European Commission



State of Health in the EU

España

Perfil sanitario nacional 2023

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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

Serie de *perfiles sanitarios nacionales*

Los perfiles sanitarios nacionales del *State of Health in the EU* proporcionan una visión concisa y políticamente relevante de la salud y los sistemas sanitarios de la Unión Europea (UE) y del Espacio Económico Europeo. En ellos, se subrayan las características y los desafíos específicos de cada país en un contexto comparativo 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. Por primera vez desde que comenzó la serie, la edición de 2023 de los perfiles sanitarios nacionales introduce una sección especial dedicada a la salud mental.

Los perfiles representan el trabajo conjunto de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (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 en evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios.

Contenido

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 11
   5.1 Eficacia 11
   5.2 Accesibilidad 14
   5.3 Resiliencia 16
6. EN EL PUNTO DE MIRA: LA SALUD MENTAL 20
7. PRINCIPALES RESULTADOS 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 Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (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 veintisiete Estados miembros a menos que se especifique lo contrario. Estos promedios de la UE no incluyen Islandia y Noruega.

El presente perfil se completó en septiembre de 2023 y está basado en los datos a los que se podía acceder en la primera mitad de septiembre de 2023.

Contexto demográfico y socioeconómico de España, 2022

Factores demográficos	España	UE
Tamaño de la población	47 432 893	446 735 291
Porcentaje de población mayor de 65 años (%)	20,1	21,1
Tasa de fertilidad[1] (2021)	1,2	1,5
Factores socioeconómicos		
PIB per cápita (PPA[2] en EUR)	29 808	35 219
Tasa de pobreza relativa[3] (%)	20,4	16,5
Tasa de desempleo (%)	12,9	6,2

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.

Descargo de responsabilidad: Esta obra se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos empleados en esta obra no reflejan necesariamente los puntos de vista oficiales de los países miembros de la OCDE. Los puntos de vista y opiniones expresados en las publicaciones del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias no representan necesariamente la política oficial de las Organizaciones Participantes.

Este trabajo se ha realizado con la ayuda financiera de la Unión Europea. Las opiniones aquí expresadas no reflejan en modo alguno la opinión oficial de la Unión Europea.

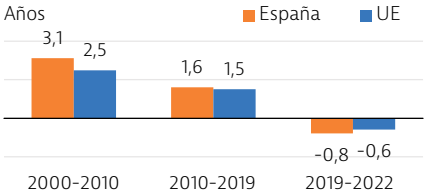
Los nombres y la representación de los países y territorios utilizados en esta publicación conjunta siguen la práctica de la OMS.

Renuncias territoriales aplicables a la OCDE: Este documento, así como cualquier dato y mapa incluidos en él, se entienden sin perjuicio del estatus o soberanía sobre cualquier territorio, de la delimitación de fronteras y límites internacionales y del nombre de cualquier territorio, ciudad o zona. Encontrará renuncias específicas adicionales aquí.

Renuncias territoriales aplicables a la OMS: Las denominaciones empleadas en este documento y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas y discontinuas de los mapas representan líneas fronterizas aproximadas respecto de las cuales puede que aún no haya pleno acuerdo.

© OCDE y Organización Mundial de la Salud (en calidad de organización anfitriona y secretaría del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias) 2023.

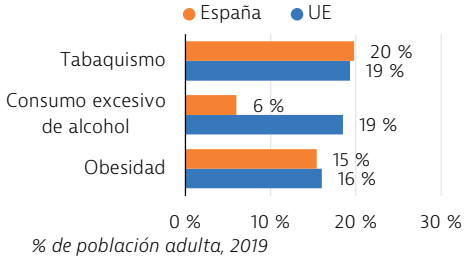
1 Hitos destacados



Variación en la esperanza de vida al nacer

Estado de salud

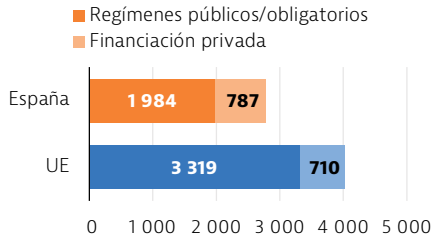
La esperanza de vida en España es la más alta de la UE, en 2022 se situaba en 83,2 años. El país experimentó temporalmente un marcado descenso de la esperanza de vida entre 2019 y 2020 debido a los fallecimientos por la COVID-19, pero los niveles se restablecieron en los años siguientes. En general, la esperanza de vida en España disminuyó en 0,8 años durante el período de la pandemia, un poco más que la media de la UE.



% de población adulta, 2019

Factores de riesgo

La proporción de adultos que fuma a diario sigue siendo superior a la de la mayoría de los países de la Unión. El consumo de alcohol ha aumentado desde 2010, pero el consumo excesivo solo afecta al 6 % de la población. En España el número de muertes debidas a una mala alimentación se sitúan muy por debajo de la media de la UE, pero el sobrepeso y la obesidad en adolescentes resultan cada vez más preocupantes.



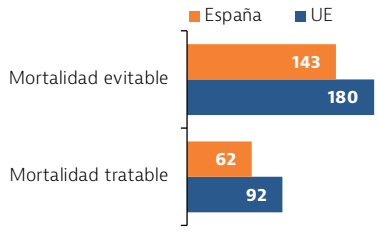
EUR PPP per capita, 2021

Sistema sanitario

A pesar de que el gasto en sanidad en España —de 2 771 EUR per cápita— es inferior a la media de la UE, el sistema sanitario proporciona cobertura sanitaria universal. El gasto público es la principal fuente de financiación, pero los niveles de pagos directos (21 %) son superiores a la media de la Unión (15 %). El sistema está descentralizado y las autoridades sanitarias autonómicas son competentes en lo que respecta a la planificación operativa, la asignación de recursos y las decisiones de adquisición y prestación de servicios.

Eficacia

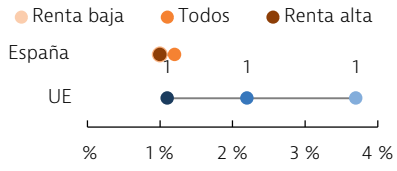
España posee tasas bajas de mortalidad evitable y ha puesto en marcha iniciativas para minimizar los factores de riesgo. En general, los índices de vacunación y cribado del cáncer superan las medias de la UE. Las bajas tasas de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva y diabetes reflejan un buen funcionamiento de la atención primaria y los sistemas integrados de asistencia en el país. Sin embargo, las desigualdades regionales siguen siendo un desafío.



Tasa de mortalidad ajustada por edad por cada 100 000 habitantes, 2020

Accesibilidad

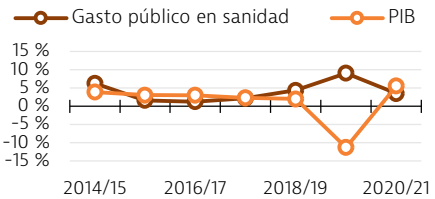
En términos generales, el acceso a la asistencia sanitaria es bueno. Aunque durante la pandemia surgieron necesidades no atendidas, hay indicios de mejora. En comparación con las medias de la UE, las necesidades no atendidas son reducidas en lo que respecta a la asistencia sanitaria. Son superiores en el caso de la atención odontológica, pero se han realizado esfuerzos para ampliar los servicios en este ámbito. Los pagos directos siguen siendo relativamente altos, pero las exenciones protegen a los hogares del gasto catastrófico.



% que informa de necesidades médicas no atendidas, 2022

Resiliencia

El gasto público en sanidad ha aumentado desde 2014-2015 y mantuvo esa tendencia durante la pandemia, a pesar de la drástica reducción del PIB registrada en 2020. El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España invierte en el refuerzo de la promoción de la salud, el impulso de los equipos de alta tecnología y la transformación digital de la asistencia sanitaria. También se están adoptando medidas para hacer frente a la escasez de personal sanitario.



Variación anual en términos reales

En el punto de mira: Salud mental

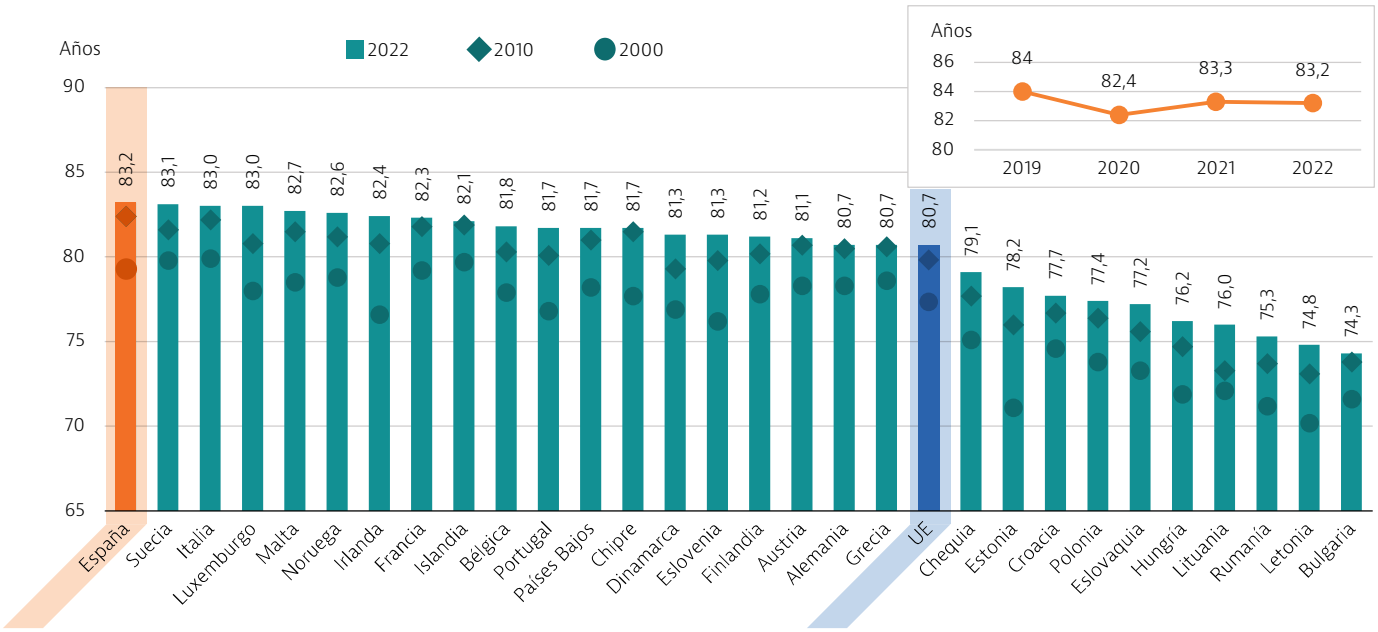
La carga de los trastornos de salud mental es alta en España. En 2019 más de una de cada seis personas sufrió una enfermedad mental. Quienes se encuentran en los quintiles de renta más baja tienen más probabilidades de declarar depresión. El Servicio Nacional de Salud proporciona atención de salud mental, pero se ha informado de necesidades no atendidas. Se han publicado una Estrategia de Salud Mental 2022-2026 y un Plan de Acción de Salud mental 2022-2024 con objeto de mejorar los servicios para las personas que requieren atención de salud mental y sus familias, así como para promocionar la atención comunitaria.

2 La salud en España

España tenía la esperanza de vida más alta de la UE en 2022

La esperanza de vida al nacer en España era de 83,2 años en 2022, más de dos años por encima de la media de la UE (gráfico 1). En 2010, España ya tenía la esperanza de vida más alta de la Unión, y esta siguió aumentando a un ritmo ligeramente superior que la mayoría del resto de países de la UE durante el siguiente decenio. En 2019, la esperanza de vida alcanzó un máximo histórico de 84 años, para luego descender temporalmente en más de 1,5 años en 2020 —un descenso superior a la media que refleja el elevado número de defunciones que se produjeron en España durante el primer año de la pandemia. La esperanza de vida en España repuntó en 2021, mientras la media de la UE seguía descendiendo, y se estabilizó en torno al mismo nivel en 2022. La brecha de género en la esperanza de vida en España es similar a la de la media de la UE: las mujeres suelen vivir 5,5 años más que los hombres. La pandemia de COVID-19 afectó más a las tasas de mortalidad de los hombres, de manera que la brecha de género de la esperanza de vida aumentó entre 2019 y 2022.

Gráfico 1. La esperanza de vida en España es la más alta de la UE, a pesar de una fuerte caída en 2020



Notas: la media de la UE es ponderada. Los datos de 2022 son estimaciones provisionales de Eurostat que pueden diferir de los datos nacionales y pueden revisarse. Los datos correspondientes a Irlanda se refieren a 2021.
Fuente: base de datos de Eurostat.

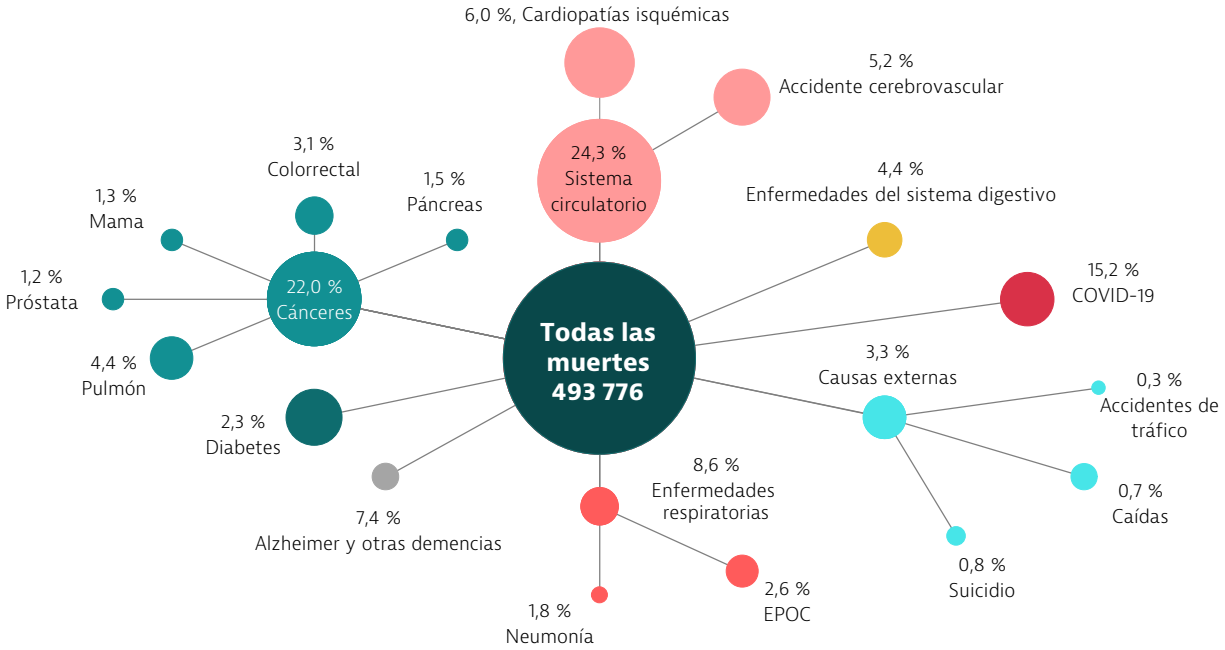
Las diferencias en la esperanza de vida entre los distintos grupos socioeconómicos son relativamente pequeñas

También existen disparidades en la esperanza de vida entre grupos con distinto nivel socioeconómico (por ejemplo, debido al nivel educativo o de ingresos). En España, la diferencia en la esperanza de vida a los treinta años entre los hombres con los niveles de educación superiores e inferiores era de alrededor de cuatro años en 2020; en el caso de las mujeres, era de tres años. Estas diferencias —que son pequeñas en relación con las que se observan en otros países de la UE— son el resultado de una compleja interacción de factores medioambientales, sociales y económicos. Se deben, en parte, a las diferencias en la prevalencia de factores de riesgo comportamentales, como el tabaquismo y el consumo de alcohol en los distintos grupos socioeconómicos.

