatoria en España han aumentado respecto a muchas intervenciones, como la cirugía de cataratas, la amigdalectomía (extirpación de las amígdalas, operación realizada principalmente en niños) y la reparación de hernia inguinal (gráfico 20). No obstante, todavía se encuentran abundantes posibilidades para promover el uso de cirugía ambulatoria con otras muchas intervenciones, cuando estas sean necesarias.

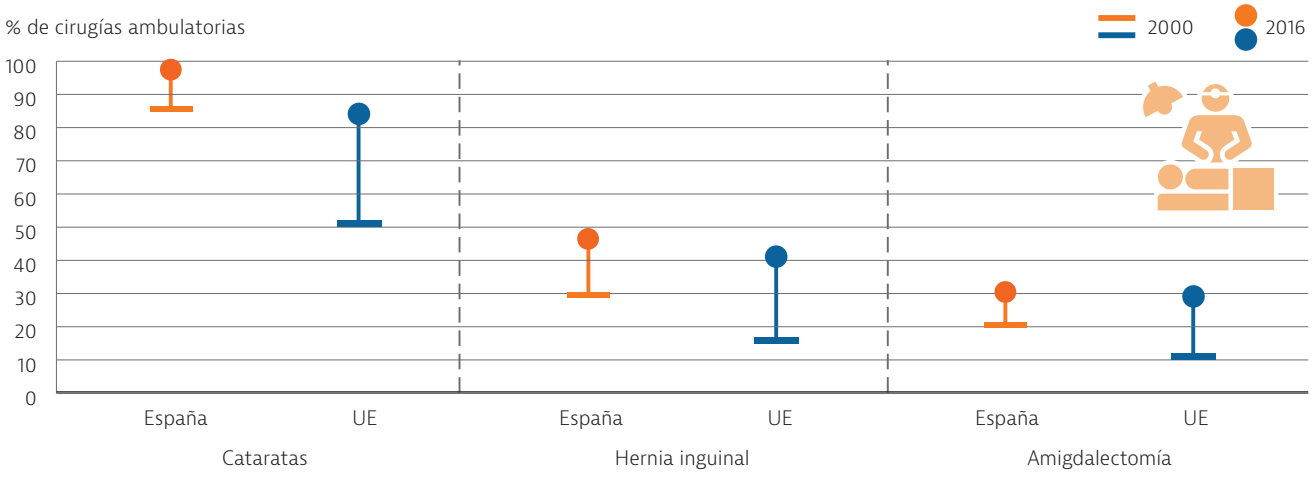
Gráfico 19. El número de camas hospitalarias y la duración media de permanencia han disminuido durante la pasada década



Fuente: Base de datos de Eurostat.

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

Gráfico 20. El uso de la cirugía ambulatoria ha aumentado en España, pero hay margen para un mayor crecimiento



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2018; base de datos de Eurostat (datos correspondientes a los años 2000 y 2016 o a los años más próximos).

Se ha trabajado para reducir la asistencia de escaso valor

En el contexto de las limitaciones presupuestarias que siguieron a la crisis económica se pusieron en marcha una serie de iniciativas destinadas a abordar las elevadas tasas de asistencia de escaso valor proporcionada en hospitales y otras partes del sistema sanitario y a promocionar una mejor asignación de los recursos hacia una asistencia de más valor[7].

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con la asistencia técnica de GuíaSalud (programa nacional para el desarrollo y aplicación de directrices clínicas), invitó a más de cuarenta sociedades médico-científicas a que ofrecieran cinco recomendaciones en consonancia con la iniciativa «Choosing Wisely» puesta en marcha inicialmente por la American Board of Internal Medicine [Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), 2017]. Esta iniciativa propició la identificación de una serie de servicios innecesarios o perjudiciales y la aplicación de medidas locales para reducirlos en cada comunidad autónoma (Bernal-Delgado et al., 2018).

La labor de supervisión y reducción de la asistencia de escaso valor se vio respaldada por la elaboración de un atlas de variaciones en los procedimientos médicos con escasos niveles de eficacia, lo que sensibilizó sobre las variaciones injustificadas en las distintas regiones y hospitales (García-Armesto et al., 2016). Entre ellas, por ejemplo, variaciones significativas en las tasas de amigdalectomía en niños, prostatectomía en afecciones benignas en hombres e histerectomía en afecciones benignas en mujeres (Bernal-Delgado et al., 2018).

Asimismo, en los últimos años se han introducido y ampliado procesos de evaluación de las tecnologías sanitarias para mejorar la toma de decisiones con respecto a la cobertura de los servicios sanitarios (véase el recuadro 4).

