



State of Health in the EU

España

Perfil sanitario nacional 2021

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. 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.

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 en evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios.

Contenido

1. HITOS DESTACADOS	3
2. LA SALUD EN ESPAÑA	4
3. FACTORES DE RIESGO	6
4. EL SISTEMA SANITARIO	7
5. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO	11
5.1 Eficacia	11
5.2 Accesibilidad	14
5.3 Resiliencia	17
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 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 2021 y está basado en los datos disponibles a finales de agosto de 2021.

Contexto demográfico y socioeconómico de España, 2020

Factores demográficos	España	UE
Tamaño de la población	47 332 614	447 319 916
Porcentaje de población mayor de 65 años (%)	19.6	20.6
Tasa de fertilidad ¹ (2019)	1.2	1.5
Factores socioeconómicos		
PIB per cápita (PPA ² en EUR)	25 611	29 801
Tasa de pobreza relativa ³ (% , 2019)	20.7	16.5
Tasa de desempleo (%)	15.5	7.1

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.

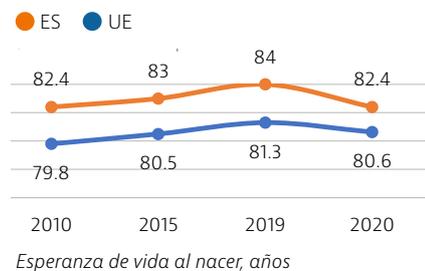
Este documento, así como los datos y mapas incluidos en él, se entienden sin perjuicio del estatuto de cualquier territorio o de la soberanía sobre este, de la delimitación de las fronteras y límites internacionales ni del nombre de cualquier territorio, ciudad o zona.

Se aplican las exenciones de responsabilidad adicionales de la OMS.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

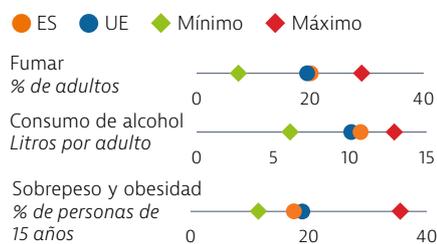
1 Hitos destacados

La esperanza de vida en España es una de las más altas de Europa, pero disminuyó significativamente en 2020 debido al impacto de la pandemia de COVID-19. Por término medio, la población española pasa más tiempo viviendo en buen estado de salud que la población de otros países de la UE, pero han aumentado algunos factores de riesgo, como el consumo de alcohol. Aunque el sistema sanitario español ofrece un buen acceso a una asistencia de calidad, la pandemia de COVID-19 movilizó esfuerzos en materia de prevención y salud pública, aumentando temporalmente el personal sanitario y el uso de la sanidad electrónica. La asistencia sanitaria universal y un sistema de atención primaria sólido han sido fundamentales en la respuesta a la pandemia de COVID-19.



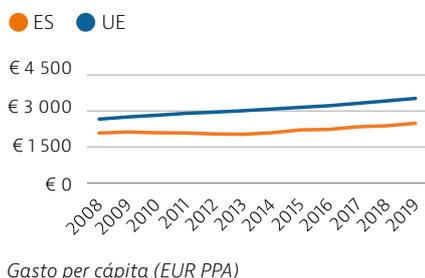
Estado de salud

La esperanza de vida en España en 2020 fue casi 2 años superior a la media de la UE, a pesar de un descenso de 1,6 años debido a la elevada mortalidad que se registró durante la pandemia de COVID-19. Antes de la pandemia, la esperanza de vida había aumentado a ritmo estable en España en más de 4 años entre 2000 y 2019, alcanzando los 84 años en 2019. Históricamente, las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer han sido las principales causas de muerte.



Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la salud son los principales impulsores de la mortalidad en España. Si bien el consumo de tabaco ha disminuido en las dos últimas décadas, 1 de cada 5 adultos aún fumaba a diario en 2019. El consumo de alcohol ha aumentado y fue ligeramente superior a la media de la UE en 2019. Alrededor del 18 % de los jóvenes de 15 años tenían sobrepeso u obesidad en 2018, ligeramente por debajo de la media de los países de la UE.

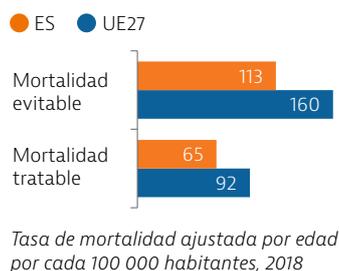


Sistema sanitario

El gasto en sanidad per cápita en España sigue siendo inferior a la media de la UE. Existe una brecha creciente entre España y los países de la UE en cuanto al gasto sanitario total, lo que indica un crecimiento más lento en la última década. Desde 2014, el gasto per cápita ha ido en aumento hasta alcanzar los 2 488 EUR en 2019. Los niveles de pago directo de España están muy por encima de la media de la UE (21,8 % frente al 15,4 % del gasto sanitario total en 2019) y consisten principalmente en copagos para medicamentos, productos sanitarios fuera de los hospitales y atención odontológica.

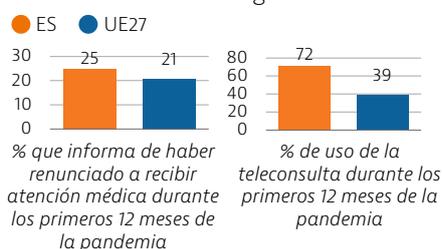
Eficacia

Las tasas de mortalidad por causas evitables y tratables en España son inferiores a la media de la UE, impulsadas por políticas eficaces de salud pública y prevención antes de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón y de colon siguen siendo elevadas.



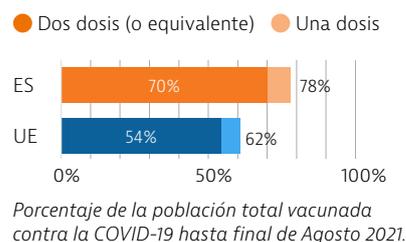
Accesibilidad

El acceso a la asistencia sanitaria en España, en líneas generales, es bueno. Aunque las necesidades no atendidas son muy bajas en el caso de la atención médica, no es el caso de la atención odontológica. El acceso a los servicios de atención médica se vio afectado durante la primera ola de la pandemia, pero el creciente uso de las teleconsultas ayudó a mantener el acceso a la sanidad durante las siguientes olas.



Resiliencia

La pandemia de la COVID-19 tuvo un impacto severo en España y se tomaron medidas específicas para coordinar los esfuerzos de respuesta. España fue actualizando su campaña de vacunación y al final de agosto de 2021, su tasa de vacunación era significativamente más alta que la media de la UE.



2 La salud en España

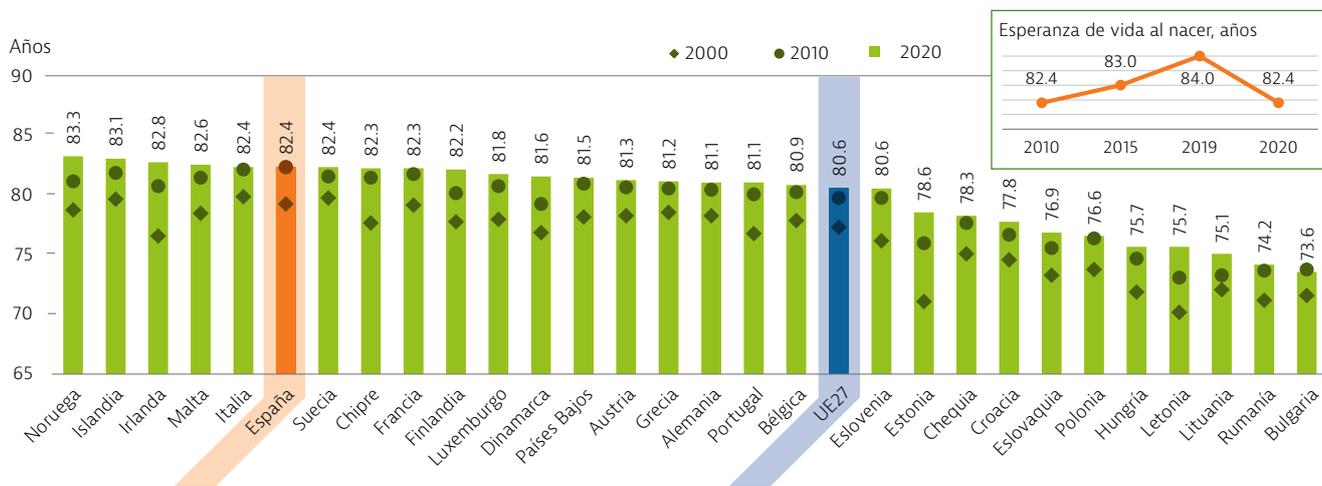
La COVID-19 afectó considerablemente a la esperanza de vida, que antes era la más alta de la UE

La esperanza de vida al nacer en España aumentó en más de 4 años entre el año 2000 y el 2019, hasta alcanzar los 84 años en 2019, convirtiéndose en la más elevada de todos los países de la UE. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 provocó una caída temporal de 1,6 años en 2020 (gráfico 1), la mayor disminución entre los países de la UE. No obstante, la esperanza de vida sigue

siendo superior a la media de la UE, que se encuentra en 80,6 años.

Las diferencias entre las comunidades autónomas en lo que respecta a la esperanza de vida en el país disminuyeron entre 2006 y 2012 y aumentaron de nuevo en 2017, lo que reflejó las diferencias en la recuperación de las distintas autonomías tras la crisis financiera (Zueras, 2020). La brecha de género es similar a la media de la UE, ya que en 2020 las mujeres españolas vivían una media de 5,4 años más que los hombres.

Figura 1. La esperanza de vida en España se mantiene por encima de la media de la UE, a pesar de una fuerte caída en 2020



Nota: La media de la UE es ponderada. Los datos correspondientes a Irlanda se refieren a 2019. Fuente: Base de datos de Eurostat.

Las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer de pulmón fueron los principales causas de muerte en los últimos años

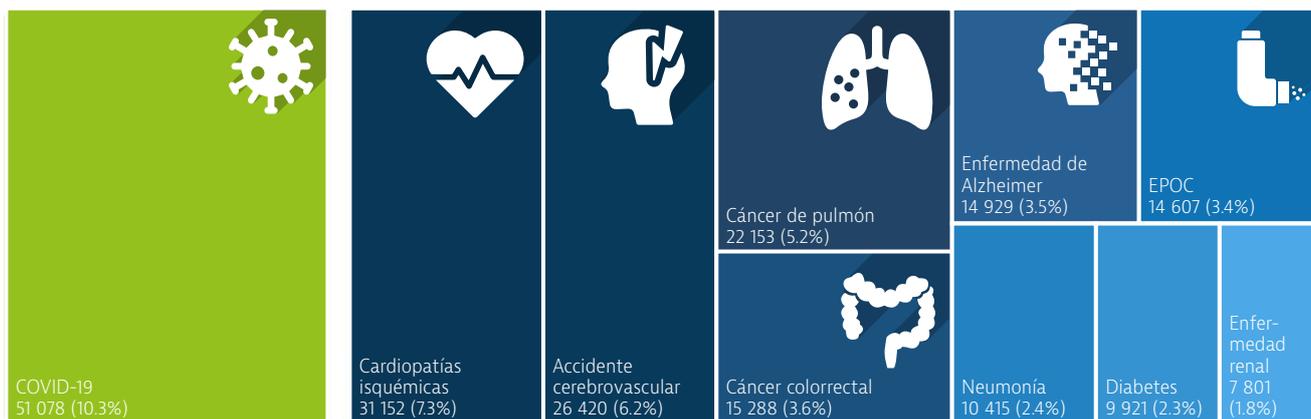
El aumento de la esperanza de vida en España entre el año 2000 y el 2019 se debió principalmente a la reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, especialmente cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares (accidentes cerebrovasculares), aunque estas siguieron siendo las principales causas de mortalidad en 2018 (gráfico 2). El cáncer de pulmón siguió siendo la causa más frecuente de muerte por cáncer en 2018, aunque la tasa de mortalidad también ha disminuido desde el año 2000 como consecuencia de la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La COVID-19 ha provocado un elevado número de muertes en España

En 2020, la COVID-19 provocó más de 51 000 muertes en España (más del 10 % de todas las muertes). A finales de agosto de 2021, se habían registrado 33 000 muertes más. La mayoría de las muertes se produjeron entre personas de 80 años o más. La tasa de mortalidad acumulada debido a la COVID-19 hasta finales de agosto de 2021 en España fue superior a la media de los países de la UE, con alrededor de 1 780 por millón de habitantes, frente a una media de aproximadamente 1 590 en la UE.