La COVID-19 fue una de las principales causas de muerte en España en 2020

Durante el último decenio, el aumento de la esperanza de vida en España se debió fundamentalmente a la disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer. Sin embargo, las enfermedades cardiovasculares seguían siendo la principal causa de muerte en 2020, dado que representaban más del 24 % de las defunciones, mientras que el cáncer era la causa del 22 %. Entre los distintos tipos de cáncer, el de pulmón era la principal causa de muerte (gráfico 2). La COVID-19 fue la principal impulsora de la mortalidad en España durante 2020: provocó casi 75 000 defunciones, es decir, alrededor del 15,2 % de las muertes, porcentaje que ocupa el segundo puesto en la UE, por detrás de Bélgica. La mayoría de estas muertes (el 52 %) se produjeron entre personas de 85 años o más (la media de la UE era del 43 %).

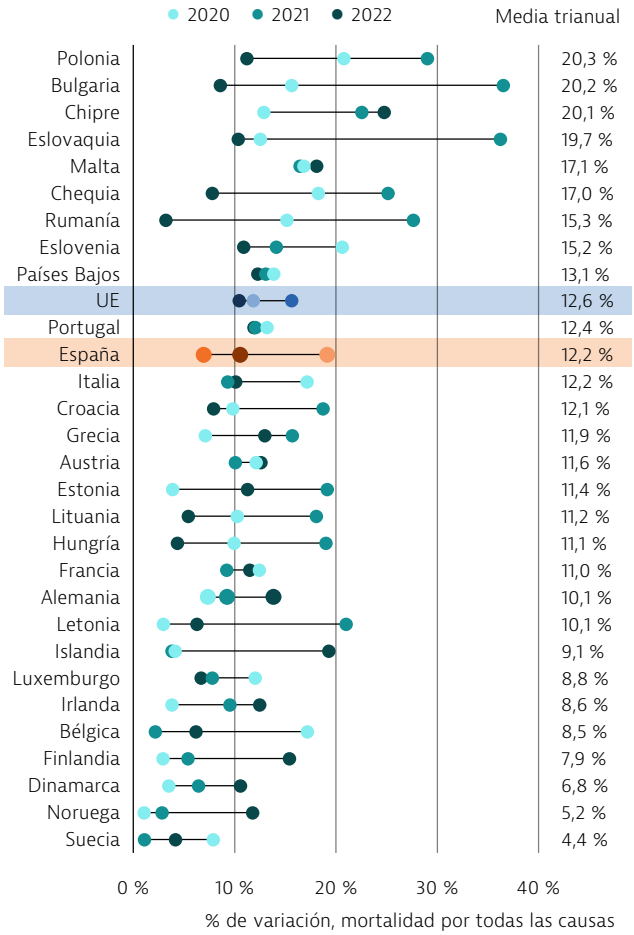
Gráfico 2. La COVID-19 fue la causa de una de cada seis muertes en España en 2020



Nota: las siglas en inglés «COPD» hacen referencia a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
Fuente: base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2020).

El indicador más amplio de exceso de mortalidad (por todas las causas) —definido como un número de muertes por todas las causas superior al que cabría esperar normalmente atendiendo al de años anteriores— sugiere que el exceso de mortalidad en 2020, 2021 y 2022 fue de media un 12,2 % más alto en España que en los cinco años anteriores (2015-2019). Este porcentaje está bastante por debajo de la media del 12,6 % de la UE (gráfico 3). En España, después de alcanzar su máximo en 2020, el exceso de mortalidad descendió de forma significativa en 2021, pero volvió a aumentar en 2022. Este aumento del exceso de mortalidad, se producía mientras el número de muertes confirmadas por COVID-19 en términos interanuales disminuía entre 2020 y 2022. Esta evolución inesperada puede explicarse, en parte, por el elevado número de fallecimientos por la grave ola de calor que afectó al país en el verano de 2022 (CIBERESP, 2022).

Gráfico 3. El exceso de mortalidad en España alcanzó un máximo del 19 % en el primer año de la pandemia de COVID-19

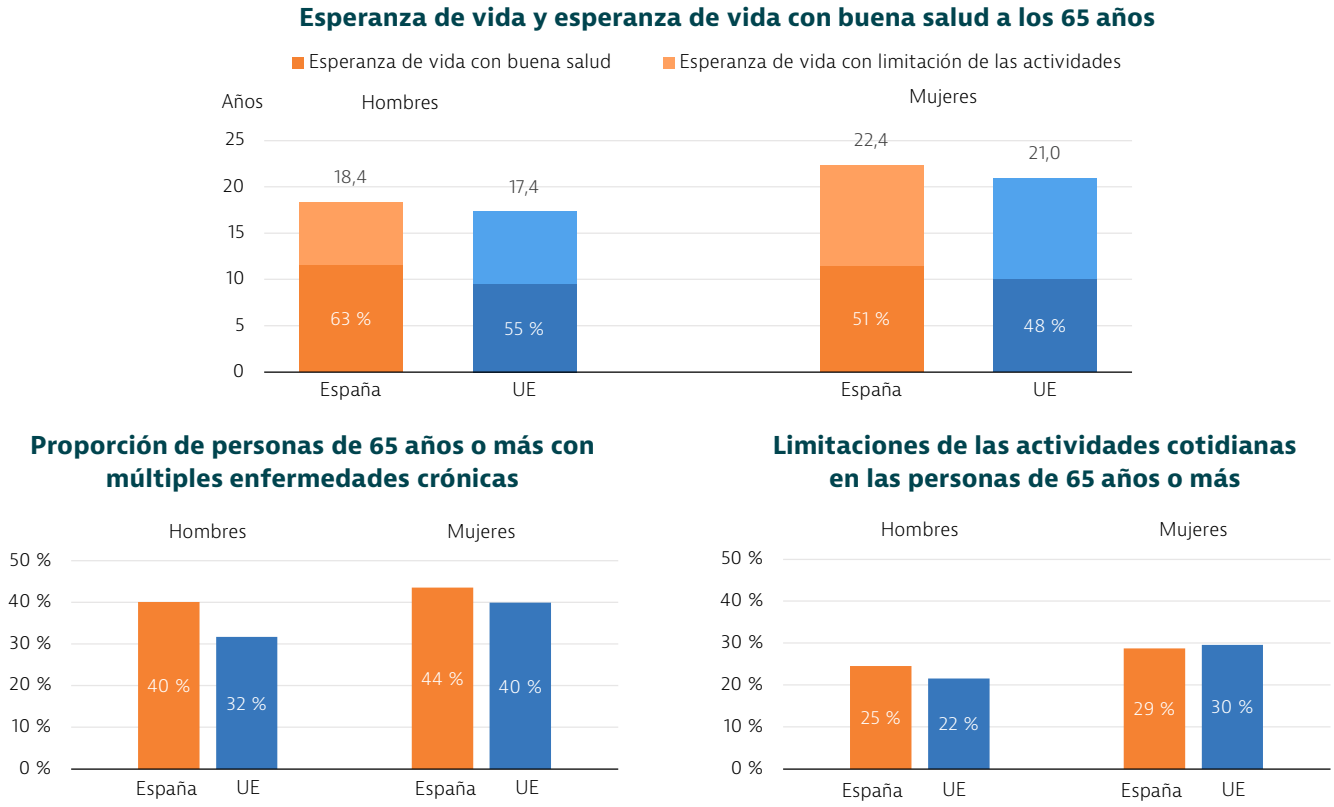


Nota: el exceso de mortalidad se define como un número de muertes por todas las causas superior al promedio anual de defunciones en los cinco años anteriores a la pandemia (2015-2019).
Fuente: estadísticas sobre salud de la OCDE basadas en los datos de mortalidad de Eurostat.

En comparación con las medias de la UE, las personas mayores en España viven con mejor salud, sin discapacidad

La población española de 65 años y más aumentó del 16,5 % en el año 2000 a más del 20 % en el 2020, porcentaje ligeramente inferior a la media de la UE del 21 %. Según las proyecciones, esta cifra aumentará hasta superar el 33 % de aquí a 2050. En 2020, una española de 65 años podía esperar vivir otros 22,4 años (alrededor de 1,4 años más que la media de la UE), mientras que un hombre podía esperar vivir 18,4 años más (1 año por encima de la media de la Unión). Además de disfrutar de esperanzas de vida superiores a las medias de la UE, tanto los hombres como las mujeres en España pueden esperar pasar una mayor proporción de sus vidas después de los 65 años sin discapacidad, en comparación con las medias de la UE (gráfico 4). Sin embargo, al igual que en otros

Gráfico 4. La población española de mayor edad suele vivir más tiempo y con mejor salud que sus homólogos de la UE



Fuente: base de datos de Eurostat (en el caso de la esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud) y octava ronda de la encuesta SHARE (en el caso de las enfermedades crónicas y las limitaciones de las actividades cotidianas). Los datos corresponden a 2020.

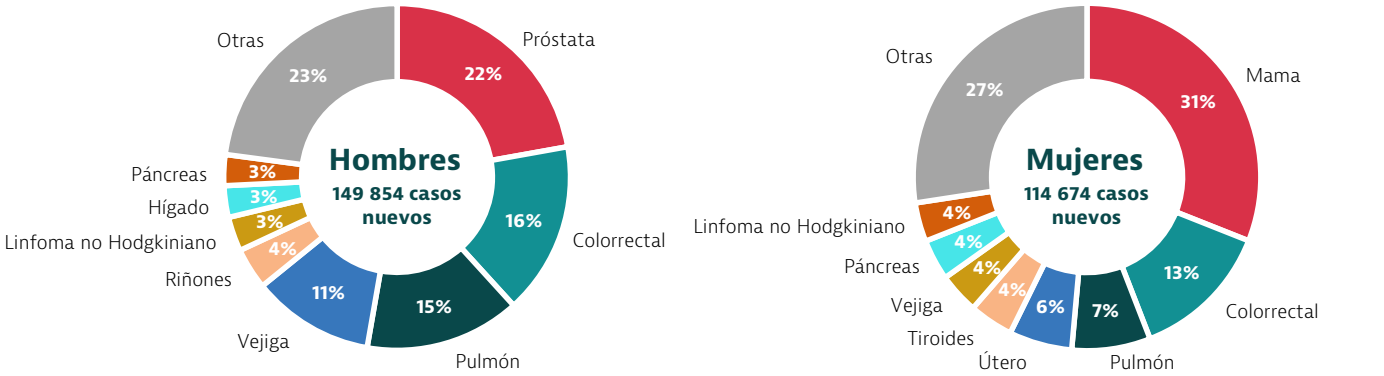
países, las mujeres españolas a partir de los 65 años tienen más probabilidades que los hombres de declarar múltiples enfermedades crónicas y limitaciones en sus actividades cotidianas, así que la brecha en la esperanza de vida con buena salud es prácticamente nula.

En España, el 40 % de los hombres y el 44 % de las mujeres a partir de 65 años declaran tener múltiples enfermedades crónicas, porcentajes que superan las medias de la UE del 32 % en los hombres y del 40 % en las mujeres. Las personas mayores en España también declaran una prevalencia ligeramente superior de discapacidades que generan limitaciones en sus actividades básicas cotidianas en comparación con la media de la UE, según la encuesta SHARE.

La incidencia del cáncer en España es mayor en los hombres que en las mujeres

Según las estimaciones del Centro Común de Investigación basadas en las tendencias de la incidencia de los años anteriores, en 2022 estaba previsto que se diagnosticaran en España alrededor de 264 000 casos nuevos de cáncer. El gráfico 5 muestra que las localizaciones más comunes del cáncer previstas en los hombres eran en la próstata, la zona colorrectal y el pulmón, mientras que en el caso de las mujeres se trataba de la mama, seguida de la zona colorrectal y el pulmón. El Plan Nacional contra el Cáncer se actualizó en marzo de 2021 y su objetivo es mejorar la calidad de la atención oncológica y el apoyo prestado a las familias de los pacientes (véanse las secciones 5.1 y 5.3).

Gráfico 5. En España los hombres soportan mayor incidencia del cáncer que las mujeres



Tasa normalizada por edad (todos los cánceres): 662 por cada 100 000 habitantes
Media de la UE: 684 por cada 100 000 habitantes

Tasa normalizada por edad (todos los cánceres): 422 por cada 100 000 habitantes
Media de la UE: 488 por cada 100 000 habitantes

Notas: se excluye el cáncer de piel distinto del melanoma. El cáncer de útero no incluye el cáncer del cuello uterino.
Fuente: ECIS, Sistema Europeo de Información del Cáncer.

3 Factores de riesgo

Un tercio del total del número de muertes se deben a factores de riesgo comportamentales y medioambientales

Aproximadamente un tercio (31 %) de las defunciones en España en 2019 podía atribuirse a factores de riesgo comportamentales, entre ellos, el tabaquismo, los riesgos asociados con la alimentación, el consumo de alcohol y la actividad física reducida —proporción inferior a la media de la UE (39 %). El hecho de que la proporción general sea inferior se debe principalmente a un porcentaje mucho menor de muertes atribuibles a riesgos asociados con la alimentación (gráfico 6). La contaminación atmosférica en forma de partículas finas ($PM_{2,5}$) y la exposición al ozono representaron un número considerable de defunciones, más de 11 000 en 2019.