Continúa la labor de promoción de un uso más adecuado de los antibióticos

Además de los esfuerzos por promocionar un uso más adecuado de los tratamientos, desde comienzos de la década de 2000 España ha desarrollado y aplicado un amplio plan nacional y multisectorial para abordar la resistencia a los antimicrobianos. El plan incluye la promoción de un uso más apropiado de los antibióticos, por ejemplo, mediante un programa nacional de gestión que remite sistemáticamente datos sobre el uso de antibióticos a quienes los recetan.

Se calcula que alrededor de 1 800 personas mueren anualmente en España por infecciones causadas por ocho bacterias resistentes a los antimicrobianos, y esta cifra podría ascender a 77 700 personas antes de 2050 si no se hace nada para combatir la resistencia a los antimicrobianos o para desarrollar nuevos antibióticos (OCDE, 2018).

En marzo de 2019, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó un plan nacional actualizado «Una sola salud» para 2019-2022 destinado a reducir el consumo de antibióticos en seres humanos y animales. El plan incluye un programa para optimizar el uso de los antibióticos por parte de los profesionales sanitarios; una red nacional de laboratorios que respalden el sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria; pruebas de diagnóstico rápidas; prescripción diferida de antibióticos; y campañas públicas nacionales de sensibilización.

7: La asistencia de escaso valor se define como los procedimientos y actividades que se realizan sin que existan pruebas de los beneficios para los pacientes (eficacia).

Recuadro 4. La evaluación de tecnologías sanitarias tiene una función más decisiva en la toma de decisiones

La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS desempeña un papel cada vez más importante en la evaluación de nuevas tecnologías para respaldar decisiones en lo relativo a la actualización del paquete de prestaciones del SNS, entre ellas la inclusión, exclusión o uso adecuado de tecnologías sanitarias. La normativa requiere explícitamente la evaluación de la Red Española como paso preliminar (Comisión Europea, 2019b).

La Red está compuesta por ocho organismos públicos de tecnología sanitaria: siete regionales y uno nacional. En el ámbito farmacéutico, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y el Ministerio de Sanidad introdujeron los informes de posicionamiento terapéutico, que evalúan la eficacia y seguridad comparativas e introducen criterios de uso y supervisión de nuevos medicamentos y de medicamentos ya existentes cuyo reembolso se solicita. El objetivo es acelerar los procesos de fijación de precios y reembolso y generar un único informe nacional de eficacia relativa, evitando más evaluaciones regionales y contribuyendo de este modo a reducir los prolongados tiempos en el acceso al mercado que se han experimentado en los últimos años. Este sistema es bastante similar al sistema previsto por la Comisión Europea.

Desde 2013, la Red ha elaborado 278 informes de evaluación, 24 directrices clínicas y 22 informes de orientación metodológica (REDETS, 2019). Recientemente, la Red ha estado examinando nuevas maneras de incrementar la participación de los pacientes en la elaboración de evaluaciones y directrices.

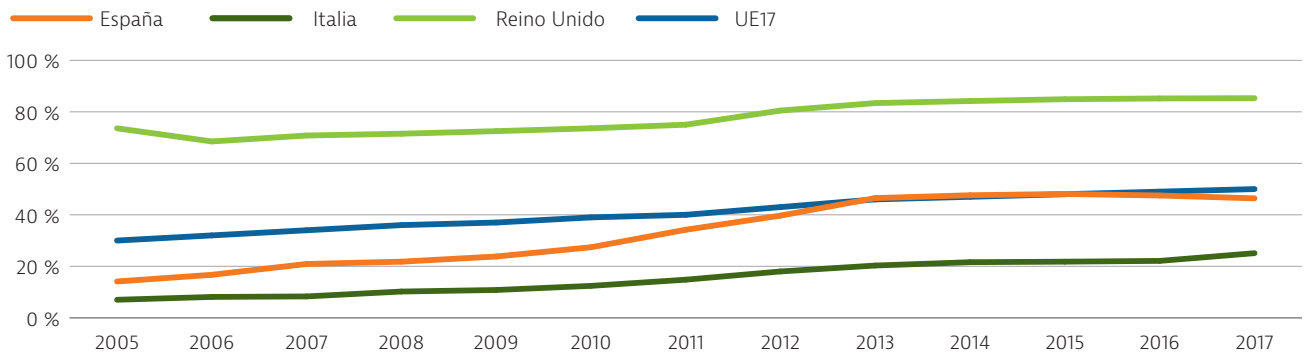
El uso de medicamentos genéricos aumentó tras la crisis económica pero ahora se ha estabilizado

España ha fomentado el uso de medicamentos genéricos para moderar el incremento del gasto farmacéutico. Entre 2009 y 2014, el porcentaje en volumen de medicamentos genéricos en el mercado farmacéutico se duplicó pasando del 24 % al 48 % y ha permanecido relativamente estable desde entonces, en un nivel cercano a la media de la UE (50 %) pero muy por debajo del nivel de países como el Reino Unido (gráfico 21).