Sin embargo, el indicador más amplio de exceso de mortalidad, definido como un número de muertes por todas las causas superior al que cabría esperar normalmente atendiendo al nivel de referencia de años anteriores, sugiere que el número de muertes relacionadas con la COVID-19 en 2020 podría haber sido mayor. En general, entre principios de marzo y finales de diciembre de 2020, el exceso de mortalidad (alrededor de 82 000 muertes) fue aproximadamente un 60 % superior al de las muertes por COVID-19 notificadas (alrededor de 51 000).

Gráfico 2. La COVID-19 provocó un elevado número de muertes en 2020



Nota: El número de muertes por COVID-19 hace referencia a 2020 y procede del sistema de vigilancia epidemiológica, mientras que el número de muertes por causa de muerte en 2018 procede de las estadísticas de muertes por causa de muerte. El tamaño de la caja correspondiente a la COVID-19 es proporcional al tamaño de las demás causas principales de muerte en 2018.

Fuentes: Eurostat (para las causas de muerte en 2018); ECDC (para las muertes por COVID-19 en 2020, hasta la semana 53).

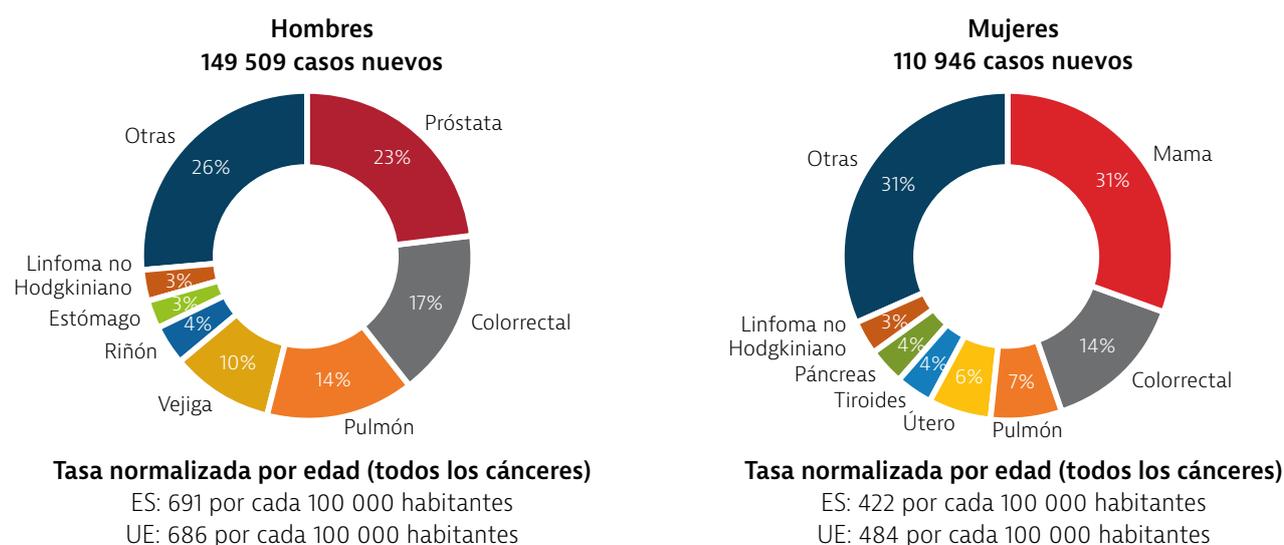
La mayoría de los españoles declararon tener buena salud antes de la pandemia de COVID-19

En 2019, el 75 % de los adultos españoles declaró tener buena salud, un porcentaje superior a la media de la UE (69 %). Sin embargo, al igual que en otros países, hay más probabilidades de que las personas con rentas más altas declaren disfrutar de buena salud: en el quintil de renta más alto, un 84 % declaró un buen estado de salud, frente al 70 % en el quintil más bajo. Al mismo tiempo, el 29 % de los adultos declararon tener al menos una enfermedad crónica, una proporción inferior a la media de la UE (36 %). Muchas de estas enfermedades aumentan el riesgo de sufrir complicaciones graves causadas por la COVID-19.

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

Según las últimas estimaciones del Centro Común de Investigación basadas en las tendencias de la incidencia de años anteriores, en 2020 se esperaban en España alrededor de 260 000 nuevos casos y unas 110 000 muertes por cáncer, aunque la pandemia afectó a la detección y el diagnóstico del cáncer en el país¹ (véase la sección 5.1). El gráfico 3 muestra que los tipos de cáncer más comunes entre los hombres son el de la próstata, el colorrectal y el de pulmón, mientras que entre las mujeres se espera que el cáncer de mama sea el principal, seguido del colorrectal y el de pulmón. El Plan Nacional contra el Cáncer en el país se actualizó en marzo de 2021; su objetivo es mejorar la calidad de la atención que reciben los pacientes oncológicos y el apoyo que se presta a sus familias (véase la sección 5.1).

Gráfico 3. La incidencia del cáncer en España se acerca a la media de la UE



Nota: 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.

1. Estas estimaciones se realizaron antes de la pandemia de COVID-19; esto puede haber afectado tanto a la incidencia como a las tasas de mortalidad del cáncer durante 2020.

3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo comportamentales y medioambientales siguen teniendo importantes repercusiones en la mortalidad

Alrededor de un tercio de todas las muertes en España en 2019 pueden atribuirse a factores de riesgo comportamentales, una proporción inferior a la media de la UE (gráfico 4). 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. Algunos factores medioambientales, como la contaminación atmosférica, también representan un número considerable de muertes (más de 11 000 en 2019), aunque también fue inferior a la media de la UE.

Gráfico 4. Las muertes atribuidas a los riesgos asociados con la alimentación en España son muy inferiores a la media de la UE



Nota: 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 remite 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).

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

Si bien la proporción de adultos que fuma a diario ha descendido desde el año 2000, sigue siendo superior a la mayoría de los países de la UE (gráfico 5). Uno de cada cinco adultos (20 %) fumaba a diario en 2019 según la Encuesta Nacional de Salud, frente a la media de la UE, que se sitúa en el 19 %². Esta tasa se debe principalmente a las elevadas tasas de tabaquismo entre los hombres: un 23 % de los hombres declaró que fumaba diariamente, frente a solo el 17 % de las mujeres, pero la reducción de las tasas de tabaquismo ha sido más lenta entre las mujeres. Entre los jóvenes de 15 años, el 16 % declaró fumar al menos ocasionalmente en 2018, ligeramente por debajo de la media de la UE (18 %). El Gobierno ha introducido recientemente medidas de salud pública para reducir la prevalencia del tabaquismo (véase la sección 5.1).

El consumo de alcohol ha aumentado durante la última década

El consumo de alcohol entre los adultos en España aumentó entre 2010 y 2019 y actualmente es más elevado que en muchos países de la UE. Sin embargo, solo alrededor del 6 % de los adultos notificaron un consumo excesivo ocasional del alcohol (consumo masivo ocasional³) en 2019, la segunda tasa más baja de los países de la UE. En 2018, 1 de cada 5 jóvenes de 15 años declaró haberse embriagado más de una vez en su vida, una cifra ligeramente inferior a la media de la UE. La última reforma fiscal sobre las bebidas alcohólicas, de 2017, estableció una subida de impuestos del 4,3 %.

El sobrepeso y la obesidad en España son problemas cada vez más graves

Alrededor del 18 % de los jóvenes de 15 años tenían sobrepeso u obesidad en 2018, una proporción que había aumentado ligeramente desde el 16 % en 2010, pero que se aproximaba a la media de la UE del 19 %. Hay un mayor porcentaje de chicos de 15 años que son obesos o tienen sobrepeso (21 %) que de chicas (14 %), aunque los chicos afirman realizar más actividad física. La tasa de

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, si bien se registra una disminución del número de cigarrillos consumidos.

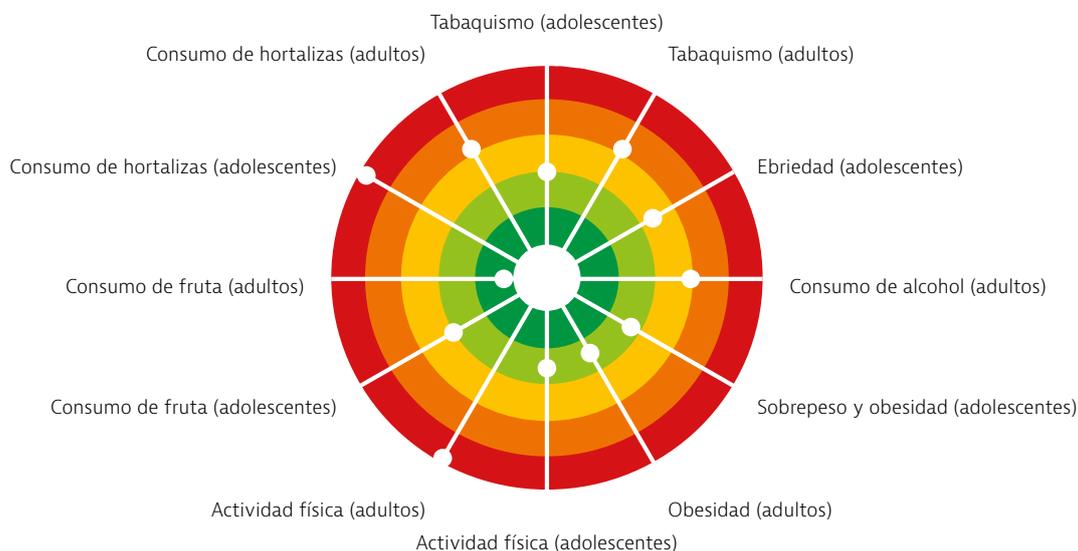
3. El consumo masivo ocasional se define como el consumo de seis o más bebidas alcohólicas en una sola sesión en adultos, y cinco o más en adolescentes.

obesidad también ha aumentado entre los adultos: casi 1 de cada 6 adultos sufría obesidad en 2019, un incremento con respecto a la cifra de 1 de cada 8 en 2001.

Esta tendencia pone de relieve la importancia de los hábitos alimentarios y la actividad física. Tres cuartas partes de los adolescentes en España declararon no

haber ingerido al menos una ración de verdura al día en 2018, la segunda proporción más alta de los países de la UE. La tasa de consumo de fruta fue ligeramente superior, pero dos tercios de los jóvenes de 15 años notificaron que no comían al menos una fruta al día.