Las tasas de tabaquismo entre los adultos en España siguen siendo elevadas

A pesar de un descenso progresivo en el número de fumadores en España durante el último decenio, la tasa de tabaquismo sigue siendo relativamente elevada, y en 2020 aproximadamente uno de cada cinco adultos fumaba a diario (gráfico 7). Al igual que en otros países de la UE, en España hay más hombres que mujeres que

Gráfico 6. Las muertes atribuidas a los riesgos asociados con la alimentación en España son muy inferiores a la media de la UE



Notas: el número total de muertes relacionadas con estos factores de riesgo es inferior a la suma de cada uno de ellos individualmente, ya que la misma muerte puede atribuirse a más de un factor de riesgo. Los riesgos asociados con la alimentación incluyen catorce componentes, como el escaso consumo de frutas y hortalizas, y el consumo de bebidas con un elevado contenido de azúcar. La contaminación atmosférica hace referencia a la exposición a partículas finas en suspensión ($PM_{2,5}$) y al ozono.
Fuentes: IHME (2020), Global Health Data Exchange (las estimaciones corresponden a 2019).

fuman, pero la brecha de género en la prevalencia del tabaquismo es comparativamente menor, dado que el 23 % de los hombres y el 16,5 % de las mujeres declaran fumar a diario. Entre los jóvenes de quince años, el 15 % declaró fumar al menos ocasionalmente en 2022, ligeramente por debajo de la media de la UE (17 %). En 2021 el Gobierno aplicó varias medidas de salud pública para impedir que la población empiece a fumar y consuma productos del tabaco (véase la sección 5.1).

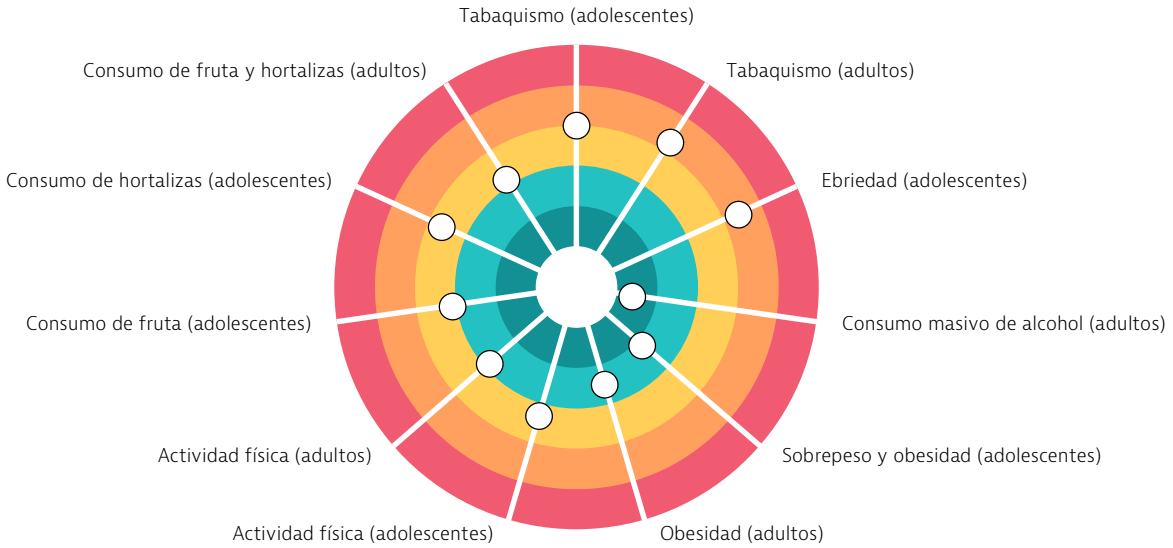
El consumo de alcohol ha aumentado durante el último decenio, pero la tasa de consumo excesivo es reducida

El consumo de alcohol en adultos en España aumentó entre 2010 y 2021 y actualmente es más elevado que en muchos países de la UE y se sitúa ligeramente por encima de la media de la Unión. Sin embargo, solo en torno a un 6 % de los adultos declararon un consumo excesivo en 2019 —el tercer porcentaje más bajo de todos los países de la Unión y considerablemente inferior a la media de la UE del 18,5 %[1]. En 2022, casi 1 de cada 4 jóvenes (24 %) de 15 años declaró haberse embriagado más de una vez en su vida, una cifra ligeramente inferior a la media de la UE del 18 %.

El sobrepeso y la obesidad en los adolescentes son un problema cada vez mayor en España

Según los datos declarados en relación con 2019, el 15,4 % de los adultos españoles eran obesos (la media de la UE es del 16 %). Los datos facilitados por el país acerca del sobrepeso y la obesidad en jóvenes de 15 años aumentaron del 15,5 % en 2009-2010 al 18,6 % en 2021-2022, pero siguieron siendo inferiores a la media de la UE del 21,2 %. Otra encuesta muestra tendencias descendentes, así que los datos son contradictorios. A pesar de que los niños españoles declaran hacer más actividad física, la proporción de ellos que tienen sobrepeso o son obesos (23,3 %) es superior a la de las niñas (14 %) de 15 años. Los hábitos alimentarios no saludables pueden explicar parcialmente esta tendencia, ya que en 2022 los adolescentes declararon un consumo reducido de frutas y verduras.

Gráfico 7. La reducción de la prevalencia de tabaquismo en los adultos y el aumento del consumo de verduras en los adolescentes podrían ser beneficiosos para la salud



Notas: cuanto más cerca del centro está el punto, mejor comportamiento 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 y en todas las áreas.
Fuentes: cálculos de la OCDE basados en la encuesta HBSC 2022 en el caso de los indicadores relativos a los adolescentes y encuesta comunitaria de salud por entrevista (EHIS) 2019 en el caso de los indicadores relativos a los adultos.

La desigualdad social contribuye a los riesgos en materia de salud

Numerosos factores de riesgo comportamentales en España son frecuentes entre las personas con menor nivel educativo o menores niveles de renta. En 2019, el 21 % de los adultos con un nivel educativo bajo fumaban a diario, en comparación con el 16 % de los que tenían un nivel educativo alto. Del mismo modo, la tasa de obesidad en adultos era el doble de alta para aquellos con un nivel educativo bajo (del 20 %, en comparación con el 10 %). Las diferencias relacionadas con la educación también se observan en los índices de consumo de frutas y verduras. Esta mayor prevalencia de factores de riesgo en la población con menor nivel educativo contribuye a la desigualdad en la salud y la esperanza de vida.

1 *El consumo excesivo de alcohol se define como el consumo de seis o más bebidas alcohólicas en una sola sesión en adultos.*

4 El sistema sanitario

El sistema sanitario descentralizado español proporciona cobertura sanitaria universal

El sistema sanitario español está formado por tres subsistemas coexistentes establecidos por ley: el Sistema Nacional de Salud (SNS); las mutuas laborales, destinadas a los funcionarios, las fuerzas armadas y el poder judicial (MUFACE, MUGEJU e ISFAS); y las mutuas que prestan asistencia en caso de accidente y enfermedades profesionales, conocidas como «mutuas colaboradoras con la seguridad social».

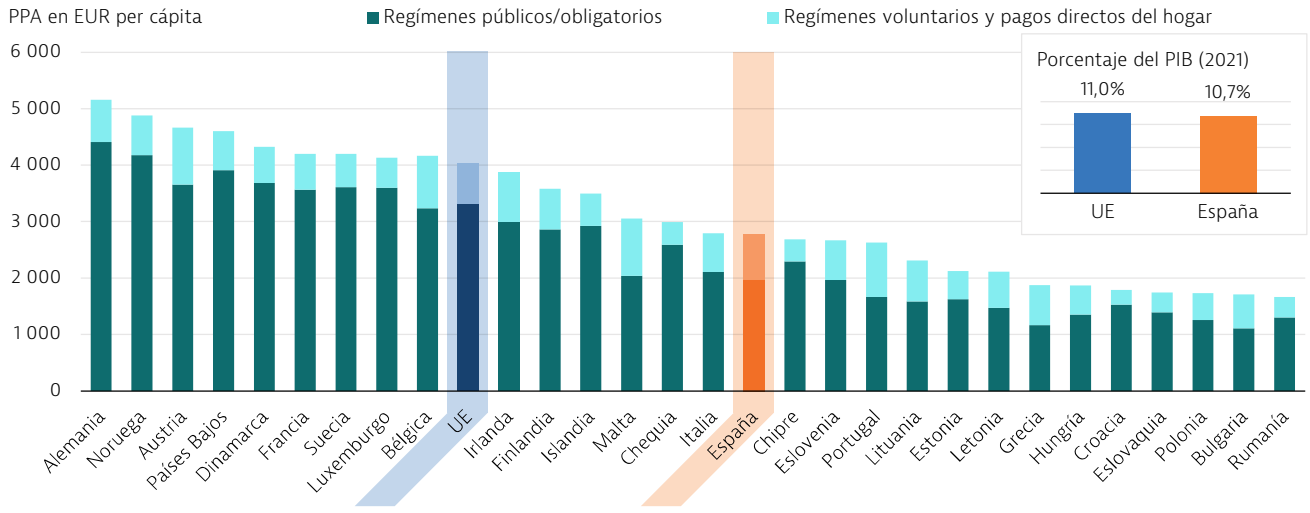
El Sistema Nacional de Salud español se financia principalmente mediante los impuestos generales y proporciona la cobertura universal de un amplio paquete de prestaciones a sus habitantes —incluidos los ciudadanos y los migrantes, tanto documentados como indocumentados. El Ministerio de Sanidad se ocupa de la planificación y regulación de la sanidad nacional, mientras que las diecisiete autoridades autonómicas tienen jurisdicción sobre la planificación operativa regional, la asignación de recursos y las decisiones de adquisición y prestación de servicios. La coordinación de alto nivel tiene lugar a través del Consejo Interterritorial del SNS, del que forman parte el ministro de Sanidad y los diecisiete consejeros de Sanidad autonómicos. Las variaciones de la cobertura a escala autonómica son limitadas, aunque existen disparidades regionales en cuanto a la asignación de recursos. Los servicios sanitarios son prestados por una combinación de proveedores públicos y privados y los médicos de atención primaria son los guardianes de acceso a los especialistas y la atención hospitalaria.

El gasto en sanidad alcanzó nuevas cotas en España durante la pandemia de COVID-19

El gasto de España en sanidad fue del 10,7 % del PIB en 2021, cercano a la media de la UE (11,0 %). Incluso antes de la COVID-19, el gasto per cápita de España en sanidad había aumentado de forma constante. En 2021, alcanzó los 2 771 EUR, cerca de un tercio por debajo de la media de la UE de 4 028 EUR (gráfico 8). El porcentaje de financiación pública destinado a sanidad asciende al 71,6 %, es muy inferior a la media de la UE del 81,1 %. Los pagos directos en sanidad representaron más de una quinta parte del gasto sanitario total (21,0 %), lo cual se encuentra por encima de la medida de la UE del 14,5 % en 2021. No obstante, la protección financiera de España es elevada y la incidencia del gasto en pagos directos catastróficos es baja, en comparación con otros países de la UE, gracias a los sólidos acuerdos de redistribución españoles (Urbanos-Garrido et al., 2021) (véase la sección 5.2).

La financiación pública para la sanidad procede de los impuestos generales y la gestionan las comunidades autónomas (CC. AA.). El gasto privado en sanidad procede en gran medida de los pagos directos en atención odontológica, atención oftalmológica, medicamentos y productos sanitarios fuera de los hospitales, aunque existen exenciones y límites máximos para los medicamentos. En los últimos años, se ha producido un aumento constante tanto del seguro médico voluntario suplementario, que brinda un acceso más rápido al tratamiento, como del seguro médico voluntario complementario, que proporciona cobertura de servicios que no está incluida en el paquete de prestaciones nacionales (como, por ejemplo, la atención odontológica). Sin embargo, el porcentaje de la población que tiene seguro médico voluntario difiere en gran medida de unas CC. AA. a otras.

Gráfico 8. El gasto sanitario total en España está por debajo de la media de la UE

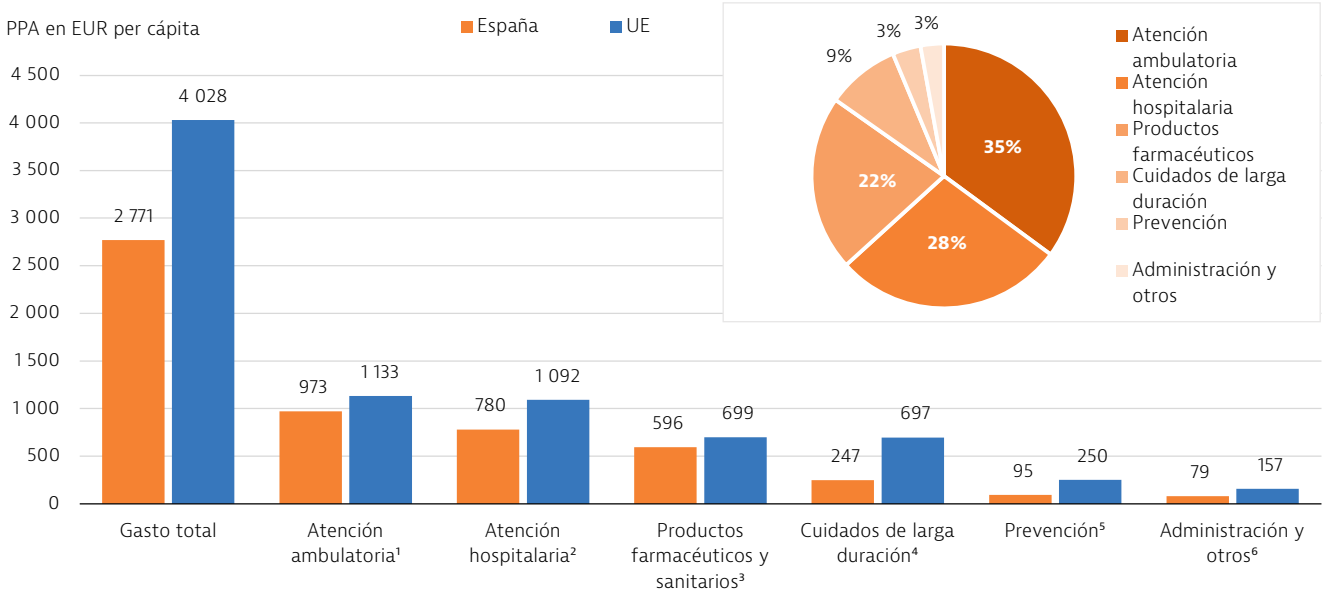


Nota: la media de la UE es ponderada.
Fuente: estadísticas sobre salud de la OCDE 2023 (datos correspondientes a 2021, excepto en el caso de Malta, que corresponden a 2020).