Con las nuevas normativas farmacéuticas de 2011 y 2014, se han reforzado políticas como las relativas a los precios de referencia, la prescripción por principio activo y la dispensación de medicamentos genéricos. En la práctica, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social establece el precio máximo al que el sector público puede financiar un medicamento, los médicos deben prescribir utilizando el principio activo y los farmacéuticos deben dispensar el medicamento más barato dentro del grupo, normalmente un genérico.

El sistema sanitario español también ha incluido progresivamente la cobertura de biosimilares. A finales del 2016, noventa y tres medicamentos biosimilares correspondientes a ocho principios activos estaban cubiertos por el SNS. No obstante, únicamente tres de esos biosimilares pueden dispensarse en oficinas de farmacia, de ahí que su uso se limita por el momento principalmente a los hospitales. Cada año se incluyen más biosimilares a medida que vencen las patentes de los medicamentos biológicos originales (MSCBS, 2019).

Gráfico 21. El porcentaje de genéricos se ha estabilizado en los últimos años



Nota: Datos relativos al porcentaje de genéricos en volumen.
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2019.

6 Conclusiones principales

- La esperanza de vida en España es la más elevada de la UE, aunque muchos de los años vividos a partir de los 65 conllevan algunas enfermedades crónicas y discapacidades, lo que añade presión al sistema sanitario y al sistema de cuidados de largo plazo.

- La mortalidad por causas evitables y tratables es más baja en España que en la mayor parte de los países de la UE, lo que refleja la existencia de políticas sanitarias sólidas y la eficacia del sistema sanitario en el tratamiento de personas con enfermedades potencialmente mortales. Podría avanzarse más en la disminución de la mortalidad por causas importantes de muerte, como el cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal, mediante la reducción de factores de riesgo como el tabaquismo y el aumento de las tasas de detección.

- Los índices de obesidad han aumentado en España, lo que puede entorpecer los avances en la reducción de la mortalidad cardiovascular y otras causas de muerte relacionadas con ella. Uno de cada seis adultos sufría obesidad en 2017, lo que constituye un incremento con respecto a la cifra de uno de cada ocho en 2001. En 2005, el gobierno puso en marcha una estrategia para mejorar la nutrición, promover la actividad física y prevenir la obesidad, seguida de nuevas medidas en 2011, pero los efectos hasta ahora parecen modestos.

- Tras la crisis económica, el gasto sanitario descendió durante varios años, pero volvió a aumentar a partir de 2015. En 2017, España destinó al gasto sanitario el 8,9 % de su PIB, porcentaje menor que la media de la UE del 9,8 %. Se espera que en las próximas décadas aumente la presión presupuestaria derivada del aumento en las necesidades de atención sanitaria y cuidados de largo plazo debido al envejecimiento de la población.

- Aunque la hospitalización potencialmente evitable en el caso de algunas enfermedades crónicas como la diabetes es comparativamente baja en España, en el caso de otras enfermedades se acerca a la media de la UE. Se han puesto en marcha iniciativas regionales para promocionar una atención más integral del número cada vez mayor de personas que padecen enfermedades crónicas. Asimismo, se han implantado servicios de telemedicina en distintas regiones con el fin de superar las barreras geográficas y promover la continuidad de la atención. Un reto para el futuro será ampliar aquellas iniciativas que están demostrando su eficacia.

- El número de médicos, enfermeros y otras personas empleadas en el sistema nacional de salud ha aumentado en los últimos años, pero una parte importante de ellos tienen contratos temporales, lo que aumenta la tasa de rotación del personal. Hay una inquietud creciente sobre la escasez de enfermeros y médicos, en particular de médicos de familia, ya que muchos se aproximan a la edad de jubilación. La elaboración de políticas de educación y capacitación médica más coherentes se ha visto obstaculizada por la falta de una visión clara y compartida entre las autoridades educativas y sanitarias sobre las necesidades a medio y largo plazo.