Gráfico 5. El tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad en España son problemas importantes de salud pública



*Nota: 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 2017-2018 en el caso de los indicadores relativos a los adolescentes, y las estadísticas sanitarias de la OCDE, EU-SILC 2017, EHIS 2014 y 2019 en el caso de los indicadores relativos a los adultos.*

4 El sistema sanitario

España tiene un sistema sanitario descentralizado con coordinación nacional

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se basa en la cobertura universal y se financia principalmente mediante impuestos. Aunque la planificación y la reglamentación nacionales siguen siendo responsabilidad del Ministerio de Sanidad, las diecisiete consejerías autonómicas de sanidad ostentan las competencias en materia sanitaria y la competencia directa en materia de planificación operativa a escala de comunidad autónoma, asignación de recursos, adquisición y prestación de servicios, a menudo con la asistencia de agencias nacionales especializadas, como la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que incluye a la ministra nacional y los diecisiete consejeros de Sanidad autonómicos, se encarga de la coordinación de alto nivel de acciones comunes a los sistemas sanitarios autonómicos. También

ha desempeñado un papel clave en la gestión de la respuesta del sistema sanitario español a la pandemia de COVID-19 (recuadro 1). En 2020 se creó una nueva Secretaría de Estado de Sanidad a escala nacional para mejorar la comunicación de las estrategias nacionales de salud y reforzar la cooperación y la coordinación tanto entre las administraciones sanitarias territoriales como con las organizaciones internacionales.

El gasto sanitario de España ha aumentado en los últimos años, pero sigue estando por debajo de la media de la UE

En 2019, el gasto sanitario per cápita (ajustado en función de las diferencias en el poder adquisitivo) ascendió a 2 488 EUR, un 30 % por debajo de la media de la UE, de 3 523 EUR (gráfico 6). Esto corresponde al 9,1 % del PIB, también por debajo de la media de la UE, del 9,9 %. La proporción de la financiación pública en el gasto sanitario total fue del 70,6 % en 2019, porcentaje inferior a la media de la UE (79,7 %). Aunque la proporción del gasto público en sanidad disminuyó del 75,1 % en 2009

Recuadro 1. La respuesta a la COVID-19 está coordinada entre el Gobierno central y las comunidades autónomas

Al inicio de la pandemia, el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma transfirió la responsabilidad de las comunidades autónomas al Gobierno nacional para que se adoptaran medidas destinadas a mitigar la crisis de la COVID-19. El Real Decreto también puso a todas las autoridades sanitarias financiadas con fondos públicos de todo el país bajo las órdenes directas del Ministro de Sanidad, encomendado a garantizar la cohesión y la equidad en la prestación de servicios sanitarios en todo el territorio nacional. No obstante, todas las decisiones se debatieron en el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud.

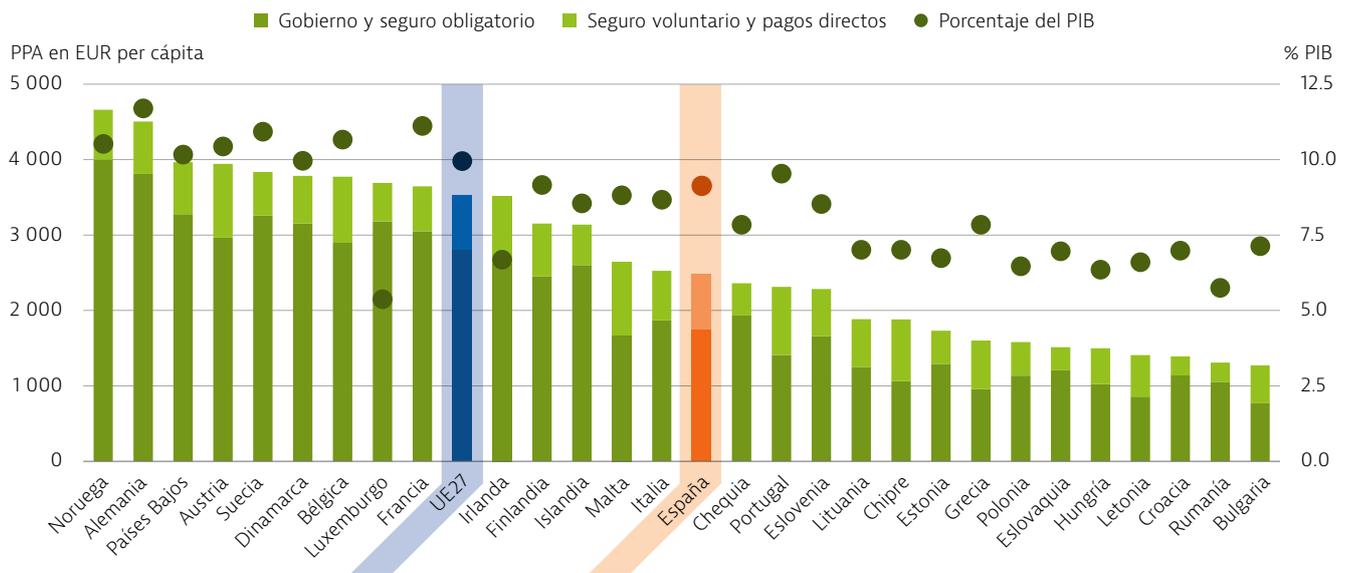
Llegado el fin del estado de alarma, las comunidades autónomas y los ayuntamientos recuperaron la capacidad de tomar decisiones en lo que respecta a la respuesta a la COVID-19 en el ámbito sanitario y social. Con el fin de armonizar la respuesta a los nuevos brotes en todo el país, en julio de 2020 el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas acordaron un plan de respuesta a la COVID-19. En el marco del plan, las autoridades sanitarias autonómicas determinan las medidas que deben adoptarse en función de la situación epidemiológica local y de su capacidad para aplicar medidas de contingencia, actuando en coordinación con el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial.

Fuente: COVID-19 Health System Response Monitor.

al 70,3 % en 2014 como consecuencia de las medidas de reducción de costes y el aumento de los copagos de los medicamentos, medidas introducidas tras la crisis económica de 2009, esta proporción ha empezado a aumentar de nuevo en los últimos años (véase la

sección 5.3). A lo largo de 2020, el Gobierno aprobó inyecciones adicionales de fondos para las comunidades autónomas por un total de 12 200 millones EUR para hacer frente a los crecientes gastos sanitarios de la pandemia de COVID-19.

Gráfico 6. España gasta menos por habitante en atención sanitaria que muchos otros países de la UE



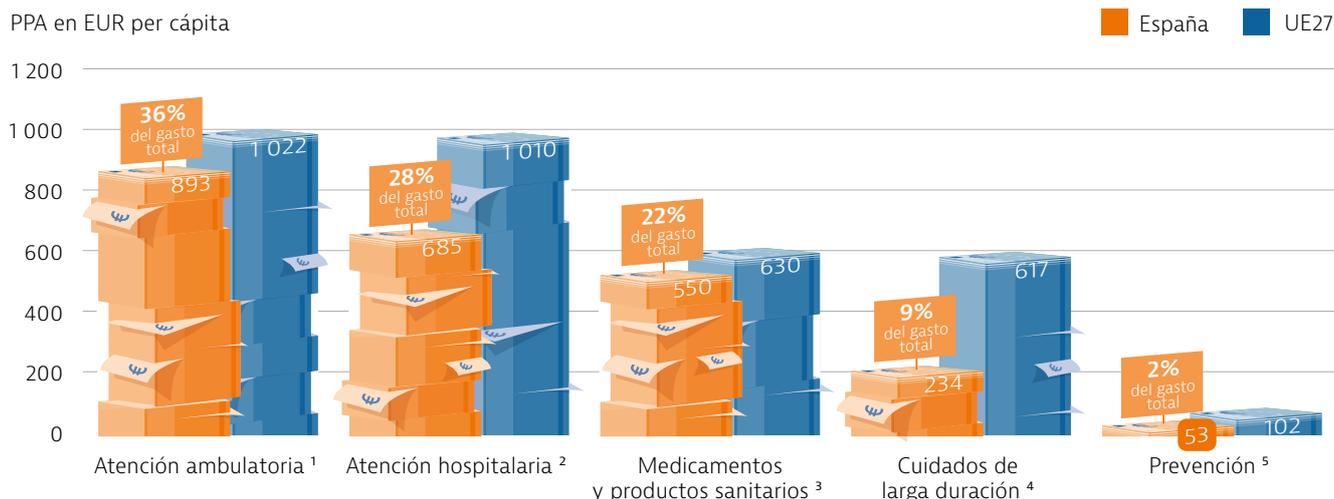
Nota: La media de la UE es ponderada.
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2021 (datos correspondientes a 2019, excepto en el caso de Malta, que corresponden a 2018).

La atención farmacéutica supone más gasto sanitario que en la UE

España gasta menos per cápita en las distintas categorías de atención sanitaria que las medias de la UE (gráfico 7). Como reflejo de sus servicios de atención primaria relativamente sólidos, la mayor parte del gasto en atención sanitaria (36 % en 2019) en España se destinó a atención ambulatoria, mientras que el gasto hospitalario fue del 25 %. Otro 22 % se destinó a la atención farmacéutica, por encima de la media de la UE (20 %). Con 53 EUR per cápita, el gasto en servicios preventivos

es aproximadamente la mitad de la media de la UE, de 102 EUR. El gasto en cuidados de larga duración también representa una proporción relativamente baja del gasto total (9,4 % frente a una media del 16,3 % en la UE).

Gráfico 7. El mayor gasto sanitario per cápita en España se produce en atención ambulatoria, pero es inferior a la media de la UE



Notas: No se incluyen los costes de administración del sistema sanitario. 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. La media de la UE es ponderada. Fuentes: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2021; base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2019).

La mayoría de los pagos directos se destinan a medicamentos, pero existen exenciones para los grupos vulnerables

Los pagos directos aumentaron de forma constante entre 2010 y 2014, antes de disminuir ligeramente para alcanzar el 21,8 % del gasto sanitario actual en 2019. Los niveles de pago directo de España, que consisten principalmente en copagos de medicamentos, productos sanitarios fuera de los hospitales (incluidos dispositivos ortoprotésicos, como sillas de ruedas, audífonos y similares) y atención odontológica, están muy por encima de la media de la UE, que se sitúa en el 15,4 %. Tras una revisión en 2012, las tasas de participación de los pacientes en el coste de los medicamentos aumentaron y se calcularon en función del nivel de ingresos y de la situación laboral, incluidos los techos mensuales de gasto para proteger a los pensionistas. También se han introducido y ampliado en los últimos años exenciones importantes para otros grupos vulnerables (véase la sección 5.2). Los costes de las pruebas y el tratamiento de la COVID-19 están cubiertos por el Servicio Nacional de Salud y se facilitan gratuitamente. Existen opciones de autodiagnóstico de la COVID-19, si bien en caso de resultar positivos es necesario realizarse una prueba PCR prescrita por un médico.