La atención ambulatoria y hospitalaria suponen la mayor parte del gasto sanitario

Según los datos relativos a 2021, casi dos tercios del gasto sanitario de España se destinan a la atención ambulatoria (35 %) y a la atención hospitalaria (28 %), mientras que los productos farmacéuticos y sanitarios suponen otro 22 %. Este alto porcentaje del gasto en atención ambulatoria sustenta los servicios españoles de atención primaria y puede aumentar aún más, ya que se están realizando esfuerzos para aplicar el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 (véase la sección 5.3). Por el contrario, los porcentajes de gasto sanitario actuales correspondientes a cuidados de larga duración (9 %) y a la prevención (3 %) son bajos en comparación con las medias de la UE del 16 y del 6 %, respectivamente. Teniendo en cuenta su gasto sanitario total inferior, España tiene un gasto per cápita que se encuentra por debajo de las medias de la UE en todas las categorías de asistencia sanitaria (gráfico 9).

Gráfico 9. El gasto de España en todas las categorías de asistencia sanitaria es inferior a las medias de la UE



Notas: 1. Incluye la asistencia domiciliaria y los servicios auxiliares (p. ej., el transporte de pacientes). 2. Incluye la asistencia curativa y la rehabilitación en hospitales y otros entornos. 3. Incluye únicamente el mercado ambulatorio. 4. Incluye únicamente el componente sanitario. 5. Incluye únicamente el gasto en programas de prevención organizados. 6. Incluye la gobernanza del sistema sanitario, la administración y otros gastos. La media de la UE es ponderada.
Fuentes: estadísticas sobre salud de la OCDE 2023 (datos correspondientes a 2021, excepto en el caso de Malta, que corresponden a 2020).

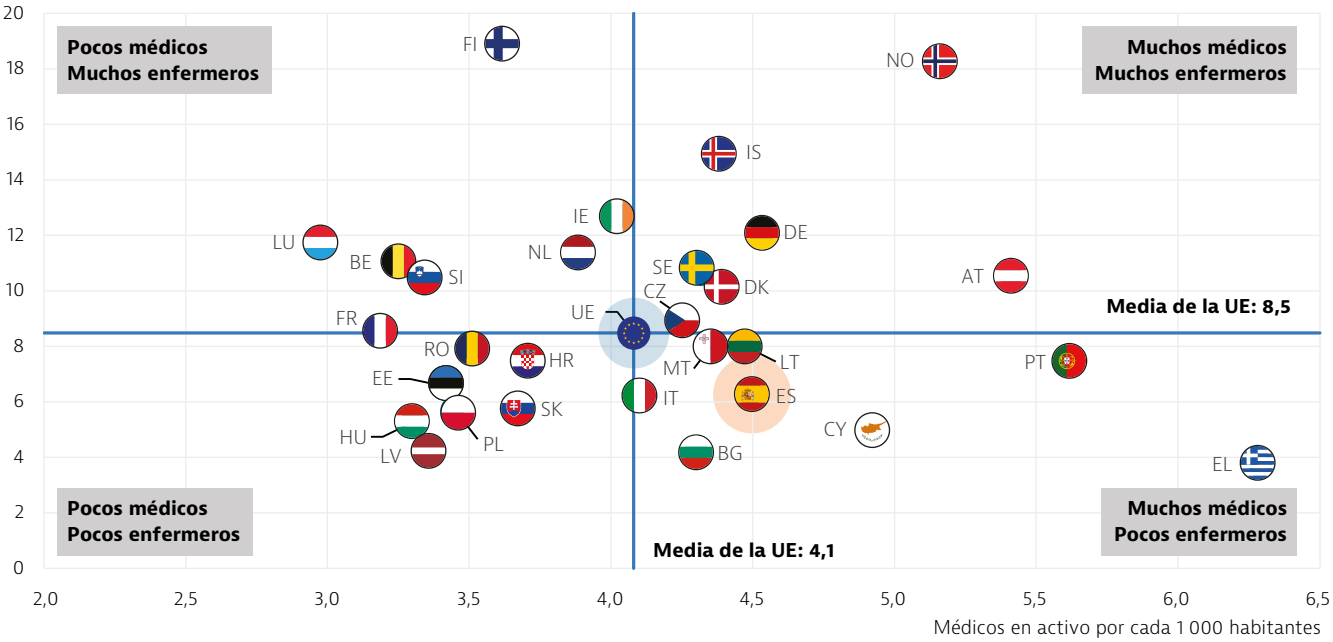
El número de camas de hospital en España se ha mantenido relativamente estable

Durante casi un decenio (entre 2012 y 2021), en España el número de camas de hospital por cada 1 000 habitantes estuvo estancado en 3,0. A pesar de que esta cifra supone una reducción de las 3,7 camas por cada 1 000 habitantes del año 2000, se trata de una reducción mucho menor que la que experimentaron otros países. Esto se debe, en parte, a que los índices de referencia en el 2000 ya eran inferiores a los de la mayoría de los países de la UE (en comparación con las 4,7 camas por cada 1 000 habitantes de Italia, 8,0 por cada 1 000 habitantes de Francia y 9,1 por cada 1 000 habitantes de Alemania). Esta coherencia general de aproximadamente 3-4 camas de hospital por cada 1 000 habitantes refleja una combinación de aumentos (camas geriátricas para personas mayores), descensos (camas para servicios médicos, quirúrgicos y psiquiátricos) y estabilidad en el número de camas de hospital (camas para cuidados curativos) en contextos específicos.

Sigue faltando personal de enfermería, pese a los recientes aumentos

En 2021 el número estimado de médicos en España era de 4,5 por cada 1 000 habitantes, cifra que supera a la media de la UE de 4,1 médicos por cada 1 000 habitantes (gráfico 10). Aunque la proporción de médicos que ejerce como médicos generales aumentó ligeramente entre 2020 y 2021 (del 20 al 21 %), este porcentaje sigue siendo inferior al de 2018, cuando alcanzó el máximo del 22,2 %. El número de personal de enfermería en España también ha aumentado pero, situándose en 6,3 enfermeros por cada 1 000 habitantes, sigue estando por debajo de la media de la UE de 8,5 enfermeros por cada 1 000 habitantes (véase la sección 5.2). Sin embargo, según las estadísticas, el número de enfermeros en España no incluye a los auxiliares de enfermería, que en otros países europeos realizan tareas similares a las de los enfermeros.

Gráfico 10. El número de médicos de España es superior a la media de la UE, pero tiene menos personal de enfermería



Notas: la media de la UE no es ponderada. Los datos sobre el personal de enfermería abarcan todas las categorías de esta profesión (no solo aquellos que cumplen con la Directiva de la UE relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales). 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 Grecia, el cálculo del número de enfermeros es excesivamente bajo, ya que solo incluye a los que trabajan en hospitales. El número de enfermeros en España no incluye a los auxiliares de enfermería, aunque llevan a cabo tareas similares a las que realizan los enfermeros en otros lugares de Europa.
Fuente: estadísticas sobre salud de la OCDE 2023 (datos correspondientes a 2021 o al año más próximo).

5 Funcionamiento del sistema sanitario

5.1 Eficacia

La suma de las tasas de mortalidad por causas evitables y tratables en España es una de las más bajas de la UE

En el primer año de la pandemia, con una tasa de 143 fallecimientos por cada 100 000 habitantes debido a causas evitables y 62 muertes por cada 100 000 habitantes por causas tratables (es decir, aquellas que no debían haberse producido si se hubiera proporcionado asistencia sanitaria eficaz en el momento oportuno), España tenía una de las tasas de mortalidad por causas evitables más bajas de la UE (gráfico 11). Las tasas de mortalidad evitable habían disminuido cada vez más en los años previos a la pandemia. Sin embargo, al igual que en la mayoría de los países europeos, las muertes por COVID-19 se tradujeron en un aumento significativo de las tasas de mortalidad evitable en España, de 110 muertes por cada 100 000 habitantes en 2019 a 143 muertes por cada 100 000 habitantes en 2020, es decir, se produjo un aumento del 30 %. No obstante, las tasas de mortalidad evitable inferiores de España pueden deberse, en parte, a las iniciativas y políticas públicas encaminadas a minimizar los factores de riesgo para la salud (recuadro 1).

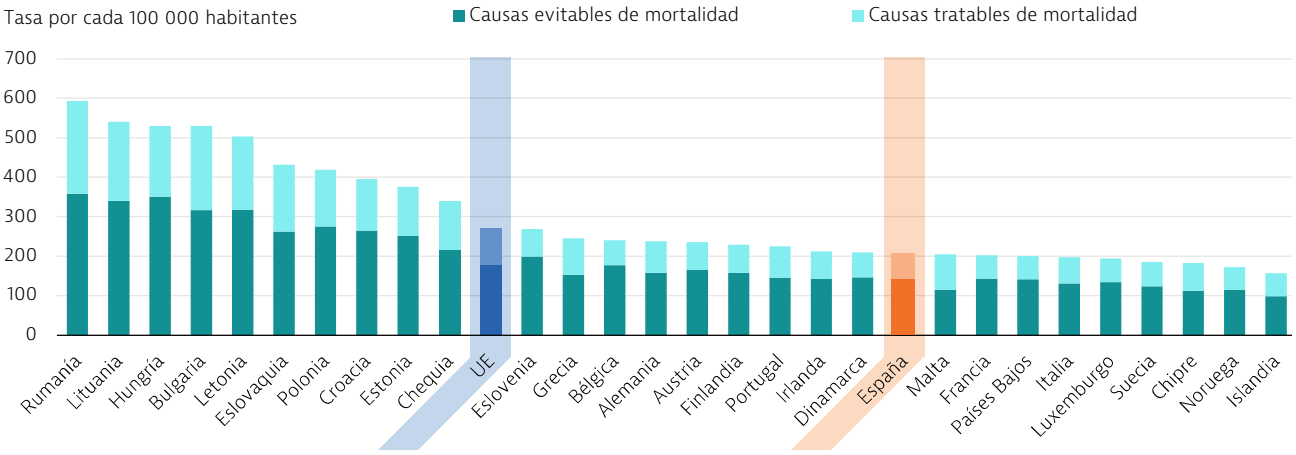
Se sigue avanzando en la reducción de la mortalidad por causas tratables

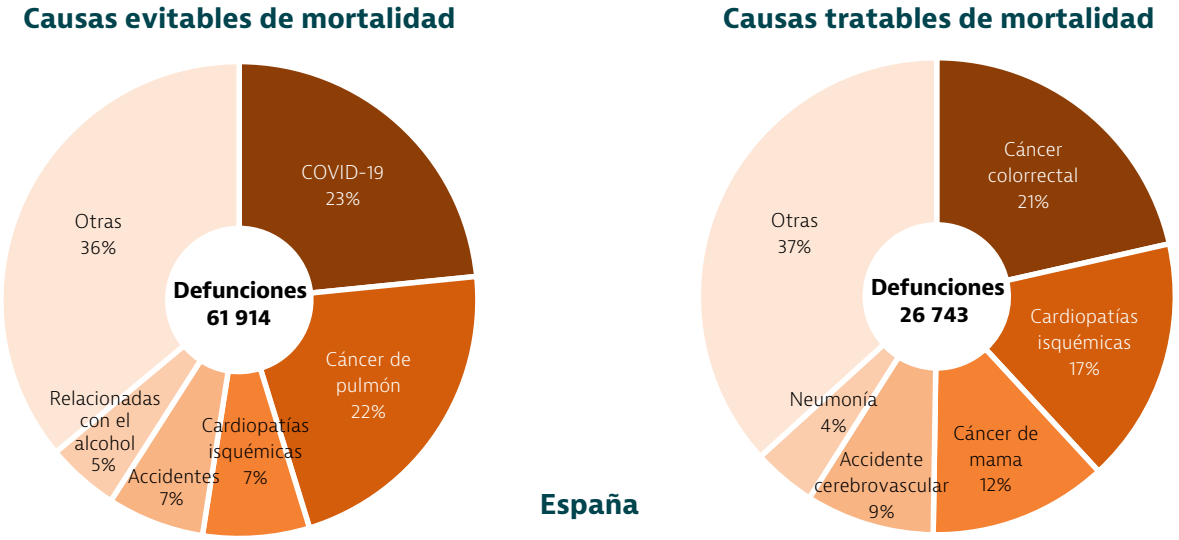
Las tasas de mortalidad por causas tratables han disminuido en el último decenio, incluso durante la pandemia de COVID-19 cuando se interrumpieron muchos servicios sanitarios (véase la sección 5.3). Esto refleja, en parte, la aplicación satisfactoria de planes específicos para mitigar las repercusiones de la pandemia sobre los pacientes de alta prioridad a partir de junio de 2020. Además, el descenso mantenido está relacionado, en parte, con las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular, cáncer de mama y cardiopatía isquémica y con la incidencia de estas enfermedades, ambas relativamente bajas.

Las tasas de vacunación contra la gripe de las personas mayores en España se mantienen por encima de las medias de la UE

En España las tasas de vacunación contra la gripe de las personas a partir de 65 años se han mantenido por encima de las medias de la UE, aunque han experimentado algunas fluctuaciones con el paso del tiempo. Durante la pandemia de COVID-19, la tasa de vacunación de las personas mayores contra la gripe experimentó una subida del 54,7 % en 2019-2020 al 67,7 % en 2020-2021, y volvió a aumentar

Gráfico 11. España tiene una de las tasas de mortalidad evitable más bajas de la UE





Notas: 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 tratable 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). Las listas atribuyen la mitad de las muertes por algunas enfermedades (por ejemplo, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular e hipertensión) a la lista de mortalidad por causas evitables y la otra mitad a causas tratables, así que no se cuenta el mismo fallecimiento dos veces.
Fuente: base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2020).

Recuadro 1. Ejemplos seleccionados de las últimas políticas para hacer frente a los factores de riesgo para la salud en España

Modificación de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial (2021): representa esfuerzos adicionales para reducir los accidentes de tráfico en las carreteras y establece un objetivo para su reducción al final de la década.

Introducción del impuesto especial sobre las bebidas azucaradas (2021): la aplicación de este impuesto redujo el consumo de bebidas azucaradas en los hogares de rentas más bajas.

Introducción del sistema de etiquetado nutricional Nutri-Score (2021): algunas empresas de la industria alimentaria utilizan el sistema de etiquetado nutricional voluntario Nutri-Score, que establece una gradación en función de lo saludable que sea un producto alimentario en concreto.

Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil 2022-2030: se ha desarrollado un plan colaborativo intersectorial para proporcionar una hoja de ruta de cara a reducir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes en España en un 25 % para 2030.

Estrategia de Salud Pública 2022: Proporciona una estrategia común y medidas prioritarias para reforzar la sanidad pública en todas las comunidades autónomas.

Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (2019) y el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023: España ha movilizado más de 750 millones EUR para actividades que proporcionen enfoques integrales, financiación, organización y participación de las partes interesadas con vistas a afrontar los problemas de salud más frecuentes. También se han utilizado estos fondos para mejorar la infraestructura y adquirir equipos para los centros de atención primaria (Plan de Mejora de Infraestructuras de Atención Primaria).

al 69,5 % al año siguiente. El incremento de las tasas de vacunación contra la gripe se debe en parte a las campañas nacionales desarrolladas en el otoño de 2020. Por su parte, la tasa de vacunación contra el virus del papiloma humano en las niñas de 15 años ha aumentado desde 2020 (alcanzó el 86 % en 2022) y se encuentra por encima de la media de la UE (63,4 %).

El cribado de cáncer de mama y el de cuello de útero se interrumpieron en España debido a la COVID-19, pero los índices se mantuvieron por encima de las medias de la UE

El cribado de población se incorporó a la cartera de servicios del SNS para los cánceres de mama, cuello de útero y colorrectal. El porcentaje de mujeres de entre 50 y 69 años sometidas al cribado del cáncer de mama en los últimos dos años disminuyó del 81,5 % en 2017 al 73,8 % en 2020. Los índices de mujeres entre 20 y 69 años que se sometieron a cribados del cáncer de cuello de útero en los 24 meses anteriores también se redujeron del 70,0 al 68,4 %. A pesar de que las iniciativas adoptadas desde principios de los 2000 pretendían mejorar la atención del cáncer, los índices de cribado de cáncer colorrectal siguen estando por debajo de las medias de la UE. Existen desigualdades en el cribado del cáncer en los grupos de población con distintos niveles de ingresos. En 2019, en el quintil de renta más baja el número de mujeres de entre 20 y 69 años que se sometió al cribado del cáncer de cuello de útero (49,2 %) fue inferior al del mismo grupo en el quintil de renta más alta (65,3 %). En 2021, España actualizó su Plan Nacional contra el Cáncer aplicable durante diez años para que se ajustara al Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, esforzándose así por mejorar la calidad de la atención del cáncer para los pacientes y el apoyo a sus familias.

España tiene una de las tasas más bajas de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva y diabetes

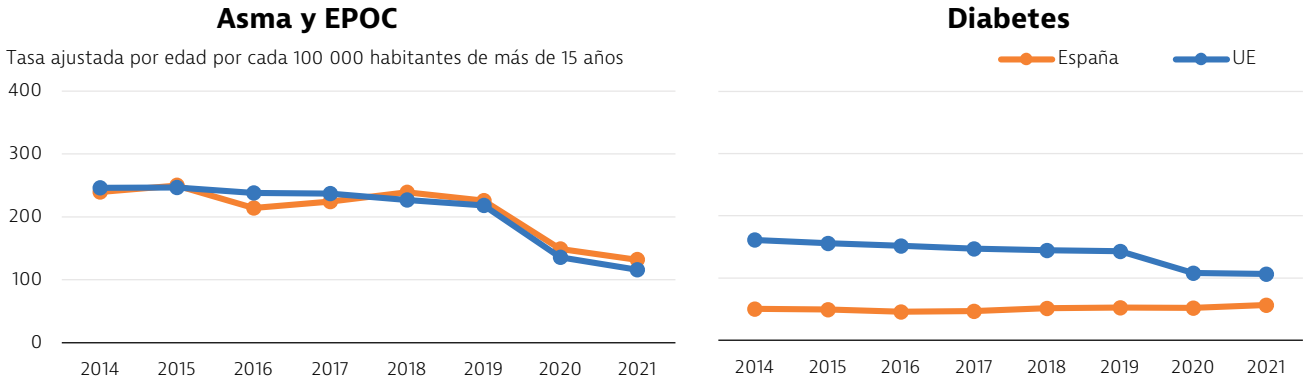
Las tasas españolas de hospitalización por causas evitables se encuentran entre las más bajas de la UE, en parte gracias a sus reducidas tasas de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva y diabetes. Aunque la tasa de hospitalización agregada de España para las enfermedades que requieren atención ambulatoria fue comparable a la media de la UE en 2019, las tasas correspondientes a la diabetes han permanecido por debajo de la media de la Unión durante el último decenio (gráfico 12). Estas tasas reducidas reflejan, en parte, la solidez del sistema español de atención primaria y los cambios organizativos y estructurales realizados a escala autonómica para mejorar la asistencia integrada (a saber, la creación de la Organización Sanitaria Integrada en el País Vasco y las Áreas de Gestión Sanitaria en Andalucía y Aragón, que gestionan conjuntamente la atención primaria y hospitalaria). Aunque persisten dificultades y disparidades en el sistema de atención primaria, el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 ha establecido objetivos para mejorar la atención primaria en todas las CC. AA. españolas (véase el recuadro 1).

El gran descenso en las hospitalizaciones por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) observado en 2020 y 2021 deben interpretarse en el contexto de las perturbaciones ocasionadas por la COVID-19, que afectó gravemente a la capacidad de los hospitales para proporcionar tratamiento de agudos y modificó el comportamiento de los pacientes a la hora de solicitar asistencia sanitaria (véase la sección 5.3). Sin embargo, es posible que la implantación temprana de las consultas virtuales de atención primaria —fundamentalmente por llamada telefónica— haya afectado al tratamiento remoto de la EPOC y el asma, reduciendo así la necesidad de acudir a los servicios de urgencia.

Las tasas españolas de mortalidad a los 30 días después de la hospitalización son inferiores a las medias de la UE para determinadas enfermedades

En 2021, la tasa española de mortalidad a los 30 días después de la hospitalización era de 7 de cada 100 pacientes en el caso del infarto agudo de miocardio y de 10,2 de cada 100 pacientes en el caso del accidente cerebrovascular isquémico. Estas tasas son inferiores

Gráfico 12. La tasa de hospitalización por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España es similar a la media de la UE, pero por diabetes es mucho más baja



Nota: las tasas de hospitalización no se han ajustado para que reflejen las diferencias en las prevalencias de las enfermedades en los distintos países.
Fuente: estadísticas sobre salud de la OCDE de 2023.

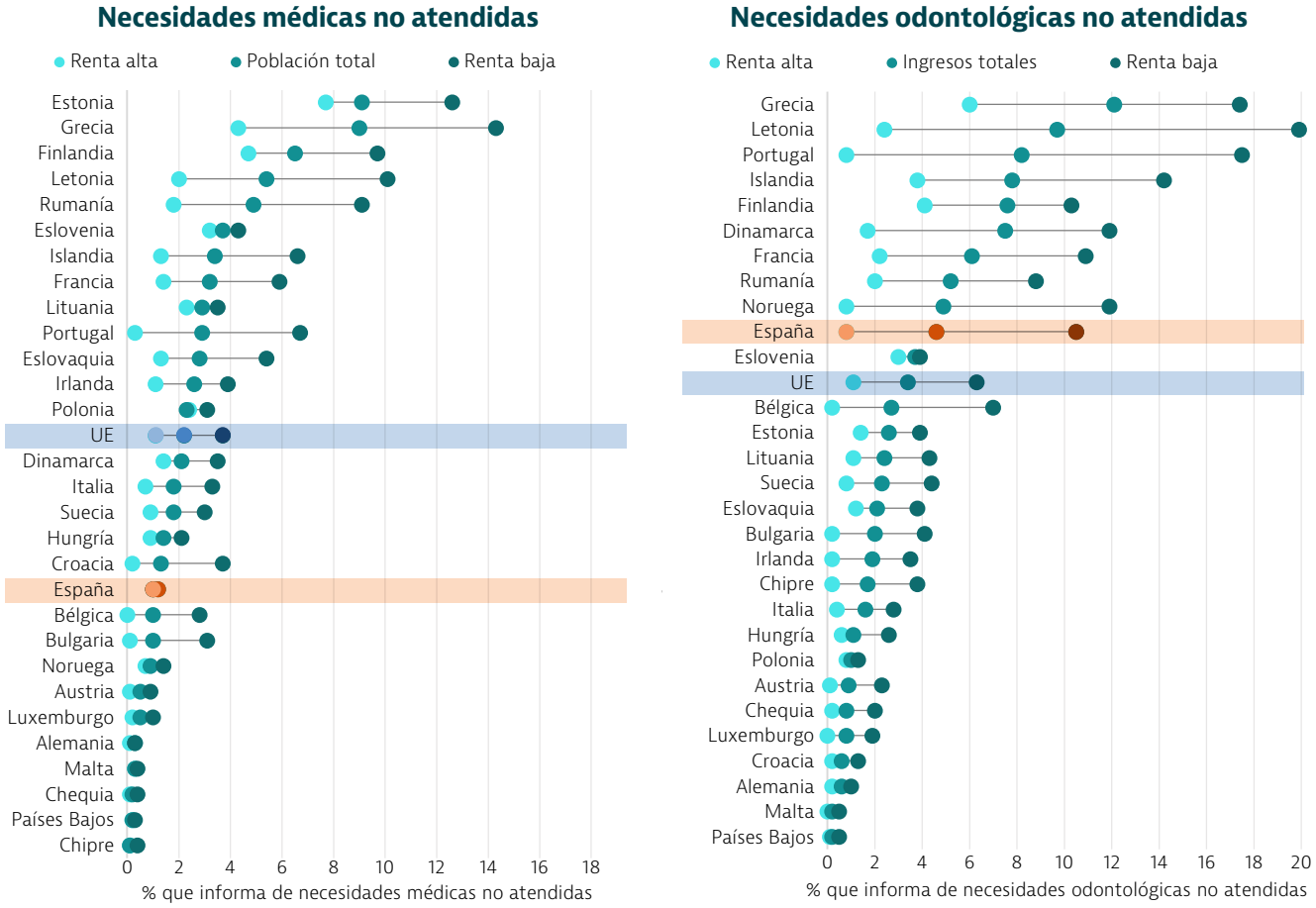
a las medias de la UE de 10,1 de cada 100 pacientes (infarto agudo de miocardio) y de 14,6 de cada 100 pacientes (accidente cerebrovascular). Estas dos tasas de mortalidad muestran una tendencia descendente desde el año 2000, lo cual sugiere una mejora continua de la calidad del tratamiento de agudos en los hospitales españoles.

5.2 Accesibilidad

Durante el segundo año de la pandemia aumentaron las necesidades médicas no atendidas, pero estas siguieron siendo reducidas, a excepción de la atención odontológica

En 2022, el 1,2 % de la población española declaró necesidades no atendidas de reconocimiento médico debido a los costes, la distancia o los tiempos de espera (la media de la UE era del 2,2 %), sin que se apreciaran diferencias en las necesidades no atendidas de las personas pertenecientes a los quintiles de renta más alta y más baja (gráfico 13). A pesar de que la tasa total de necesidades no atendidas de atención odontológica ha disminuido con el tiempo, en 2022 el 4,6 % de la población española declaró haber renunciado a este tipo de atención (la media de la UE es del 3,4 %). La tasa era mucho más alta en las personas pertenecientes al quintil de renta más baja (10,5 %) que en el de renta más alta (0,8 %).

Gráfico 13. La brecha de las necesidades no atendidas, aunque poco significativa en lo que respecta a la asistencia médica, sigue siendo alta en cuanto a la atención odontológica



Notas: los datos corresponden a las necesidades no atendidas de pruebas o tratamientos médicos u odontológicos debido 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 2022, salvo en el caso de Eslovaquia y Noruega (que son de 2020) y de Islandia (que son de 2018)].

La pandemia de COVID-19 y las medidas de contención de la infección que trajo consigo limitaron el acceso a los servicios sanitarios en 2021, pero existen indicios de que desde entonces se han reducido algunas necesidades no atendidas. Según una encuesta de Eurofound sobre las necesidades médicas no atendidas durante la pandemia, el 23 % de la población española declaró haber renunciado a someterse a un reconocimiento o tratamiento médico en la primavera de 2021, en comparación con el 17 % de la UE. En 2022, los porcentajes eran del 14 % en España y del 18 % en la UE (Eurofound, 2021, 2022)[2].

2 *Los datos de la encuesta de Eurofound no son comparables a los de la encuesta EU-SILC debido a las diferencias metodológicas.*

El libre acceso y la solidaridad financiera son los principios fundamentales de la cobertura de la asistencia sanitaria en España

La cobertura de población es universal (el SNS cubre al 100 % de la población que reside legalmente en el país) y se basa en los principios de libre acceso y solidaridad financiera. Estos principios también son la base del importante efecto redistributivo del estado del bienestar, el alto nivel de protección financiera y las exenciones al copago para la población de renta baja. La legislación aprobada en 2018 restableció el acceso a los servicios sanitarios para los migrantes, que se había suspendido desde 2012 cuando la cobertura se basaba en la situación en la Seguridad Social. Los nacionales ucranianos que se han desplazado debido a la guerra en curso cuentan con prestaciones sanitarias similares a las del resto de residentes españoles (por ejemplo, el acceso a la asistencia sanitaria es gratuito a excepción de los fármacos de prescripción médica, para los cuales los beneficiarios ucranianos deben asumir un copago del 40 %).

El paquete de servicios sanitarios es exhaustivo, pero la cobertura de atención odontológica y los equipos terapéuticos son limitados

El paquete de prestaciones es amplio y proporciona un paquete exhaustivo de prestaciones de atención primaria (entre ellas, actividades de prevención y promoción de la salud, fisioterapia, atención a la maternidad y a la infancia, gestión de los tratamientos crónicos, atención de salud mental, cuidados paliativos, asesoramiento médico y servicios básicos de atención odontológica) y servicios sanitarios especializados, que engloban el diagnóstico, que se ofrece en los ámbitos ambulatorio y hospitalario y en los servicios de urgencia. Aunque se han conseguido mejoras en los últimos años, la cobertura de atención odontológica sigue siendo limitada y se mantiene por debajo de la media de la UE. La cobertura pública no cubre la atención oftalmológica, incluidos los equipos terapéuticos como las gafas.

Los pagos directos en España se mantienen a niveles relativamente altos, pero las exenciones protegen a los hogares del gasto catastrófico

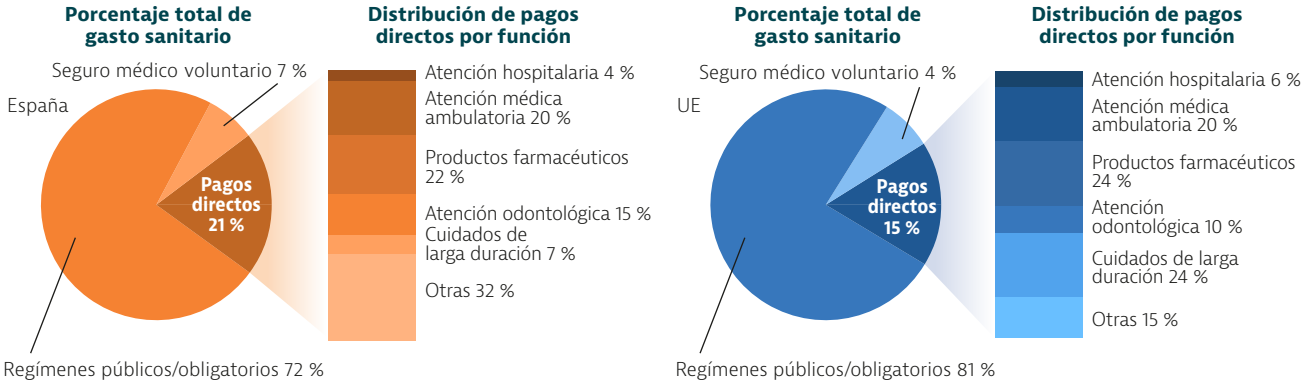
Desde 2018 el porcentaje de pagos directos del gasto sanitario está disminuyendo, pero en 2021 se situaba en el 21 %, muy por encima de la media de la UE del 15 % (gráfico 14). Las reformas de mayo de 2020 y enero de 2021 introdujeron nuevas exenciones del copago farmacéutico para una serie de grupos de población (un total de 6 millones de personas), en particular, aquellos que perciben el salario mínimo, los pensionistas cuya renta anual se encuentra por debajo de un umbral determinado, las personas que reciben prestaciones de la seguridad social para la atención a la infancia y los niños con una discapacidad reconocida.