- El papel de los enfermeros en la prestación de algunos servicios se amplió en 2018 para aumentar el acceso a la atención y mejorar sus perspectivas profesionales, así como las tasas de retención. Ahora los enfermeros pueden prescribir algunos medicamentos y algunas vacunas incluidas en el calendario oficial de vacunación.

- La atención primaria sigue siendo un elemento central del sistema sanitario español en el que médicos y enfermeros proporcionan asistencia a toda la población, así como servicios de prevención y promoción de la salud a niños, mujeres y personas mayores. No obstante, las crecientes exigencias para el sistema de atención primaria derivadas del envejecimiento de la población pueden hacer necesario un uso mayor y más adecuado de los recursos. En abril de 2019 se adoptó un nuevo Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria que incluye un conjunto de ambiciosos objetivos, pero aún no se ha asignado el presupuesto para respaldar su aplicación.

Fuentes principales

Bernal-Delgado E et al. (2018), Spain: health system review. *Health Systems in Transition,* 20(2):1-179.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle,* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Referencias

AECOSAN (2019), *Strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity (NAOS),* Agency for Consumer Affairs, Food Safety and Nutrition.

European Commission-EPC (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070),* Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

European Commission (2016), *Mapping of the use of European Structural and Investment Funds in health in the 2007-2013 and 2014-2020 programming periods.* Brussels.

European Commission (2019a), *Country Report Spain 2019,* February 2019. Brussels.

European Commission (2019b), *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability.* Institutional Paper 105. June 2019. Brussels.

García-Armesto S et al. (2016), *Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor en el Sistema Nacional de Salud.*

INCLASNS (2019), *Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud*, Ministry of Health, Consumption and Social Welfare.

MSCBS (2019), *Prestación Farmacéutica - informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Informes, estudios e investigación 2018*, Ministry of Health, Consumption and Social Welfare.

MSSSI (2017), *Compromiso de las Sociedad Científicas por la Calidad del Sistema Nacional de Salud*, Ministry of Health, Consumption and Social Welfare.

OECD (2018), *Stemming the superbug tide: just a few dollars more*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264307599-en.

REDETS (2019), *Red Espanola de Agencias de Evaluacion de Tecnologias Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, https://redets.mscbs.gob.es/conocenos/quienesSomos/home.htm.

Sanidad CCOO (2017), *Evolución del empleo en el sector sanitario. Federación de Sanidad y Sectores Sanitarios*, http://sanidad.ccoo.es/2fbc9400bb90dd144aed29ea4fcc024c000058.pdf.

United4Health (2016), *Telehealth in practice – care delivery models from 14 regions in Europe*, Glasgow.

WHO Regional Office for Europe (2018), *Medicines reimbursement policies in Europe,* Copenhagen.

Abreviación de países

Alemania	DE	Croacia	HR	Finlandia	FI	Italia	IT	Países Bajos	NL
Austria	AT	Dinamarca	DK	Francia	FR	Letonia	LV	Polonia	PL
Bélgica	BE	Eslovaquia	SK	Grecia	EL	Lituania	LT	Portugal	PT
Bulgaria	BG	Eslovenia	SI	Hungría	HU	Luxemburgo	LU	Reino Unido	UK
Chequia	CZ	España	ES	Irlanda	IE	Malta	MT	Rumanía	RO
Chipre	CY	Estonia	EE	Islandia	IS	Noruega	NO	Suecia	SE

European Commission

State of Health in the EU
Perfil sanitario nacional 2019

Los perfiles nacionales son un paso importante en el ciclo en curso del intercambio de conocimientos del State of Health in the EU, producido con la ayuda financiera de la Unión Europea. Los perfiles representan el trabajo conjunto de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el European Observatory on Health Systems and Policies, en cooperación con la Comisión Europea.

Estos breves perfiles pertinentes para las políticas se basan en una metodología transparente y coherente que utiliza datos tanto cuantitativos como cualitativos adaptados de forma flexible al contexto de cada país de la UE o del EEE. El objetivo es crear un medio de aprendizaje mutuo e intercambio voluntario que puedan utilizar tanto los responsables políticos como las personas que influyen en las políticas.

Cada perfil nacional 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.

La Comisión completa las conclusiones principales de estos perfiles nacionales con un informe de acompañamiento.

Para más información, véase el siguiente enlace: ec.europa.eu/health/state

La presente publicación debe citarse como: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *España: Perfil sanitario nacional 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264556775 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OCDE
MEJORES POLÍTICAS PARA UNA VIDA MEJOR

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