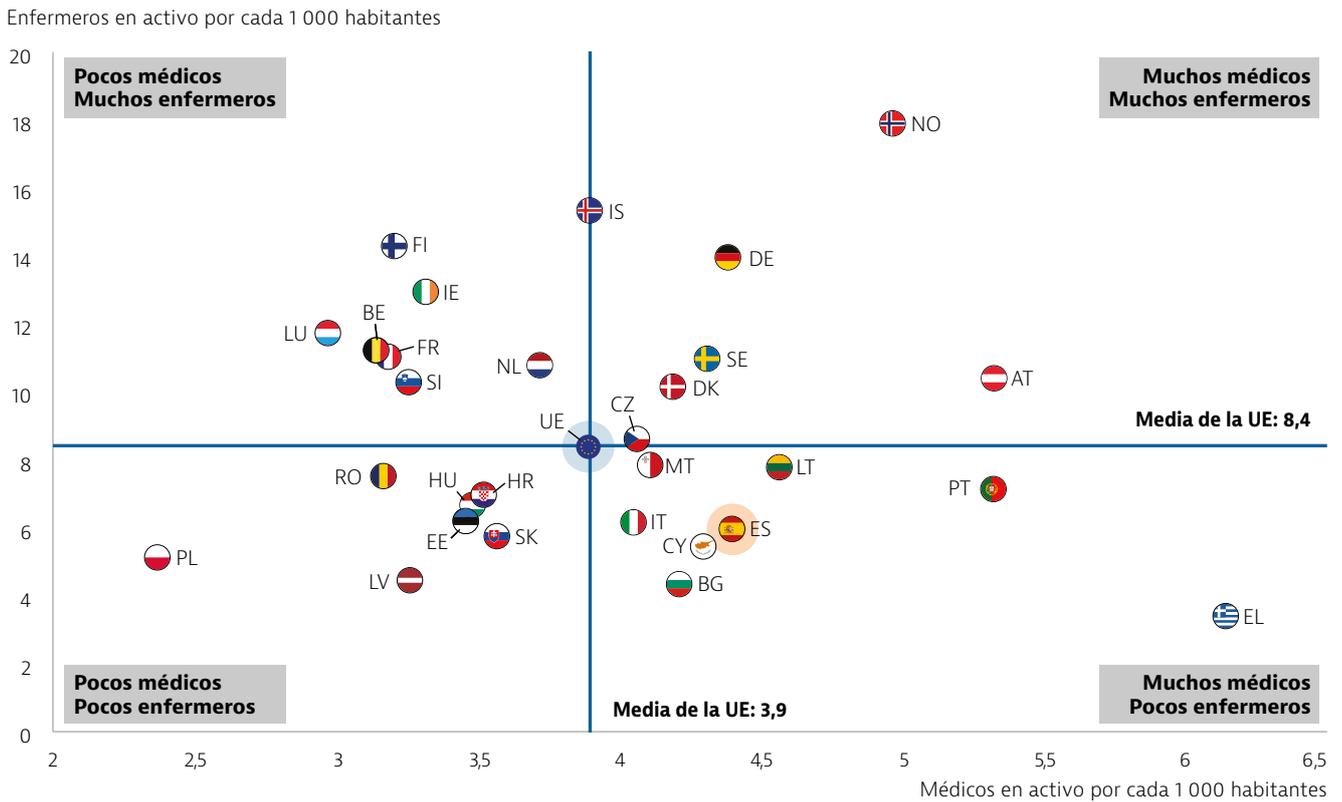
El número de médicos y enfermeros ha aumentado en los últimos años, pero también han aumentado los contratos temporales

El número de médicos y enfermeros en España ha aumentado. El número de médicos por cada 1 000 habitantes es ligeramente superior a la media de los países de la UE (4,4 frente a 3,9 en 2019), mientras que la proporción de enfermeros (sin incluir a los auxiliares de enfermería), de 5,9 por cada 1 000 habitantes, sigue siendo muy inferior a la media de los países de la UE, que se encuentra en 8,4 (gráfico 8). La proporción de médicos generales en el país es similar a la media de la UE (20,8 % frente al 20,6 %).

La distribución de médicos y enfermeros varía de una comunidad autónoma a otra, y también es desigual entre las zonas urbanas y las rurales (véase la sección 5.2). Además, el uso de contratos temporales en el Servicio Nacional de Salud ha aumentado con el tiempo: el 41,9 % de todos los trabajadores tenía un contrato temporal en 2020, frente al 28,5 % de 2012 (INE, 2021).



Gráfico 8. España tiene una cantidad relativamente elevada de médicos, pero pocos enfermeros



Nota: La media de la UE no es ponderada. 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.
Fuente: Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2019 o al año más próximo).

El número de camas de hospital ha seguido siendo bajo, mientras que el número de camas de cuidados de larga duración ha aumentado

Antes de la pandemia, el número de camas de hospital era relativamente bajo (3 por cada 1 000 habitantes en hospitales del Servicio Nacional de Salud) en comparación con la media de la UE (5,3), y se ha mantenido sin cambios desde 2012. El porcentaje de camas públicas utilizadas en los hospitales del Servicio Nacional de Salud aumentó ligeramente, pasando del 79,5 % en 2015 al 80,7 % en 2018 (Ministerio de Sanidad, 2021a). Mientras tanto, el número de camas de cuidados de larga duración para las personas mayores aumentó considerablemente, pasando de 19,2 camas por cada 1 000 habitantes de 65 años o más en 2005 a 43,7 en 2018, algo más del doble en 13 años. Este aumento se produjo principalmente en las instituciones de cuidados de larga duración, tras la aprobación de la legislación en materia de asistencia social en 2006, que creó el Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

El gran número de pacientes que necesitaron hospitalización para los casos más graves de COVID-19 en la primavera de 2020 supuso una gran presión en las camas destinadas al tratamiento de agudos y de la unidad de cuidados intensivos (UCI). La mayoría de los hospitales tuvieron que crear espacio adicional para los pacientes de COVID-19 separándolos de otros pacientes al comienzo de la crisis. Esta reubicación tenía por objeto mantener separados a los pacientes de COVID-19 del resto o bien mantener camas libres por si los índices de contagio aumentaban más adelante en el año (véase la sección 5.3).



5 Funcionamiento del sistema sanitario

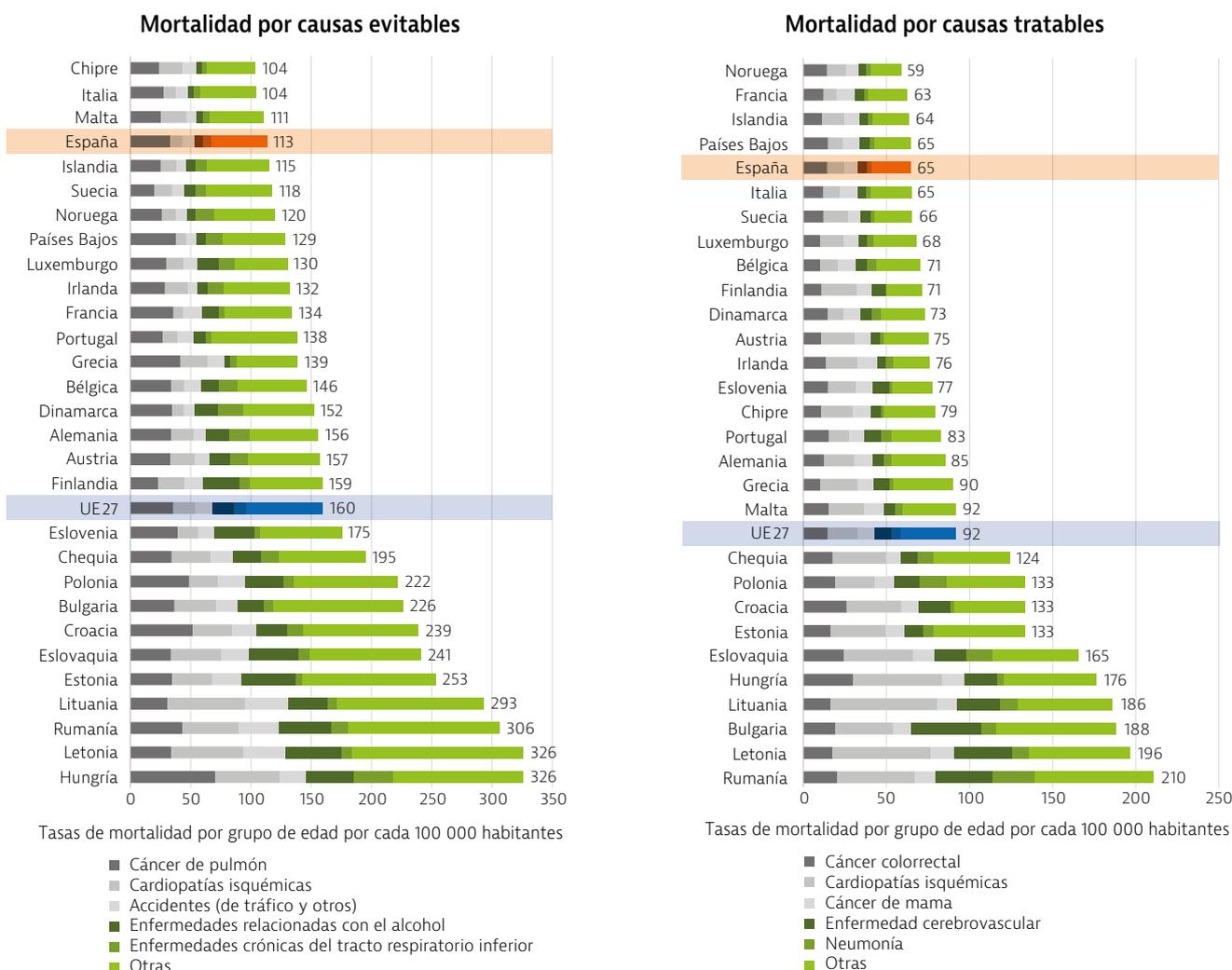
5.1 Eficacia

España tiene algunas de las tasas de mortalidad más bajas por causas evitables y tratables

Las tasas de mortalidad evitable en España antes de la pandemia de COVID-19 se encontraban entre las más bajas de la UE (gráfico 9), impulsadas por las políticas eficaces de salud pública y prevención y 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. Aunque existe una clara tendencia a la baja desde 2016, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón siguen siendo elevadas y cercanas a la media de la UE (33 por cada 100 000 habitantes, frente a 36 en la UE), lo que refleja altas tasas de tabaquismo (véase la sección 2).

Las tasas de mortalidad por causas tratables que no deberían haberse producido de haberse prestado una asistencia sanitaria oportuna y eficaz se encuentran entre las más bajas de Europa y han disminuido desde 2011 (de 74 por cada 100 000 habitantes en 2011 a 65 en 2018). Estas tendencias favorables guardan relación con la baja tasa de mortalidad por cardiopatías isquémicas (que se considera a la vez evitable y tratable) y con unas tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (accidentes cerebrovasculares) y cáncer de mama igualmente bajas. Estas tasas de mortalidad bajas también reflejan (al menos en parte) una incidencia relativamente baja de algunas de estas enfermedades en España en comparación con la media de la UE. Sin embargo, las tasas de mortalidad por algunos tipos de cáncer, como el colorrectal, son más elevadas y permanecen cerca de la media de la UE.

Gráfico 9. Las tasas de mortalidad por causas evitables y tratables en España se encuentran significativamente por debajo de las medias 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 detección y el tratamiento. La mitad de todas las muertes por algunas enfermedades (p. ej., cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares) se atribuye a la mortalidad evitable; la otra mitad se atribuye a causas tratables. 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/Eurostat. Fuente: Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2018, excepto en el caso de Francia, que corresponden a 2016).

Diversas iniciativas de salud pública han abordado los factores de riesgo

La principal ley que regula el consumo de tabaco en lugares públicos y la publicidad de los productos del tabaco se aprobó en 2005 y se endureció en 2010. La ley de 2010 amplió el número de espacios libres de humo del tabaco para incluir cualquier espacio público, y promovió los programas de deshabituación tabáquica, en especial en la atención primaria. También prohibió la publicidad de productos del tabaco en formatos de comunicación audiovisual. En 2017, cambiaron las normas sobre la presentación de paquetes de tabaco: a partir de entonces, las etiquetas debían incluir advertencias sanitarias, se establecieron requisitos de calidad y seguridad de los aditivos y se estableció un formato común para la notificación de cigarrillos electrónicos. También se subieron los impuestos sobre los paquetes de cigarrillos y el tabaco de liar.

Con el fin de mejorar la salud de los consumidores y reducir los niveles de sobrepeso y obesidad, en 2019 el Gobierno y la industria alimentaria llegaron a un acuerdo para reducir el contenido de azúcar, sal y grasa en más de 3 500 productos alimenticios y bebidas en los próximos 3 años, para lo que se comprometieron voluntariamente casi 400 empresas. Se espera que estos ingredientes se reduzcan en torno a un 10 % de media. Más recientemente, el sistema de etiquetado nutricional Nutriscore entró en vigor en 2021. Aunque su uso es voluntario, algunas organizaciones de la industria alimentaria han anunciado que lo aplicarán.