A pesar de los niveles de pagos directos relativamente altos, el gasto sanitario catastrófico[3] en España es uno de los más bajos de la UE: en 2020, menos del 2.9 % de los hogares experimentaron gastos catastróficos debido a pagos directos en concepto de servicios sanitarios. Este resultado puede explicarse en parte por las fortalezas que presenta el diseño de la cobertura del sistema sanitario y el efecto altamente redistributivo del gasto público en la asistencia sanitaria.

La distribución de los recursos sanitarios es desigual, pero se han tomado medidas para renovar los equipos médicos

Según los últimos datos nacionales, en 2020 la distribución de camas de hospital en las CC. AA. españolas no era uniforme, ya que oscilaba de 2,2 a 3,8 camas por cada 1 000 habitantes en Andalucía y Cataluña, respectivamente. Existen diferencias similares en cuanto a los equipos médicos: en las CC. AA. con la cifra más alta hay el doble de unidades de formación de imágenes por resonancia magnética que en las que presentan la cifra más baja, y la diferencia es siete veces mayor en el caso de los equipos de hemodiálisis (Ministerio de Sanidad, 2022a). En 2021, como parte del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, el Gobierno aprobó el Plan INVEAT, con el

Gráfico 14. La atención odontológica y los productos farmacéuticos son causas importantes de los pagos directos



Notas: el seguro médico voluntario incluye otros regímenes voluntarios de prepago. La media de la UE es ponderada.
Fuentes: estadísticas sobre salud de la OCDE de 2023; base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2021).

3 *El gasto catastrófico se define como el gasto de un hogar en pagos directos que supera el 40 % del total del gasto neto del hogar en necesidades de subsistencia (es decir, en alimentación, vivienda y servicios básicos).*

objetivo de sustituir los equipos que tengan más de 12 años de antigüedad y mejorar el acceso aumentando la densidad media de equipos médicos por cada 100 000 habitantes en un 15 %.

Se han aumentado las plazas en los programas de formación de medicina y enfermería para hacer frente a la escasez de personal

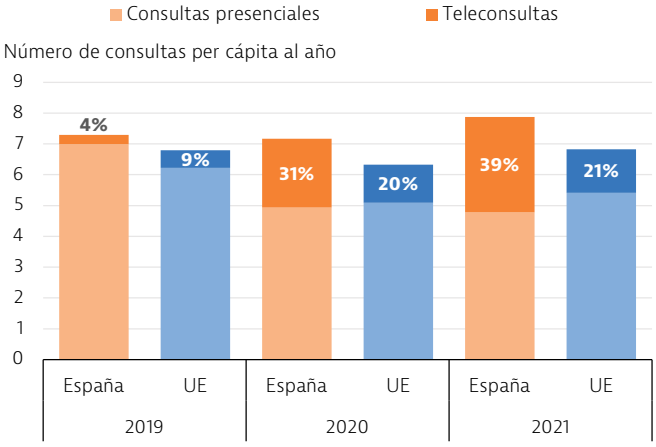
En España el número de médicos por cada 1 000 habitantes está ligeramente por encima de la media de la UE (véase la sección 4), pero la distribución de médicos y enfermeros sigue siendo diferente en las distintas comunidades autónomas. En 2020, en las diferentes CC. AA. el número de médicos de atención primaria variaba de 0,6 a 1,1 por cada 1 000 habitantes, mientras que el número de enfermeros de atención primaria oscilaba de 0,5 a 0,9 por cada 1 000 habitantes. El número de médicos especialistas variaba desde 1,5 hasta 2,6 por cada 1 000 habitantes, mientras que el número de enfermeros especialistas oscilaba de 3,0 a 6,9 por cada 1 000 habitantes.

Mientras que en algunas zonas del país (a saber, en las zonas urbanas) es fácil cubrir las vacantes de puestos del personal sanitario, en España esto resulta difícil en algunos ámbitos de especialidad: medicina familiar, anestesiología, geriatría, radiología y psiquiatría son las especialidades en las que existe mayor escasez de personal y mayores necesidades de este en el futuro. En 2023, por primera vez se ofrecieron puestos de especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia en el sistema de formación denominado Médico Interno Residente (MIR), el programa de especialización nacional que habilita a los profesionales del sector sanitario para trabajar en el SNS. Para hacer frente a la escasez de personal, el Gobierno aumentó el número de vacantes en el MIR.

Se han mejorado las tecnologías digitales a raíz de su éxito durante la crisis de la COVID-19

La pandemia de COVID-19 provocó un drástico aumento del uso de las consultas en remoto para mantener el acceso a los servicios sanitarios. El porcentaje de teleconsultas aumentó de forma significativa en España en 2019 y 2020 (del 4 al 31 %). En 2020, este porcentaje era 1,5 veces mayor que la media de la UE del 20 % (gráfico 15). Este rápido crecimiento continuó después del primer año de la pandemia y, en 2021, el porcentaje de teleconsultas con los médicos en España era del 39 %. En diciembre de 2021, el Ministerio de Sanidad publicó la Estrategia de Salud Digital (Ministerio de Sanidad, 2021) para mejorar la salud de la población y reforzar el SNS sacando partido de las tecnologías digitales y desarrollando las capacidades digitales (véase la sección 5.3).

Gráfico 15. La proporción de teleconsultas con los médicos en España casi duplicaron la media de la UE en 2021



Fuentes: estadísticas sobre salud de la OCDE de 2023.

5.3 Resiliencia

La pandemia de COVID-19 ha demostrado ser la perturbación más significativa para los sistemas sanitarios de las últimas décadas. Ha puesto de manifiesto las vulnerabilidades y los desafíos a los que se enfrentan las estrategias de preparación para emergencias de los países y su capacidad para prestar servicios sanitarios a sus poblaciones. En respuesta a los efectos duraderos de la pandemia —así como a otras crisis recientes, como la presión que impone la subida del coste de la vida y el impacto de conflictos como la guerra contra Ucrania— los países están aplicando políticas para mitigar las repercusiones constantes en la prestación de servicios, invertir en la recuperación y resiliencia de los sistemas sanitarios[4], mejorar ámbitos críticos del sector sanitario y fortalecer su preparación para futuras perturbaciones.

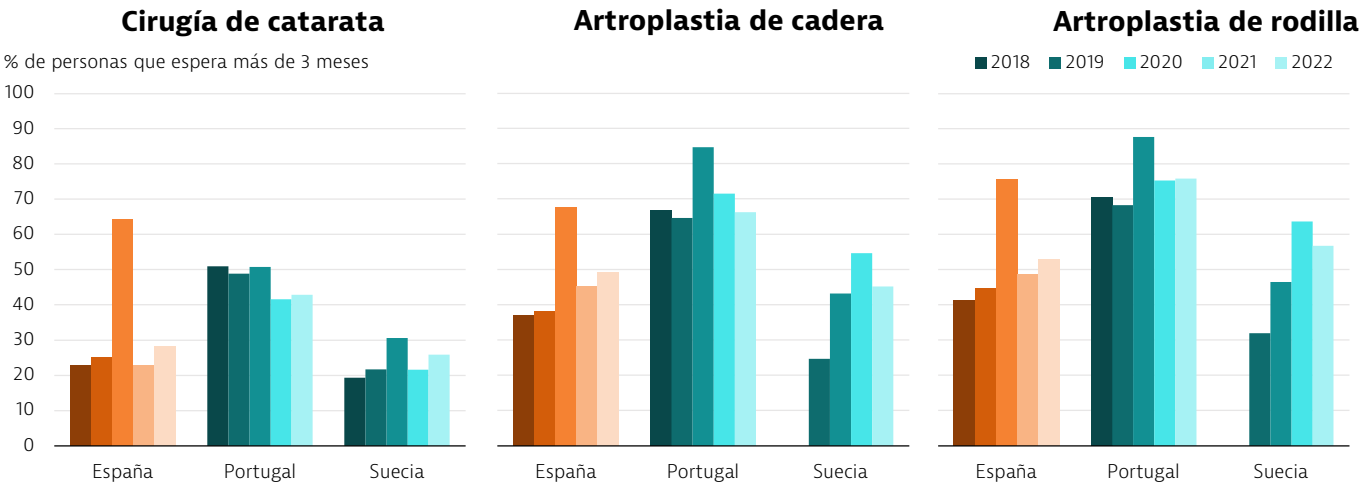
La pandemia de COVID-19 afectó a la actividad de los hospitales y a sus tiempos de espera

Al inicio de la pandemia de COVID-19, el número de camas de hospital en España era relativamente bajo (3,0 por cada 1 000 habitantes en hospitales del SNS) en comparación con la media de la UE (4,9 por cada 1 000 habitante), y se ha mantenido sin cambios desde 2012. La disminución de las altas hospitalarias en 2020 en comparación con el año anterior (de 11 421 por cada 100 000 habitantes en 2019 a 9 794 por cada 100 000 habitantes en 2020) se produjo a la vez que la disminución de las tasas de ocupación, que pasaron del 76 % en 2019 al 68 % en 2020. Estas reducciones de los niveles de actividad de los hospitales reflejan el hecho de que, durante la primera ola de la pandemia, se pospusieron o cancelaron la mayoría de los procedimientos quirúrgicos programados en España (excepto el tratamiento del cáncer) y, en términos generales, la población decidió posponer sus visitas al hospital. Tanto las hospitalizaciones como las tasas de ocupación aumentaron de nuevo en 2021, pero no alcanzaron los niveles previos a la COVID-19.

4 *En este contexto, la resiliencia de los sistemas sanitarios se ha definido como la capacidad para anticipar, gestionar (absorber, adaptar y transformar) y aprender de las perturbaciones (Grupo de expertos en evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios, 2020).*

Durante la pandemia, el porcentaje de pacientes en lista de espera que aguardaron más de tres meses hasta ser intervenidos aumentó considerablemente para varios procedimientos. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes que esperaron una artroplastia de cadera durante más de tres meses aumentó del 38,2 % en 2019 al 67,7 % en 2020. En 2021 cayó al 45,1 %, para luego volver a aumentar al 49,3 % en 2022, todavía por encima de los niveles previos a la pandemia (gráfico 16). Pueden observarse tendencias similares para los pacientes que esperaban más de tres meses para los procedimientos de artroplastia de rodilla y cataratas.

Gráfico 16. Los tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas comenzaron a aumentar en España en 2020



Fuente: estadísticas sobre salud de la OCDE de 2023.

La cobertura de la vacunación contra la COVID-19 ha sido alta en España

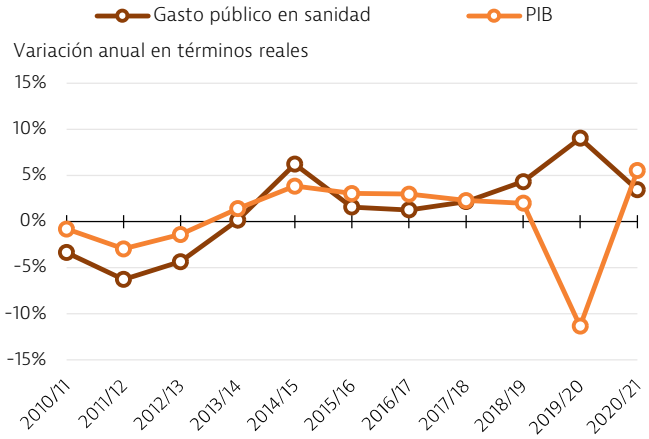
En 2022, se ha administrado una segunda dosis de refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 a más del 77 % de las personas de más de 80 años en España, gracias a la campaña de vacunación puesta en marcha por todas las CC. AA. el 26 de septiembre de 2022. Los grupos destinatarios iniciales de esta campaña eran las personas de más de 80 años y quienes vivían en residencias. Posteriormente, se añadió a los trabajadores sanitarios y sociales, las personas de más de 60 años y quienes no habían terminado la pauta de vacunación. Al final de 2022, aproximadamente el 56 % de las personas de más de 60 años había recibido la segunda dosis de refuerzo.

España fue el primer país en vacunar al 100 % de su población mayor de 80 años y, en general, su cobertura de vacunación es elevada: en junio de 2023, se ha administrado la pauta de vacunación completa a más del 93 % de las personas de más de 12 años (más de 39,1 millones de habitantes), mientras que alrededor del 80 % de las personas de más de 40 años han recibido una dosis de refuerzo (Ministerio de Sanidad, 2023).

El gasto público en sanidad aumentó considerablemente en respuesta a la pandemia

A partir de 2017-2018 el gasto público en sanidad en España empezó a superar al crecimiento del PIB, y en 2019-2020 aumentó bruscamente (alcanzando un índice de crecimiento anual del 9,0 % en términos reales, en comparación con el 4,3 % de 2018-2019). Este aumento del gasto público en sanidad en 2019-2020 se produjo a pesar de la drástica reducción del crecimiento del PIB (gráfico 17), que estaba relacionado fundamentalmente con la respuesta del país a la pandemia de COVID-19. En 2020-2021, el PIB repuntó (al 5,5 %), mientras que el índice de crecimiento del gasto público en sanidad se ralentizó alcanzando el 3,4 %.

Gráfico 17. El gasto público en sanidad aumentó a pesar del drástico descenso del PIB durante el primer año de la pandemia



Fuente: estadísticas sobre salud de la OCDE de 2023.