NUTRI-SCORE



Se ha intensificado la vacunación contra la gripe entre la población española

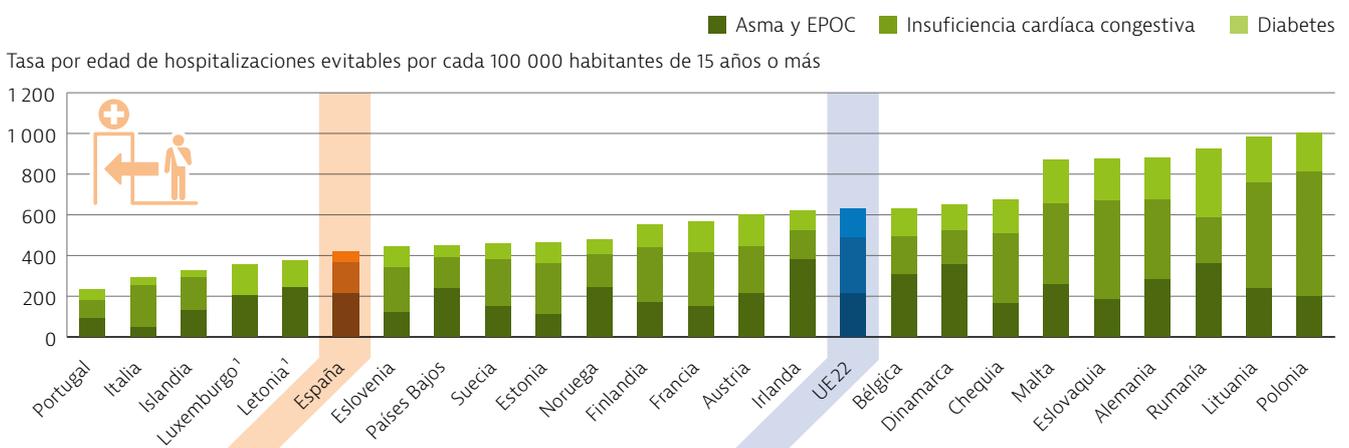
La cobertura de vacunación contra la gripe entre las personas mayores en España iba en descenso antes de la pandemia; en 2019, solo el 55 % de las personas de

65 años o más se habían vacunado. Esta cifra había ido descendiendo desde el 66 % de 2009, pero seguía siendo superior a la media de la UE. En septiembre de 2020, el Ministerio de Sanidad puso en marcha una campaña nacional para promover la vacunación contra la gripe entre la población, proteger a las personas vulnerables y evitar un posible solapamiento de la epidemia de gripe estacional y la pandemia de COVID-19. El Ministerio adquirió 5 millones de dosis de vacunas contra la gripe más que en 2019 a fin de reforzar las capacidades de los sistemas sanitarios autonómicos. La campaña de vacunación comenzó antes de lo habitual y la tasa de vacunación de las personas mayores de 65 años aumentó hasta el 66 % durante la campaña 2020/21.

Se consigue un bajo número de hospitalizaciones evitables gracias a una buena atención primaria y a la integración

Las tasas de hospitalización por diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva en España se encuentran entre las más bajas de la UE, mientras que las tasas de hospitalización por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se aproximan a la media de los países de la UE (gráfico 10). Además de reflejar la menor prevalencia de estas enfermedades en España en comparación con muchos otros países de la UE, estas bajas tasas de hospitalización evitable reflejan un sistema de atención primaria relativamente sólido y un modelo eficiente de integración de la asistencia, donde los médicos generales controlan el acceso a cuidados más especializados y los equipos proporcionan tratamientos de agudos y crónicos, así como algunos servicios de prevención y promoción de la salud, a toda la población. Además, todos los niveles de asistencia actúan de facto como proveedores integrados, lo que facilita la continuidad de la asistencia y reduce el riesgo de fragmentación. El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria se diseñó en 2019 para mejorar la atención primaria y la participación del paciente en el sistema sanitario español. Sin embargo, su aplicación, con las comunidades autónomas como principales actores, se ha ralentizado debido a la pandemia.

Gráfico 10. España registra un bajo índice de hospitalizaciones evitables en comparación con la mayoría de los países de la UE



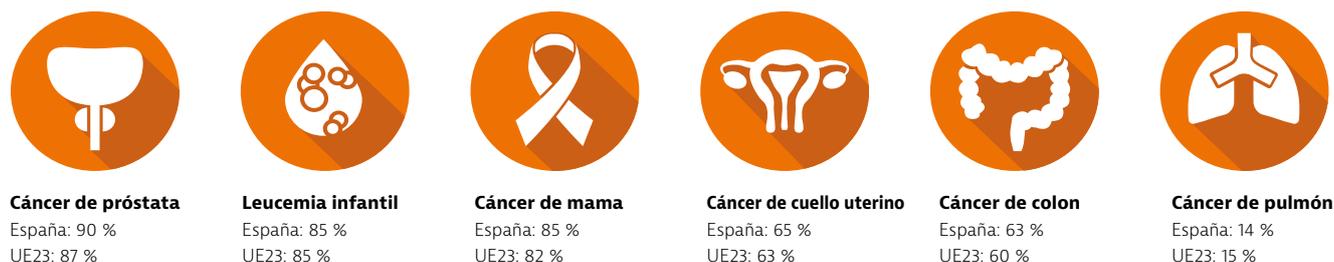
Nota: 1. En Letonia y Luxemburgo, no se dispone de datos sobre la insuficiencia cardíaca congestiva. Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2021 (datos correspondientes a 2019 o al año más próximo).

La calidad de la atención oncológica en España ha mejorado con el tiempo

España obtiene resultados ligeramente mejores que la media de los países de la UE en lo que respecta a la supervivencia tras el diagnóstico de diferentes tipos de cáncer (como el de mama, colon o próstata). Las tasas de supervivencia del cáncer de pulmón siguen siendo bajas en España, al igual que en otros países de la UE (gráfico 11). Desde comienzos de la década del 2000, la calidad de la atención oncológica 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. Por ejemplo, las tasas de supervivencia del cáncer de colon han aumentado del 57 % al 63 % en la última década. En marzo de 2021, España actualizó su Plan Nacional contra el Cáncer, de diez años, destinado a mejorar la calidad de la asistencia recibida por los pacientes oncológicos y el apoyo prestado a sus familias. Este Plan se basa en el Código Europeo contra el Cáncer y está en consonancia con el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer (Comisión Europea, 2021a).

Gráfico 11. Las tasas de supervivencia a los cinco años son superiores a la media de la UE para muchos tipos de cáncer



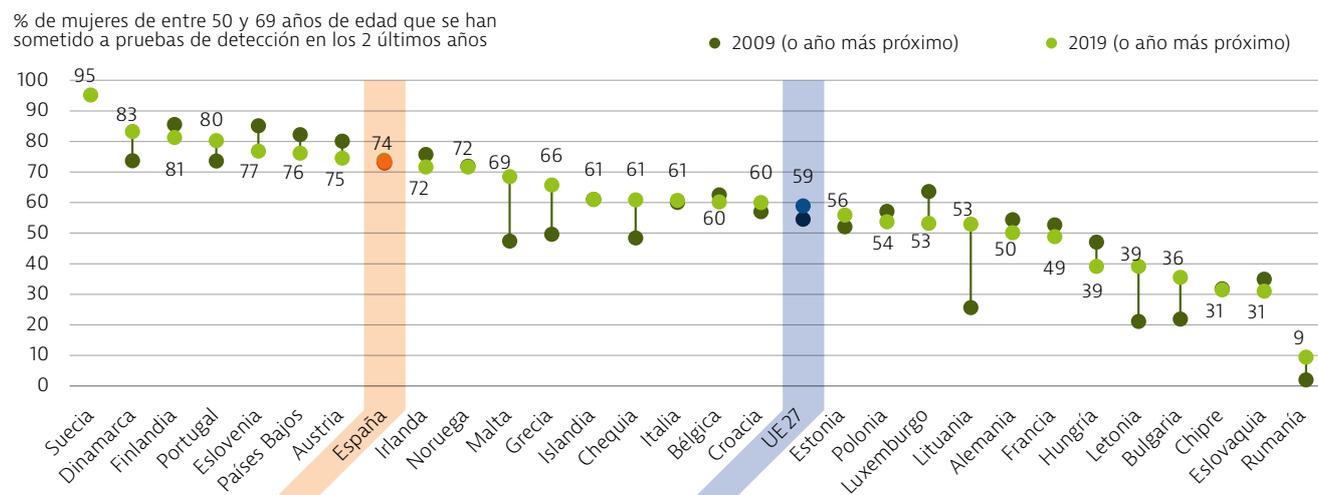
Nota: Los datos se refieren a personas diagnosticadas entre 2010 y 2014. La leucemia infantil se refiere a la leucemia linfoblástica aguda. Fuente: CONCORD Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

La crisis de la COVID-19 ha afectado negativamente a los programas de detección del cáncer en España

En 2020, el 74 % de las mujeres de entre 50 y 69 años en España había participado en campañas de detección del cáncer de mama en los 2 últimos años, muy por encima de la media del 59 % en los países de la UE en 2019 (gráfico 12). Anteriormente, el porcentaje de mujeres que se habían sometido a pruebas de detección del cáncer de mama fue del 73 % en 2009 y ascendió hasta

el 82 % en 2017. Existen pruebas de que la pandemia de COVID-19 alteró la detección y el diagnóstico del cáncer en el país: comparando los datos del primer confinamiento (de marzo a junio de 2020) con el mismo período del año anterior, se registró un 21 % menos de casos de cáncer recientemente diagnosticados (SEOM, 2021). Para comprender el impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención oncológica, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas acordaron llevar a cabo una evaluación más detallada del impacto de la pandemia (Ministerio de Sanidad, 2021b).

Gráfico 12. Antes de la pandemia de COVID-19, las tasas de detección del cáncer de mama en España eran elevadas



Nota: La media de la UE no es ponderada. En la mayoría de los países, los datos se basan en programas de detección, no en encuestas. Fuentes: Estadísticas sanitarias de la OCDE 2021 y base de datos de Eurostat.

5.2 Accesibilidad

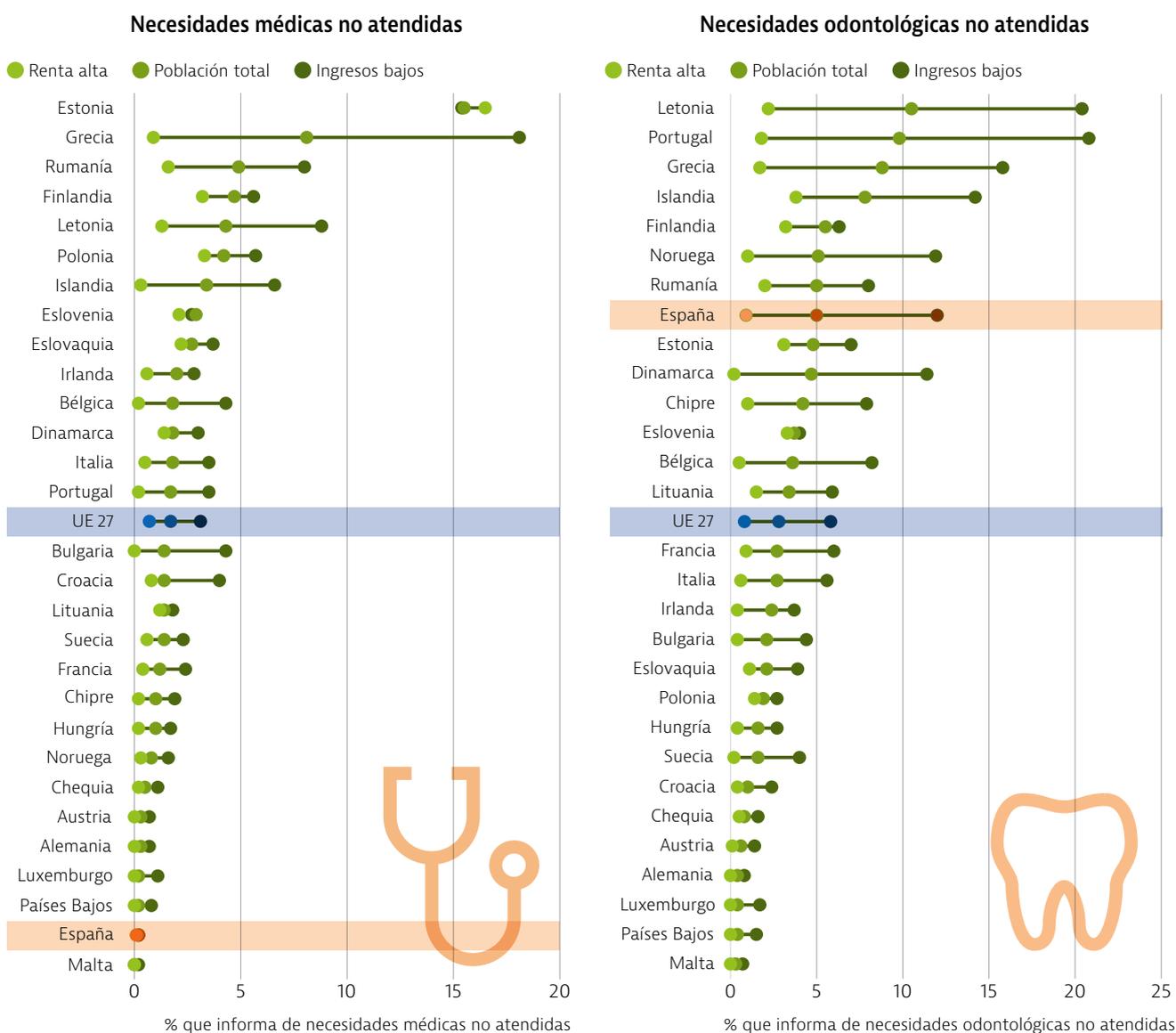
Antes de la pandemia de COVID-19, España registró unas necesidades médicas no atendidas muy bajas

En 2019, las necesidades médicas no atendidas relacionadas con el coste, la distancia o los tiempos de espera fueron muy bajas en España; solo el 0,2 % de la población las notificaron en 2019, muy por debajo de la media de la UE, del 1,7 %. Asimismo, la diferencia entre personas en los quintiles de renta más altos y en los más bajos fue mínima (gráfico 13). Sin embargo, este no fue el caso de los tratamientos odontológicos, ya que la mayoría de las personas no tienen cobertura para estos servicios. En 2019, el 5 % de la población declaró

haber renunciado a atención odontológica por motivos económicos, por la distancia o por los largos tiempos de espera, y la tasa fue mucho mayor en los quintiles de renta más baja (12 %) que en los de renta más alta (aproximadamente el 1 %).

La crisis de la COVID-19 y las medidas de contención correspondientes limitaron el acceso a los servicios sanitarios en 2020. Una encuesta realizada en febrero y marzo de 2021 puso de manifiesto que el 25 % de la población española declaró haber renunciado a una prueba o tratamiento médico necesario durante los primeros 12 meses de la pandemia. Este porcentaje fue mayor que el de los países vecinos, como Francia (16 %), y superior a la media de la UE (21 %) (Eurofound, 2021)⁴.

Gráfico 13. Las necesidades odontológicas no atendidas son mucho mayores que las de atención médica



Nota: 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 2019, salvo en el caso de Islandia, que son de 2018).

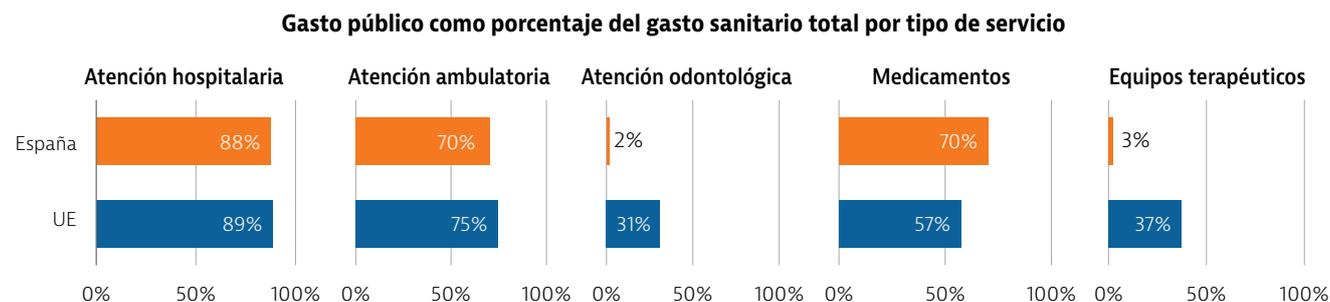
4. Los datos de la encuesta de Eurofound no son comparables a los de la encuesta EU-SILC debido a las diferencias metodológicas.

Los beneficiarios tienen derecho a un amplio paquete de asistencia, pero la cobertura de los tratamientos odontológicos es limitada

El Servicio Nacional de Salud ofrece un amplio paquete de prestaciones que cubren la atención primaria, ambulatoria y hospitalaria, así como todos los medicamentos con receta autorizados. La población general tiene acceso a una gama limitada de servicios odontológicos (como información y educación, tratamiento de los procesos dentales agudos, cirugía

menor y tratamiento de algunas lesiones), así como servicios para algunos grupos de pacientes, como las mujeres embarazadas y los niños. En la actualidad, para otros tratamientos odontológicos, la población debe pagar la atención dental programada, vinculada a un porcentaje muy bajo de financiación pública (gráfico 14). En particular, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España, financiado por la UE, tiene por objeto ampliar la cobertura en algunos ámbitos, especialmente en la atención odontológica, la promoción de la salud y la atención preventiva.

Gráfico 14. La financiación pública es elevada, excepto en la atención odontológica y los equipos terapéuticos



Nota: Los servicios médicos ambulatorios se refieren principalmente a los servicios prestados por médicos generales y especialistas del sector ambulatorio. Los medicamentos incluyen los medicamentos recetados y sin receta, así como los productos sanitarios no duraderos. Los equipos terapéuticos se refieren a productos de visión, audífonos, sillas de ruedas y otros dispositivos médicos.

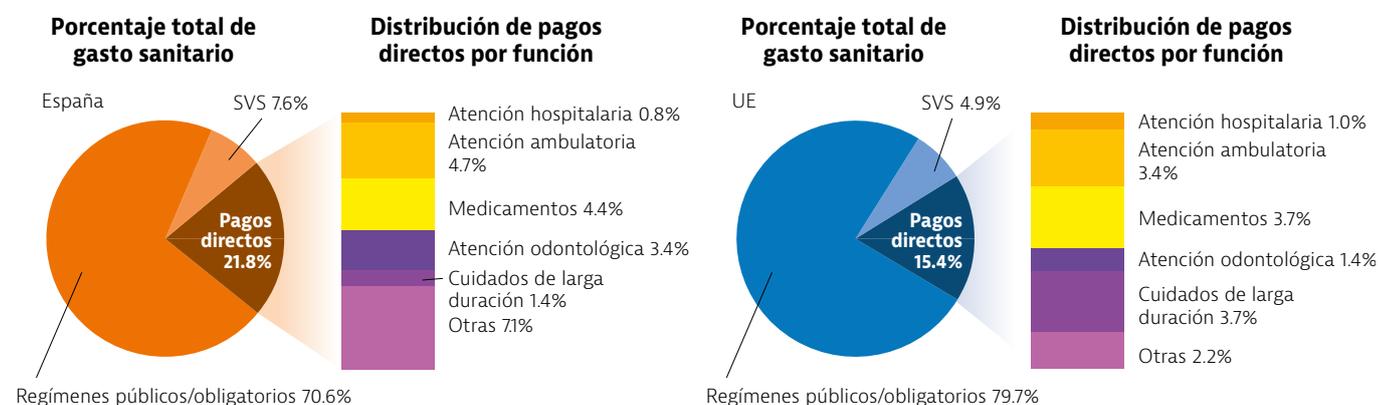
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2021 (datos correspondientes a 2019 o al año más próximo).

La atención ambulatoria, los medicamentos y la asistencia odontológica son los principales impulsores del gasto directo

A raíz de la crisis económica en 2008, la proporción de los pagos directos en el gasto sanitario aumentó del 19,0 % en 2009 al 21,8 % en 2019. Este porcentaje está bastante por encima de la media del 15,4 % de la UE (gráfico 15). A pesar de la buena cobertura pública de los medicamentos, los pagos directos siguen siendo relativamente elevados, tras una serie de medidas adoptadas en 2012 que incrementaron los copagos de los medicamentos para la mayor parte de la población. El gasto de los hogares en atención ambulatoria también

representó una gran parte del gasto directo, al igual que el gasto en atención odontológica, en cuyo caso los tratamientos y prótesis no están cubiertos por el Servicio Nacional de Salud. Desde 2017, el Gobierno ha adoptado una serie de medidas para reducir progresivamente la carga financiera de los gastos médicos para los hogares. Además, a partir de mayo de 2020 y enero de 2021, se concedieron nuevas exenciones del 33 % o más a los copagos de los medicamentos para las personas que percibían el ingreso mínimo vital, los pensionistas con ingresos anuales inferiores a 11 200 EUR, las personas que recibían prestaciones de la seguridad social por el cuidado de un hijo menor y las personas menores de 18 años con una discapacidad reconocida.

Gráfico 15. El porcentaje de pagos directos supera la media de la UE



Nota: La media de la UE es ponderada. SVS = seguro voluntario de salud, que también incluye otros regímenes voluntarios de prepago.

Fuentes: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2021; base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2019).

Se han adoptado medidas para reducir las desigualdades en el acceso a los medicamentos

España fue uno de los países fundadores de la Declaración de La Valeta, un instrumento de colaboración internacional destinado a mejorar la rentabilidad y reducir las desigualdades en el acceso a los medicamentos. Los principales objetivos de sus políticas farmacéuticas se ajustan a la nueva Estrategia Farmacéutica para Europa adoptada en noviembre de 2020 (Comisión Europea, 2020b). Para hacer frente a la escasez de medicamentos, el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud aprobó en 2019 un plan de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para garantizar el suministro de medicamentos y mejorar la coordinación.

Algunas iniciativas recientes del Ministerio de Sanidad incluyen Valtermed, un sistema de información del Sistema Nacional de Salud para evaluar el valor terapéutico real de los medicamentos; BIFIMED, una herramienta interactiva que ofrece información sobre la financiación pública de los medicamentos; un plan de acción para fomentar la utilización de medicamentos biosimilares y genéricos en el Sistema Nacional de Salud; REvalMed, la Red de Evaluación de Medicamentos del Sistema Nacional de Salud, y una nueva estrategia de medicina personalizada. En junio de 2021, se aprobó el Plan INVEAT, que ofrece más de 750 dispositivos de alta tecnología destinados a proporcionar una mayor capacidad diagnóstica de enfermedades en fases tempranas. Además, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España establece un nuevo enfoque para el uso racional de los medicamentos y para garantizar la sostenibilidad.