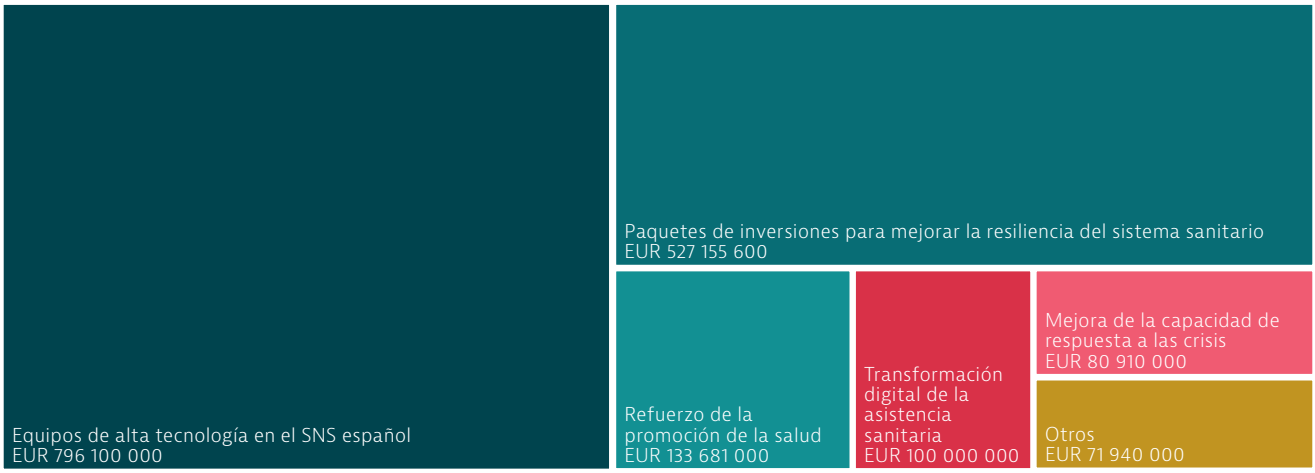
La financiación de la UE ofrece un impulso a las inversiones del sector sanitario en los próximos años

De los 69 500 millones EUR que ofrece en total el paquete del Plan de Recuperación y Resiliencia en el periodo 2021-2026, cerca del 2,5 % se destina a los componentes relacionados con la salud. Entre los ámbitos prioritarios principales se encuentran el fomento del uso de equipos de alta tecnología;

la mejora de la preparación, la resiliencia y la capacidad de respuesta del sistema sanitario ante las crisis; el refuerzo de la promoción de la salud; y la transformación digital de la asistencia sanitaria (gráfico 18).

Estas inversiones se complementarán con la puesta en marcha de la programación de la Política de Cohesión de la UE 2021-2027[5]. España se ha propuesto invertir un total de 1 700 millones EUR en su sistema sanitario a través de este mecanismo, importe del cual el 70 % estará cofinanciado por la UE. Casi la totalidad procederá del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). De estos fondos del FEDER, alrededor de 878 millones EUR se utilizarán para prestar apoyo a las mejoras de la infraestructura sanitaria, 465 millones EUR para la mejora de los servicios de sanidad electrónica y las aplicaciones y 193 millones EUR para mejorar los equipos sanitarios.

Gráfico 18. Una parte importante de la inversión del Plan de Recuperación y Resiliencia se destina a modernizar el Sistema Nacional de Salud español y aumentar su resiliencia



Notas: estas cifras hacen referencia al Plan de Recuperación y Resiliencia original. La revisión en curso del Plan puede afectar a su importe y composición. Algunos elementos se han agrupado para mejorar la legibilidad del gráfico.
Fuente: Comisión Europea, cuadro de indicadores de recuperación y resiliencia.

La presión y la escasez de trabajadores afectan al personal sanitario español

El número de médicos en España supera a la media de la UE (véase la sección 4), pero existen tendencias preocupantes en el personal sanitario. En 2021, tanto el número de graduados en medicina (14,2 por cada 100 000 habitantes) como de graduados en enfermería (23 por cada 100 000 habitantes) en España se encontraban por debajo de las medias de la UE (de 17,5 por cada 100 000 habitantes en el caso de los graduados en medicina y de 44,3 por cada 100 000 habitantes en el caso de los graduados en enfermería) (gráfico 19). Sin embargo, los auxiliares de enfermería no están incluidos en estas cifras, así que esto subestima el número de nuevos graduados en programas asociados a enfermería. Seguidamente de un descenso continuo entre 2014 y 2018, la proporción de graduados en enfermería en España ha aumentado ligeramente a partir de 2019. Conforme la población envejece y la carga de las enfermedades crónicas sigue aumentando (véase la sección 2), la escasez de personal supone una amenaza, especialmente de enfermeros y especialistas a escala nacional y de médicos generales y pediatras en las zonas remotas del país.

La proporción de contratos de empleo temporal ha contribuido a las dificultades para cubrir los puestos de trabajo en el sistema sanitario. En el SNS, el uso de contratos temporales aumentó del 28,5 % en 2012 al 41,9 % en 2020. En un intento por revertir esta tendencia, en julio de 2022 el Gobierno tomó medidas para reducir el empleo temporal en el SNS mediante un proceso –el de mayor envergadura en la historia del sistema– que se tradujo en la contratación de 80 000 profesionales sanitarios. Este proceso también aporta un nuevo marco legal que establece límites para el trabajo temporal mediante la modificación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

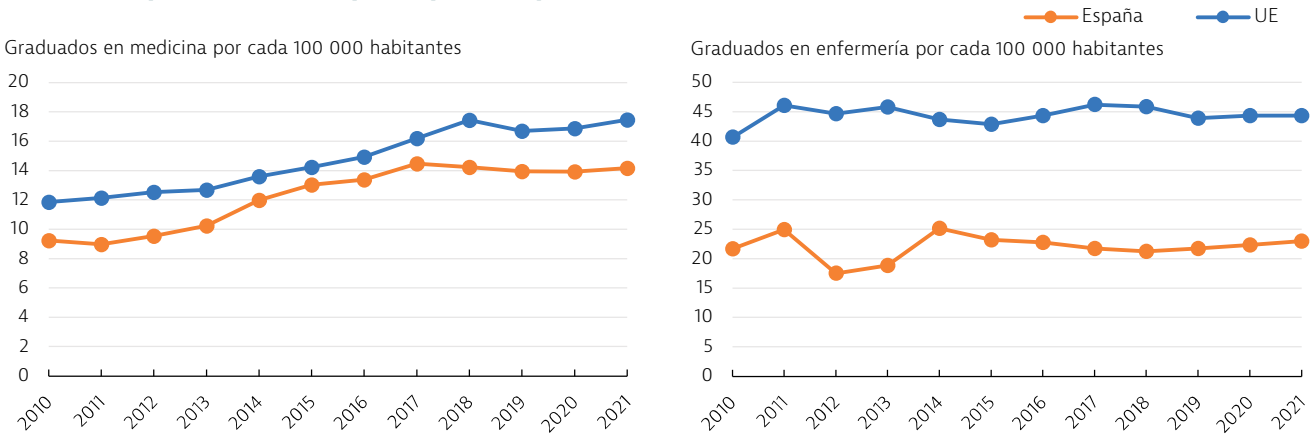
Algunas de las medidas específicas para hacer frente a la escasez de personal en algunas especialidades médicas son el aumento de las vacantes en el programa de especialización MIR y las plazas de formación en enfermería (véase la sección 5.2).

España está aplicando estrategias para mejorar la calidad y el desempeño en numerosas áreas del sistema sanitario

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 de España forma parte del seguimiento del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019 (véase el recuadro 1 en la sección 5.1). Se espera que en el país se emprendan una serie de iniciativas para mejorar y reforzar la atención primaria (véase la sección 5.2). Los últimos esfuerzos también se han centrado en los espacios de datos y

5 *Estas cifras de la política de cohesión de la UE reflejan situación en septiembre de 2023.*

Gráfico 19. El número de profesionales sanitarios que se gradúan en España sigue por detrás de la media de la UE, en particular en lo que respecta al personal de enfermería



Nota: la media de la UE no es ponderada.
Fuentes: estadísticas sobre salud de la OCDE de 2023; base de datos de Eurostat.

digitalización del país. La Estrategia de Salud Digital de 2021 gira en torno a cuatro objetivos estratégicos: capacitar a las personas; maximizar el valor de los procesos, facilitando la comunicación y la continuidad asistencial mediante el uso de herramientas digitales; aumentar la interoperabilidad y calidad de los datos; y aplicar políticas de innovación para aprovechar la digitalización. Por otro lado, a finales de 2022, el Gobierno aprobó la distribución de fondos europeos por valor de 28 millones EUR a las autoridades autonómicas para el desarrollo del Espacio Nacional de Datos de Salud (Ministerio de Asuntos Económicos, 2022).

Además, el Gobierno español está colaborando con el sector farmacéutico para estimular el sector a través del Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica. Aunque el plan aún no está en vigor, sus tres pilares principales serán la investigación, la producción industrial y el acceso. El Plan se centra en la industria farmacéutica como motor económico, se ajusta a la Estrategia Farmacéutica Europea y contará con el respaldo de la futura Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Tras aprender de su experiencia durante la pandemia de COVID-19, España puso en marcha la Estrategia de Salud Pública 2022

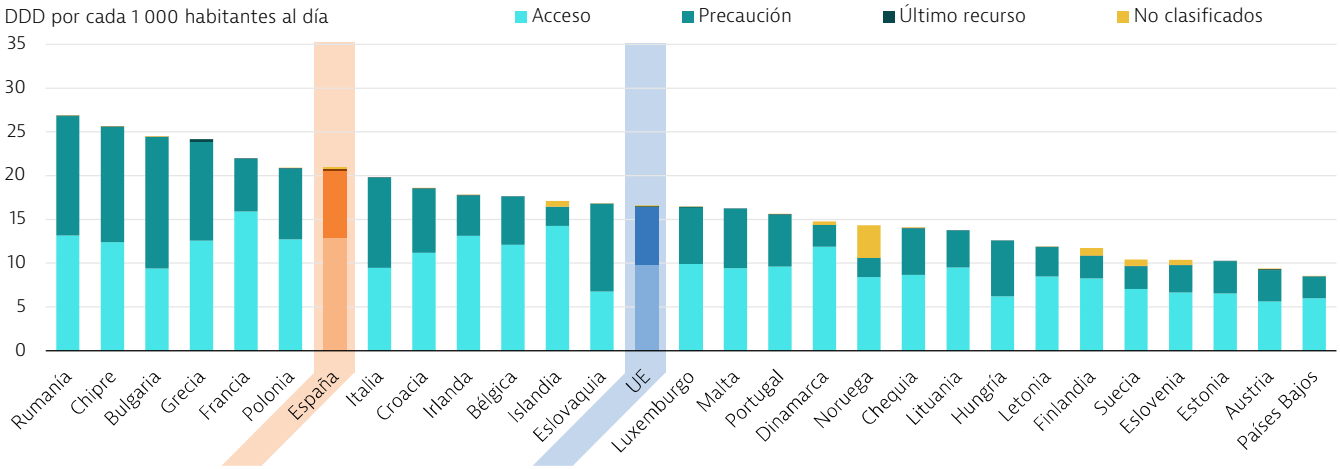
La experiencia con el COVID-19 en España puso de relieve la importancia de contar con una sanidad pública con cimientos sólidos, equipada con una vigilancia y capacidad de respuesta enérgicas. Gracias al aprendizaje de esta experiencia, España adoptó una Estrategia de Salud Pública nacional en 2022, que sirve como herramienta para promover que la sanidad y la equidad en salud aparezcan en todas las políticas públicas. La Estrategia establece un marco de coordinación y describe medidas prioritarias para la sanidad pública, con indicadores y objetivos específicos. Lo que es más importante, la Estrategia adopta un enfoque integrado que tiene en cuenta los conceptos «Una sola salud» y «la salud en todas las políticas», los determinantes sociales de salud y la participación de toda la sociedad.

España se encuentra entre los diez mayores consumidores de antibióticos de la UE

La resistencia a los antimicrobianos es un problema de salud pública importante en la Unión, y se estima que cerca de 35 000 muertes (ECDC, 2022) en la UE o el EEE se deben a infecciones resistentes a los antibióticos y acarrean un coste en concepto de asistencia médica de en torno a 1 100 millones EUR al año (OCDE/ECDC, 2019). Dado que la prescripción y el consumo excesivos de antibióticos de uso humano son los principales factores que contribuyen al desarrollo de bacterias resistentes a los antibióticos, los datos relativos al consumo de estos son una herramienta de utilidad para evaluar el riesgo de resistencia a los antimicrobianos y la eficacia de los programas que promueven su uso racional.

Un Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos se publicó en 2014 y los índices de consumo de antibióticos se han reducido de forma constante en España desde que se dispuso de los primeros datos al respecto en 2016. Sin embargo, a pesar de que durante el primer año de la pandemia se produjo una reducción más marcada de los índices de consumo que continuó en 2021, el índice de consumo de antibióticos de España siguió siendo superior a la media de la UE en 2021 [de 20,8, en comparación con 16,6 dosis diarias definidas (DDD) por cada 1 000 habitantes al día]. En España, más de una tercera parte de los antibióticos consumidos figuran en la lista de precaución de la OMS, en comparación con la media de la UE del 40 %, es decir, se trata de antibióticos que solo deben utilizarse para un número muy limitado de indicaciones (gráfico 20).

Gráfico 20. El índice de consumo de antibióticos en España supera la media de la UE



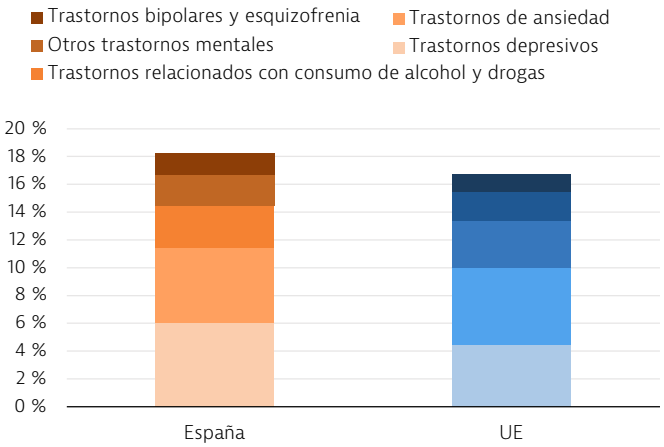
Notas: clasificación de los antibióticos de la OMS (acceso, precaución y último recurso). Acceso: antibióticos de primera y segunda elección que deben estar ampliamente disponibles en todos los países; Vigilancia: antibióticos que solo deben utilizarse para un número específico y muy limitado de indicaciones; Último recurso: antibióticos de último recurso para casos en los que otros antibióticos no han funcionado o para infecciones causadas por bacterias multirresistentes; No clasificados: antibióticos que aún no se han clasificado.
Fuente: ECDC, Oficina Regional para Europa de la OMS (los datos corresponden a 2021).