La distribución desigual de los médicos dificulta el acceso, pero las nuevas políticas pretenden aumentar su número

Como se indica en la sección 4, el número de médicos por cada 1 000 habitantes en España está ligeramente por encima de la media de la UE, pero su distribución geográfica es desigual. Por ejemplo, mientras que en Castilla y León había 1,12 médicos generales por cada 1 000 habitantes en 2019, las Islas Baleares contaban con 0,62 (Ministerio de Sanidad, 2021a). En marzo de 2019, el Ministerio de Sanidad anunció que el número de plazas de formación de posgrado aumentaría en un 7 % en 2020, especialmente de los puestos de medicina familiar y comunitaria, en respuesta al aumento de la preocupación por la escasez de médicos de atención primaria. Además, se desarrolló el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019 con el objetivo de reducir las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria.

El acceso a los servicios sanitarios se vio afectado para los pacientes con enfermedades distintas a la COVID-19 en la primera ola de la pandemia

Durante el estado de alarma, la mayor parte de la cirugía programada se pospuso o canceló (excepto en el caso de los tratamientos contra el cáncer) y, en general, las personas optaron por retrasar sus visitas al hospital, incluso en casos urgentes. Esto podría haber provocado un empeoramiento de las enfermedades que, si se hubiesen tratado antes, habrían tenido un mejor pronóstico. Por ejemplo, la Sociedad de Cardiología señaló que la mortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio casi se duplicó en el primer mes de confinamiento de España (Rodríguez-Leor et al., 2020). Del mismo modo, la mayoría de las consultas ambulatorias con especialistas se cancelaron y, a pesar de que se dio prioridad a las primeras consultas por encima de los seguimientos, esto podría haber provocado un retraso en el diagnóstico de algunas afecciones. En el caso del cáncer, por ejemplo, la Sociedad de Oncología Médica estima que hubo un 21 % menos de nuevos diagnósticos, lo que podría haber dado lugar a un peor pronóstico de la enfermedad (véase la sección 5.1). A mediados de mayo de 2020, el Ministerio de Sanidad emitió recomendaciones para la reintroducción gradual y segura de las actividades quirúrgicas y estableció criterios para priorizar a los pacientes (quirúrgicos) en función de la situación epidemiológica.

El uso de la telemedicina se aceleró durante la crisis de la COVID-19

A lo largo de la última década, algunas comunidades autónomas han fomentado un mayor uso de la telemedicina para mejorar el acceso a la atención sanitaria, en particular para los pacientes con enfermedades crónicas. El País Vasco, por ejemplo, ha desarrollado un servicio de telemedicina para los pacientes con insuficiencia cardíaca destinado a apoyar la autogestión y controlar las mediciones fisiológicas que los especialistas revisan de forma remota. La teleconsulta y la telemedicina se intensificaron debido a la pandemia, con el fin de limitar la presencia física de los pacientes en los centros de salud. Así pues, se generalizó el triaje telefónico para todos los pacientes que necesitaban una consulta de atención primaria o de seguimiento con un especialista. Además, se implantaron sistemas de contacto remoto para mejorar la comunicación entre los distintos niveles de asistencia (por ejemplo, mediante videoconferencia o sistemas de mensajes en tiempo real).

Alrededor del 72 % de la población española informó de haber asistido a una consulta médica en línea o por teléfono durante los primeros 12 meses de la pandemia de COVID-19, el porcentaje más elevado en todos los países de la UE y muy por encima de la media de la UE del 39 % (Eurofound, 2021). Las iniciativas del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España también impulsarán la digitalización de los servicios sanitarios, la interoperabilidad y los servicios de red.

5.3 Resiliencia

Esta sección se centra principalmente en los efectos de la pandemia de COVID-19 y en las respuestas a la misma⁵. Como se indica en la sección 2, la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto importante en la salud y la mortalidad de la población en España, registrándose más de 84 000 muertes por COVID-19 entre marzo de 2020 y finales de agosto de 2021. Las medidas adoptadas para contener la pandemia también han tenido graves repercusiones en la economía: el PIB español disminuyó un 11 % en 2020, frente a una media del 6,2 % en la UE.

España adoptó una serie de medidas de mitigación para contener las sucesivas olas de la pandemia

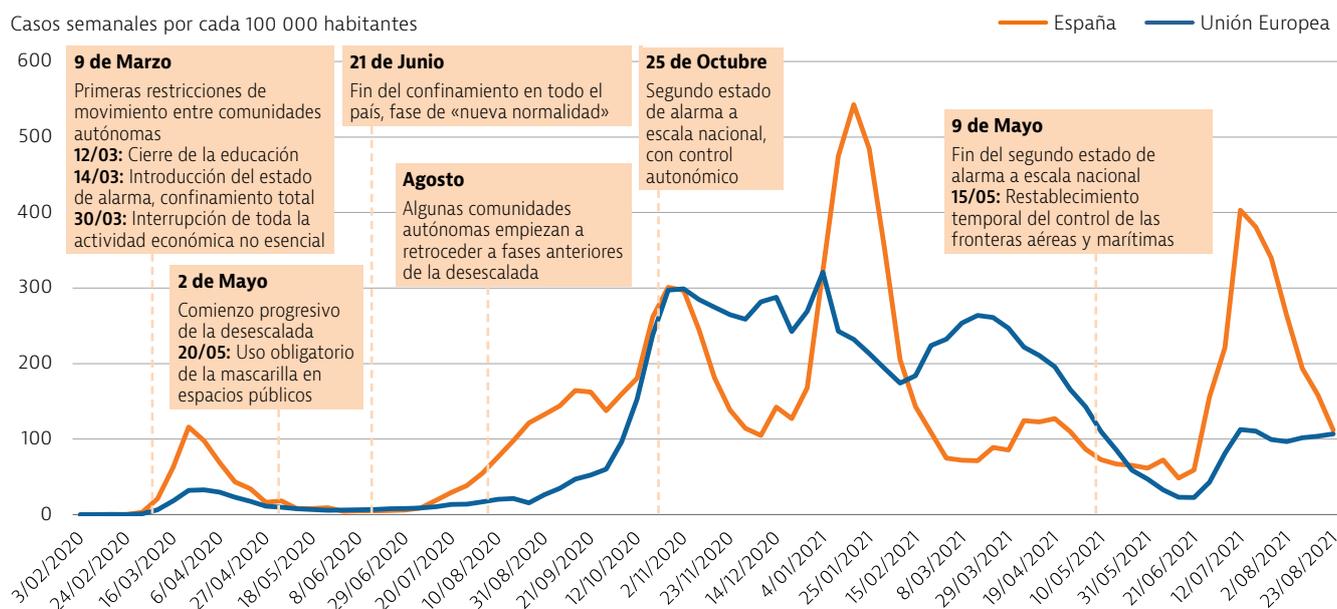
España fue uno de los primeros países europeos en experimentar un brote grave de COVID-19. A principios de marzo de 2020, en Madrid, algunas partes del País Vasco (Vitoria) y La Rioja (Labastida), se cerraron escuelas y universidades y se recomendó el teletrabajo. El 14 de marzo de 2020, el Gobierno cerró las fronteras nacionales y declaró el estado de alarma, aplicando severas restricciones: se cerraron todas las tiendas, bares, restaurantes y lugares de ocio; se prohibieron las reuniones y los actos públicos; toda la actividad lectiva pasó a llevarse a cabo de manera telemática, y se impuso un confinamiento. Toda actividad económica no esencial también se restringió entre el 30 de marzo y el 9 de abril de 2020 para acelerar el control de la transmisión, evitando así un colapso de los servicios sanitarios.

En abril de 2020, el número de casos disminuyó considerablemente y los sectores de la sanidad y la educación establecieron medidas de prevención,

higiene y promoción de la salud para poder permanecer abiertos. A partir de mayo, comenzó una estrategia de desconfinamiento y se impuso el uso obligatorio de mascarillas en espacios públicos. También se puso en marcha una estrategia de supervisión reforzada. En junio de 2020, se produjo una reapertura controlada; sin embargo, a finales de julio, el número de casos volvió a aumentar, antes que en el resto de la UE.

En agosto y septiembre de 2020, el Gobierno central delegó la gestión de las medidas de mitigación en las comunidades autónomas, que aplicaron políticas mixtas (véase la sección 4). La segunda ola de la pandemia remitió a partir de octubre, mientras que el número de casos en la mayoría de los demás países de la UE estaba en su punto álgido. A finales de diciembre de 2020, comenzó la tercera ola en España, que llegó a su máximo a mediados de enero de 2021, alcanzando una incidencia acumulada a 14 días de unos 1 000 casos por cada 100 000 habitantes. El número de casos disminuyó considerablemente después, ya que las comunidades autónomas endurecieron las medidas de mitigación en función de su situación epidemiológica (por ejemplo, imponiendo cierres y toques de queda, y limitando el número de personas permitidas en las reuniones), y en febrero de 2021, la tasa de incidencia era inferior a la media de la UE (gráfico 16). Con el fin del estado de alarma a escala nacional y el aumento de la vacunación (con más del 95 % de las personas de 70 años o más vacunadas) durante el verano de 2021, la quinta ola afectó principalmente a los grupos de edad más jóvenes. Las comunidades autónomas respondieron aplicando de nuevo algunas medidas de control.

Gráfico 16. La coordinación de la respuesta a la COVID-19 se concentró inicialmente en el Gobierno central



Nota: La media de la UE no está ponderada (el número de países utilizados para la media varía en función de la semana).
Fuente: ECDC en lo que respecta a los datos de COVID-19, y elaboración propia en lo que respecta a las medidas de contención.

5. 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 los impactos externos (Grupo de expertos en evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios, 2020).

Durante la pandemia se adoptaron medidas aceleradas a través de un nuevo plan de respuesta temprana

Aunque España ya contaba con un plan contra la pandemia de gripe desde 2005 (actualizado en 2006 con referencia al SARS-CoV-1), este plan era insuficiente para hacer frente a la primera ola de la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2). Posteriormente, en 2020 se desarrolló un nuevo plan de respuesta temprana, que especificaba la adopción de diversas medidas aceleradas en respuesta a los cambios epidemiológicos en la incidencia de la COVID-19. Más recientemente, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España incluye una reforma del sistema público de salud mediante el desarrollo de herramientas estratégicas y operativas como base para un sistema público de salud más ambicioso e integrado. Esto incluye medidas anunciadas por el Gobierno para la creación de una nueva autoridad sanitaria pública y mejoras en el sistema de vigilancia de enfermedades.