6 En el punto de mira: la salud mental

La carga de los trastornos de salud mental es elevada en España

Los costes directos e indirectos de las enfermedades mentales son considerables, ya que se estima que en 2015 suponían el 4,2 % del PIB español (OCDE/UE, 2018). Según las estimaciones del IHME, más de una de cada seis personas en España tenía un trastorno de salud mental en 2019, lo cual sitúa al país entre los seis primeros de la UE. Al igual que en muchos países de la UE, los trastornos de salud mental más comunes en España son la depresión y la ansiedad (gráfico 21); en 2021 España era el segundo mayor consumidor de ansiolíticos de prescripción de la UE.

Gráfico 21. Más de una de cada seis personas en España sufría trastornos de salud mental antes de la pandemia de COVID-19



Nota: la media de la UE no es ponderada.
Fuente: IHME (los datos corresponden a 2019).

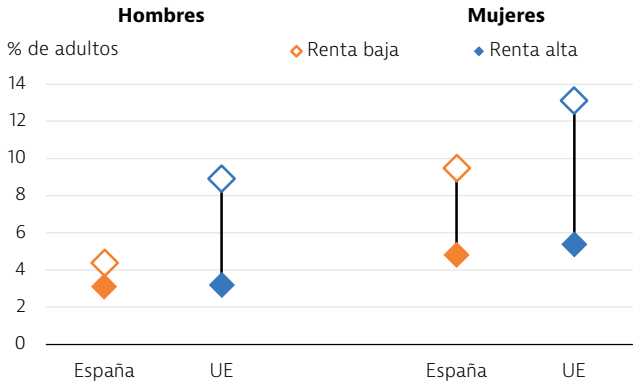
El porcentaje de personas que declara sufrir depresión en España es inferior a la media de la UE

En 2019, el 6 % de la ciudadanía española declaraba sufrir depresión, en comparación con la media del 7 % de la UE, basado en la Encuesta Comunitaria de Salud por Entrevista. Las personas con renta más baja y las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir depresión (gráfico 22). En España, el 9,5 % de las mujeres pertenecientes al quintil de renta más baja declaran tener síntomas depresivos crónicos, en comparación con el 4,8 % de las mujeres pertenecientes al quintil de renta más alta (EHIS, 2019). Además, los datos de una encuesta realizada durante la pandemia en 2020 y 2021 también confirmaron que sigue existiendo una mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las personas de renta más baja en general. La encuesta electrónica de Eurofound «Vida, trabajo y COVID-19» reveló que el porcentaje de adultos españoles que se encuentra en riesgo de sufrir depresión es mucho mayor entre los que declaran atravesar dificultades económicas (64 %) que entre los que no declaran encontrarse en tales dificultades (38 %). Estas proporciones se sitúan ligeramente por encima de las medias de la UE (Eurofound, 2021, 2022).

Los índices de suicidio en hombres y mujeres se han mantenido bastante estables y se encuentran por debajo de las medias de la UE

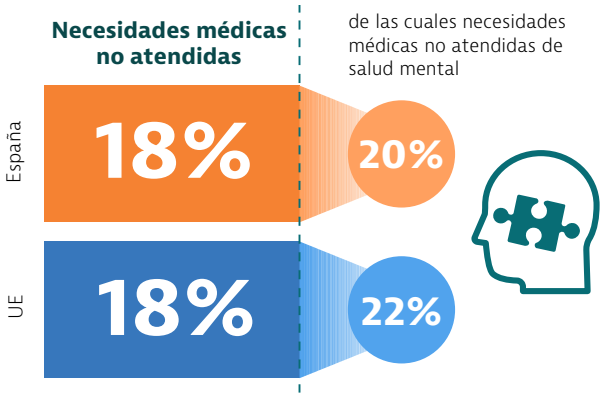
En España los índices de suicidio tanto en hombres como en mujeres se han mantenido constantemente por debajo de las medias de la UE. No obstante, en la UE, los índices promedios de suicidio disminuyeron entre 2005 y 2020, mientras que en España se mantuvieron relativamente estables, y recientemente se han

Gráfico 22. Las mujeres y las personas pertenecientes a los quintiles de renta más baja tienen más probabilidades de declarar depresión



Nota: cuando se alude a las personas de renta alta se hace referencia a las que se encuentran en los quintiles de renta más alta (el 20 % de la población con las rentas más alta), mientras que al aludir a las personas de renta baja se hace referencia a las que pertenecen a los quintiles de renta más baja (el 20 % de la población con las rentas más bajas).
Fuente: base de datos de Eurostat (según los datos del EHIS relativos a 2019).

Gráfico 23. Una quinta parte de las personas que declararon necesidades médicas no atendidas en España declaró que estas necesidades eran de atención de salud mental



Nota: se preguntó a los encuestados si tenían necesidades médicas no atendidas en aquel momento y, de ser así, de qué tipo de asistencia se trataba, incluida la atención a la salud mental.
Fuentes: Eurofound (2021, 2022).

producido ligeros aumentos, en el caso de los hombres desde 2018 y en el de las mujeres desde 2020. En el caso de los hombres, el índice de suicidio era de 12 por cada 100 000 habitantes en 2020; en el caso de las mujeres, fue tres veces inferior (4 por cada 100 000 habitantes).

El Sistema Nacional de Salud proporciona atención de salud mental, pero el porcentaje de necesidades no atendidas se asemeja a las medias de la UE

La atención de salud mental en España se proporciona en el contexto de la atención primaria (la detección temprana de los trastornos mentales, el tratamiento sintomático y el seguimiento de los pacientes tratados se llevan a cabo en los servicios especializados), ambulatoria (por ejemplo, en el caso de los trastornos infantiles) y hospitalaria (en el caso de los episodios agudos y de los pacientes que requieren hospitalización de duración media y prolongada). El paquete de prestaciones del SNS abarca el diagnóstico y el seguimiento de los trastornos mentales, el tratamiento con psicofármacos y la psicoterapia individual, en grupo o familiar (excepto la hipnosis y el psicoanálisis), sin reparto de los costes. Según las encuestas de Eurofound en 2021 y 2022, el 18 % de las personas declararon necesidades médicas no atendidas en España declaró necesidades no atendidas de atención de salud mental, cifra similar a la media de la UE (gráfico 23).

Se ha puesto en marcha una Estrategia de Salud Mental actualizada para mejorar la salud mental de la población

La pandemia de COVID-19 trajo consigo un aumento de la demanda de atención de salud mental, situando así la salud mental en el centro de las políticas en materia de salud pública. El Gobierno ha publicado una nueva Estrategia de Salud Mental 2022-2026, que se ha elaborado en colaboración con sociedades científicas, con los pacientes y sus familias y con las CC. AA. (como departamentos regionales de salud) para mejorar los servicios y apoyar a las familias, así como para promover un modelo de asistencia comunitaria y exhaustiva. Dicha Estrategia hace especial hincapié en los derechos de los ciudadanos, la integración social, la recuperación y la lucha contra el estigma a través de diez iniciativas (Ministerio de Salud, 2022b). Además, el Plan de Acción de Salud mental 2022-2024 que la acompaña, dotado con 100 millones EUR, se centra en la formación profesional, las actividades de sensibilización y la mejora de los recursos humanos.

También se dispone de servicios específicos de prevención del suicidio, entre ellos un teléfono de asistencia para crisis de salud mental que funciona desde mayo de 2022. Desde febrero de 2023, se concede una baja de hasta dos semanas para quienes acompañan a personas en riesgo inminente de suicidio, con el fin de permitir que estas personas sean atendidas por un ser querido.

En 2021 se creó una nueva especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia. A raíz de ello, se actualizaron algunos aspectos del título de psiquiatra/médico especialista en psiquiatría, que definen el perfil profesional, el ámbito de actuación y el modelo de formación de dicho título, de manera que se mejoran la formación y las capacidades de estos especialistas. Ambas especialidades médicas se integran en los equipos multidisciplinares de las redes de salud mental en las que participa otros profesionales sanitarios, como los psicólogos que se especializan en psicología clínica y los enfermeros que se especializan en enfermería en salud mental.

7 Principales resultados

- España tenía la esperanza de vida más alta de la UE en 2022, de 83,2 años, a pesar de que en 2020 se produjo un descenso temporal en el primer año de la pandemia de COVID-19. Aunque los españoles viven más años que otros muchos europeos, también tienen mayor probabilidad de declarar enfermedades crónicas a edades avanzadas. Después de alcanzar un máximo en 2020 con la COVID-19, el exceso de mortalidad disminuyó en 2021, pero volvió a repuntar en 2022 a pesar de la reducción considerable del número de muertes confirmadas por COVID-19.
- En 2021, España destinó el 10,7 % del PIB al gasto en sanidad, un poco menos que la media de la UE de 11,0 %. Pese a que el gasto per cápita en sanidad ha aumentado durante el último decenio, se mantuvo cerca de un tercio por debajo de la media de la UE. Los pagos directos —que superan justo una quinta parte del gasto total en sanidad— se encuentran por encima de la media de la UE. A pesar de ello, España tiene un alto nivel de protección financiera, y garantiza la cobertura sanitaria universal con un amplio paquete de prestaciones en materia de asistencia sanitaria. El gasto público es la principal fuente de financiación de la sanidad española, pero en los últimos años también han aumentado de forma constante los seguros médicos voluntarios.
- Las tasas españolas de mortalidad por causas evitables y tratables se encuentran por debajo de las medias de la UE. Los bajos índices de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva y diabetes en comparación con los de otros países de la Unión pueden deberse, en parte, a la solidez de su sistema de atención primaria. No obstante, hay muchos ámbitos en los que existe margen para mejorar y realizar mayores inversiones en atención primaria y el sector está empezando a aplicar reformas. Uno de los problemas a los que debe hacerse frente es la escasez de personal sanitario, dada la dificultad para contratar médicos y enfermeros en algunas zonas rurales y la escasez de enfermeros en general.
- Las necesidades médicas no atendidas aumentaron en España durante el segundo año de la pandemia, aunque se mantuvieron a un nivel muy bajo. Sin embargo, la brecha entre los grupos de población más ricos y más pobres en lo que respecta a las necesidades no atendidas sigue siendo elevada en cuanto a la atención odontológica. La financiación pública es reducida para la atención odontológica y los equipos terapéuticos, entre ellos la atención oftalmológica y las gafas. Aunque el nivel de pagos directos en España sigue siendo relativamente elevado, las exenciones para numerosos grupos de la población protegen a los hogares del gasto catastrófico.
- El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España destina 1 700 millones EUR a la inversión en el sector de la salud en el periodo 2021-2026, especialmente en el impulso de los equipos médicos de alta tecnología en los hospitales, la mejora de la preparación del sistema sanitario, el refuerzo de la promoción de la salud y la transformación digital de la asistencia sanitaria. Las estrategias específicas, como el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, la Estrategia de Salud Pública 2022 y la Estrategia de Salud Digital de 2021 reflejan lecciones importantes adquiridas durante la experiencia de la pandemia, así como ámbitos clave en los que aumentar la resiliencia del sistema sanitario.
- Frente a la presión del personal sanitario y la escasez de estos profesionales —especialmente, de profesionales de la enfermería, la medicina general, la pediatría y algunas especialidades médicas concretas— el Gobierno ha adoptado medidas para reducir los contratos temporales y aumentar el número de vacantes en los programas de formación de enfermería y especialidades médicas. Estas medidas van encaminadas a desarrollar la capacidad de este personal a más largo plazo y mejorar el acceso a los servicios.
- La carga de los trastornos de salud mental en España es elevada, ya que afecta al 18 % de su población desde 2019. El Sistema Nacional de Salud presta servicios de atención de salud mental. Es posible que debido a la pandemia de COVID-19 un porcentaje considerable de personas hayan declarado necesidades no atendidas de atención de salud mental en España. Se ha puesto en marcha una Estrategia de Salud Mental actualizada para mejorar la salud mental de la población. En particular, se han adoptado estrategias para apoyar a los pacientes afectados por comportamientos suicidas y a sus familias. Además, en 2021 se creó una especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia.

Fuentes principales

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

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Bibliografía

CIBERESP (2022), Excesos de mortalidad por todas las causas y atribuibles a excesos de temperatura en España. 1 de junio a 30 de septiembre de 2022. Centro Nacional de Epidemiología

COVID-19 Health Systems Response Monitor (HSRM) – Spain (2022), WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies

ECDC (2022), Press Release: 35 000 annual deaths from antimicrobial resistance in the EU/EEA. Stockholm.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments (2020), Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg.

Eurofound (2021, 2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds four and five (November 2021 and May 2022). Dublin.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): https://data-browser.hbsc.org

Ministerio de Asuntos Económicos (2022), El Gobierno aprueba la distribución territorial de 28 millones de euros de fondos europeos para el desarrollo de un Espacio Nacional de Datos de Salud. Madrid.

Ministerio de Sanidad (2021), Estrategia de Salud Digital Sistema Nacional de Salud . Madrid.

Ministerio de Sanidad (2022a), Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud. Madrid.

Ministerio de Sanidad, (2022b), Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022–2026. Madrid.

Ministerio de Sanidad (2023), Gestión integral de la vacunación Covid-19. Madrid.

OECD (2020), HCQO Data Collection 2020, OECD.Stat, Paris, OECD Publishing.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial Resistance: Tackling the Burden in the European Union. Paris.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Urbanos-Garrido R et al. (2021), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Spain. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Abreviaturas 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	Rumanía	RO
Chequia	CZ	España	ES	Irlanda	IE	Malta	MT	Suecia	SE
Chipre	CY	Estonia	EE	Islandia	IS	Noruega	NO		

European Commission

State of Health in the EU
Perfil sanitario nacional 2023

Los perfiles sanitarios nacionales son un elemento clave del ciclo de la Comisión Europea sobre el estado de la salud en la UE, un proyecto de intermediación de conocimientos desarrollado con el apoyo financiero de la Unión Europea.

Estos perfiles son el resultado de una colaboración entre la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias, en colaboración con la Comisión Europea. Sobre la base de una metodología coherente que utiliza datos tanto cuantitativos como cualitativos, el análisis abarca los últimos retos y avances de la política sanitaria en cada país de la UE o del EEE.

La edición de 2023 de los perfiles sanitarios nacionales ofrece una síntesis de diversos aspectos críticos, entre ellos:

- el estado actual de salud en el país;
- factores determinantes de la salud, prestando especial atención a los factores de riesgo conductuales;
- la estructura y la organización del sistema sanitario;
- la eficacia, accesibilidad y resiliencia del sistema sanitario;
- Por primera vez en la serie, una relación de la situación de la salud mental y los servicios conexos dentro del país.

El informe de síntesis de la Comisión Europea complementa las principales conclusiones de los perfiles sanitarios nacionales.

Para más información, consulte esta dirección: ec.europa.eu/health/state

Rogamos cite esta publicación del siguiente modo:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
España: Perfil sanitario nacional 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264415959 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (en línea)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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