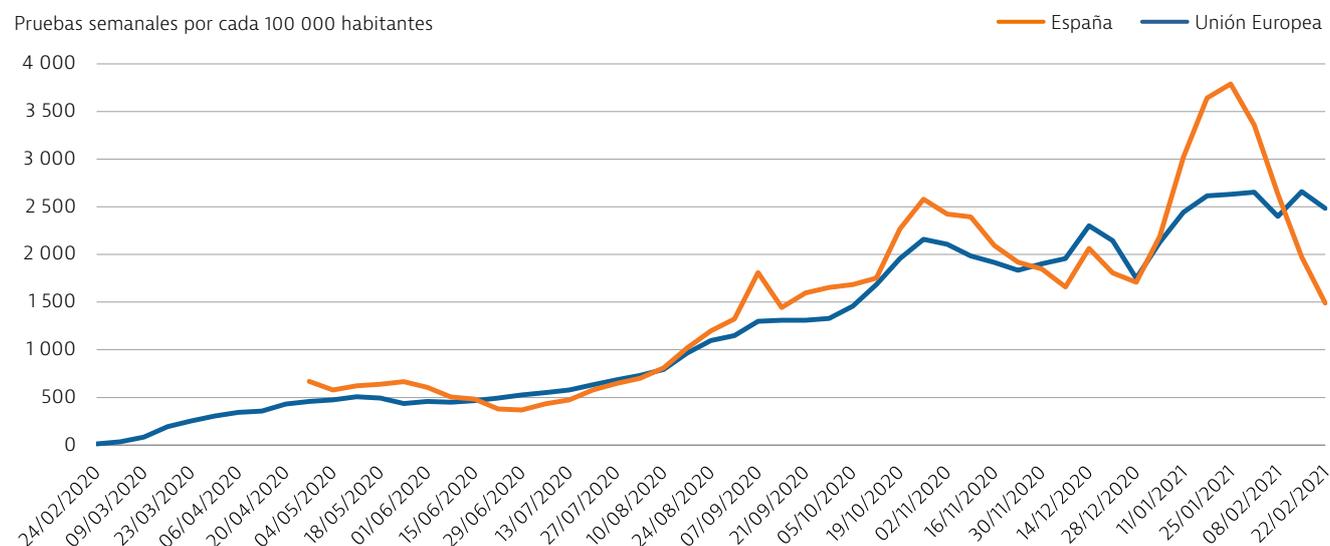
La capacidad de diagnóstico estuvo en consonancia con el resto de la UE y se amplió a medida que se dispuso de más pruebas

La capacidad de diagnóstico en España estaba en consonancia con la media de la UE al inicio de la pandemia (gráfico 17), aunque la incidencia de la

COVID-19 fue mayor en España que en otros países de la UE. Hasta el 5 de abril de 2020, el Sistema Nacional de Salud procesó entre 15 000 y 20 000 pruebas diarias. A principios de abril, el Gobierno adquirió un millón de pruebas rápidas de anticuerpos contra la COVID-19 para complementar las pruebas PCR en entornos de alta prevalencia, como hospitales, residencias y hogares asistidos. A partir del 13 de abril de 2020, las autoridades autonómicas tenían derecho a utilizar la capacidad de diagnóstico de los laboratorios privados situados en sus comunidades. Los laboratorios (incluidos los públicos, los privados y los universitarios) fueron acreditados para hacer frente a las necesidades de realización de pruebas PCR.

Se creó un sistema de información (SERLAB) para compartir los resultados de las pruebas diagnósticas (tanto de proveedores públicos como privados) a escala nacional. Esto facilitó la generación de datos en tiempo real que ayudaron a gestionar la pandemia. La capacidad de diagnóstico se incrementó a partir de septiembre de 2020 con el uso de pruebas rápidas de antígenos. A partir del 22 de julio de 2021, las pruebas de antígenos (o cualquier prueba) para el autodiagnóstico de COVID-19 pueden adquirirse sin receta médica. Estas pruebas pueden publicitarse al público en general y no tienen un precio fijo; sin embargo, las pruebas positivas deberán confirmarse mediante una prueba PCR posterior prescrita por un médico.

Gráfico 17. Los índices de diagnóstico aumentaron considerablemente durante la segunda y tercera olas de la pandemia



Nota: La media de la UE está ponderada (el número de países utilizados para la media varía en función de la semana). Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC).

Se desarrolló una aplicación para facilitar el rastreo de contactos, pero su uso fue desigual dentro del país

A finales de agosto de 2020, el Ministerio de Economía y Transformación Digital puso a disposición del público la aplicación RadarCOVID, que permite el rastreo de contactos mediante la comunicación móvil por Bluetooth

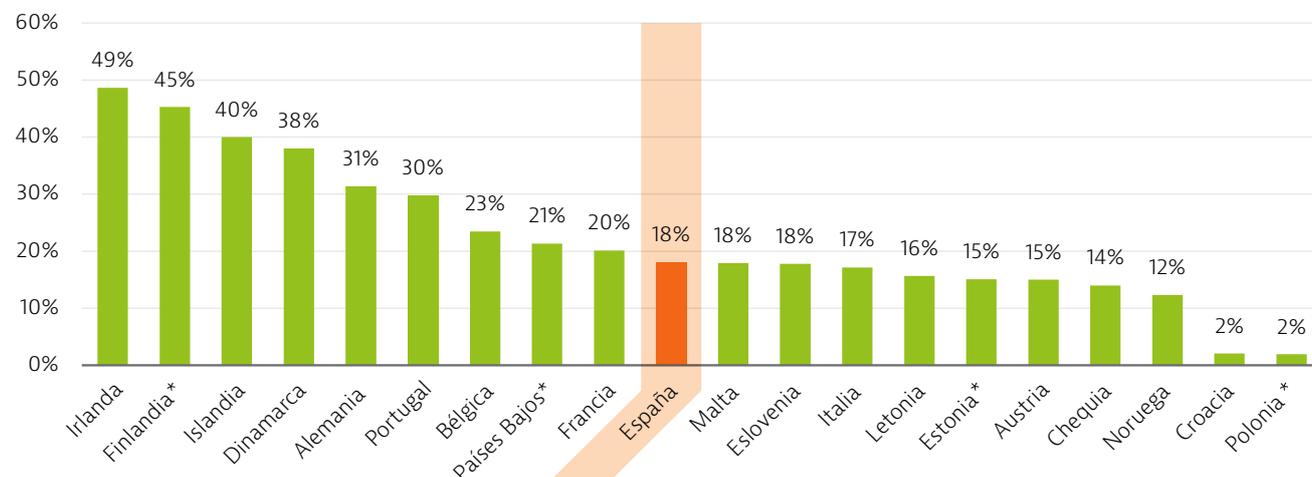
para enviar y recibir identificadores anónimos. Si los usuarios daban positivo en COVID-19, podían introducir un código proporcionado por el sistema sanitario autonómico para notificar a todas las personas con quienes hubiesen tenido contacto, que recibían un aviso. Aunque el Ministerio de Sanidad no impuso la descarga o el uso obligatorios de la aplicación, las autoridades sanitarias autonómicas fomentaron su uso.

Entre finales de agosto de 2020 y finales de abril de 2021, aproximadamente el 18 % de la población española había instalado la aplicación en sus teléfonos móviles (gráfico 18). Los datos nacionales muestran que solo el 1 % de las personas con COVID-19 introdujeron esta información en la aplicación desde julio de 2021, frente

al 2 % de marzo de 2021 (SEDIA, 2021). La implantación fue desigual en todo el país, ya que algunas comunidades autónomas, como Cataluña y Madrid, la pusieron en marcha más tarde que otras, que la habían puesto en funcionamiento dentro de sus sistemas de información y procesos de rastreo de contactos.

Gráfico 18. La aplicación española para facilitar el rastreo de contactos no se ha descargado de manera mayoritaria

% de la población que ha descargado la aplicación



Nota: Datos de abril de 2021. * Datos comprendidos hasta el otoño de 2020.
Fuente: Datos nacionales.

Se introdujeron medidas para distribuir a los trabajadores sanitarios en función de las necesidades

Durante el estado de alarma, se autorizó temporalmente al Ministro de Sanidad para llevar a cabo las acciones necesarias en materia de recursos humanos que pudieran reforzar el sistema sanitario. Además, se flexibilizaron algunos requisitos para facilitar la contratación de profesionales sanitarios adicionales con contratos de corta duración, autónomos o temporales, y para que los estudiantes de medicina y enfermería participasen en algunas actividades complementarias al final de su formación. Para cubrir la posible escasez de personal debido a la COVID-19, a partir del 30 de septiembre de 2020, las autoridades autonómicas pudieron (como medida excepcional y temporal) reasignar al personal sanitario a diferentes unidades especializadas dentro del mismo hospital, y el personal de los hospitales podría transferirse a centros de atención primaria (y viceversa). El personal médico militar también se utilizó para reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio español al inicio de la pandemia (marzo de 2020).

Esta acción se vio reforzada por la creación de un sistema de información a escala nacional, en el que tanto los centros públicos como los privados comunicaron su capacidad de prestación de asistencia sanitaria. Con esta información en tiempo real, la toma de decisiones y la asignación de recursos pueden ser más eficaces y eficientes.

España actuó rápidamente para aumentar la capacidad de las unidades de cuidados intensivos

Al inicio de la crisis de la COVID-19, España contaba con 10 camas de UCI por cada 100 000 habitantes (datos de 2017). Esta cifra era más de tres veces inferior al número de camas de la UCI en Alemania (33) e inferior a la media de la UE (13) (OCDE/UE, 2020), aunque sigue siendo suficiente para cubrir las necesidades ordinarias. La capacidad de las camas de UCI en los hospitales públicos casi se duplicó en el punto álgido de la pandemia, pasando de las 4 446 camas iniciales a 7 930 en tan solo 2 meses. Este aumento se logró mediante la reasignación de recursos de otras unidades (como las unidades de recuperación postanestésica y las UCI neonatales) y la adaptación de las camas quirúrgicas con equipos de monitorización y respiradores, algunos de los cuales se fabricaban a escala nacional. El Gobierno también solicitó que todas las camas de las UCI de los hospitales privados se pusieran a disposición de los servicios sanitarios autonómicos; sin embargo, solo se utilizó alrededor del 15 %.

El Gobierno y las regiones han respondido a la demanda de equipos de protección personal

Al comienzo de la pandemia, España, como muchos otros países de la UE, experimentó una grave escasez de equipos de protección individual (EPI) debido a los bajos niveles de producción nacional y de reservas de emergencia. Tomando medidas correctivas para evitar la futura escasez ante futuros brotes, desde mayo de

2020 las regiones son responsables de mantener una reserva estratégica que asegure el suministro para cinco semanas de EPI (mascarillas, gafas de seguridad, guantes, batas), herramientas de diagnóstico, medicamentos y ventiladores. Además, como parte del plan de respuesta temprana para el control de la pandemia COVID-19 (publicado el 16 de julio de 2020), se mantiene una reserva estratégica nacional como medida de refuerzo para que las regiones garanticen el suministro de cualquier producto de primera necesidad.

La atención primaria desempeñó un papel clave en la detección precoz y el seguimiento de los pacientes de COVID-19

Al inicio de la pandemia, los centros de atención primaria interrumpieron las consultas no urgentes y pusieron en marcha un mecanismo de receta electrónica para que los pacientes crónicos renovaran sus recetas automáticamente, evitando así las visitas a los centros de salud. Los centros de atención primaria dedicaron espacios específicos para tratar a los pacientes de COVID-19, diseñaron circuitos concretos para separar a los pacientes respiratorios e infecciosos, reforzaron la atención domiciliaria y la telemedicina, y establecieron protocolos de detección precoz y vigilancia (junto con los servicios de salud pública de las autoridades sanitarias autonómicas).

Las autoridades sanitarias públicas de las comunidades autónomas crearon instalaciones destinadas a la realización de pruebas tanto en los centros de atención primaria como en los hospitales. Además, se crearon equipos de coordinación y respuesta en la atención primaria para evaluar a los pacientes por teléfono o para realizar visitas a domicilio a fin de monitorizar el progreso de los pacientes autoconfinados.

Se aplicaron medidas específicas de contención y recursos adicionales en los centros de cuidados de larga duración

Las comunidades autónomas son responsables de las instalaciones y los servicios públicos de cuidados de larga duración en España, pero, en respuesta a los graves brotes en residencias de ancianos, el Gobierno nacional tomó el control temporalmente a mediados de marzo de 2020. Se puso a disposición un presupuesto extraordinario de 300 millones EUR para los servicios de cuidados de larga duración, y el Gobierno estableció protocolos para la gestión de las instalaciones de asistencia a largo plazo, limitando las visitas, mejorando el suministro de equipos de protección individual e introduciendo la realización de pruebas diagnósticas en las residencias de manera prioritaria. El Gobierno también encargó la intervención de unidades militares de emergencia en las residencias para prestar apoyo a los trabajadores, que se encontraban desbordados. Esta situación duró hasta el verano de 2020, cuando las comunidades autónomas recuperaron las competencias en materia de coordinación de la respuesta a la COVID-19. Se mantuvieron protocolos de visita rigurosos

y se adoptaron políticas adicionales para proteger a los usuarios de los centros de cuidados de larga duración, incluidos los servicios comunitarios y los trabajadores, especialmente su designación como grupo prioritario en la campaña de vacunación contra la COVID-19.

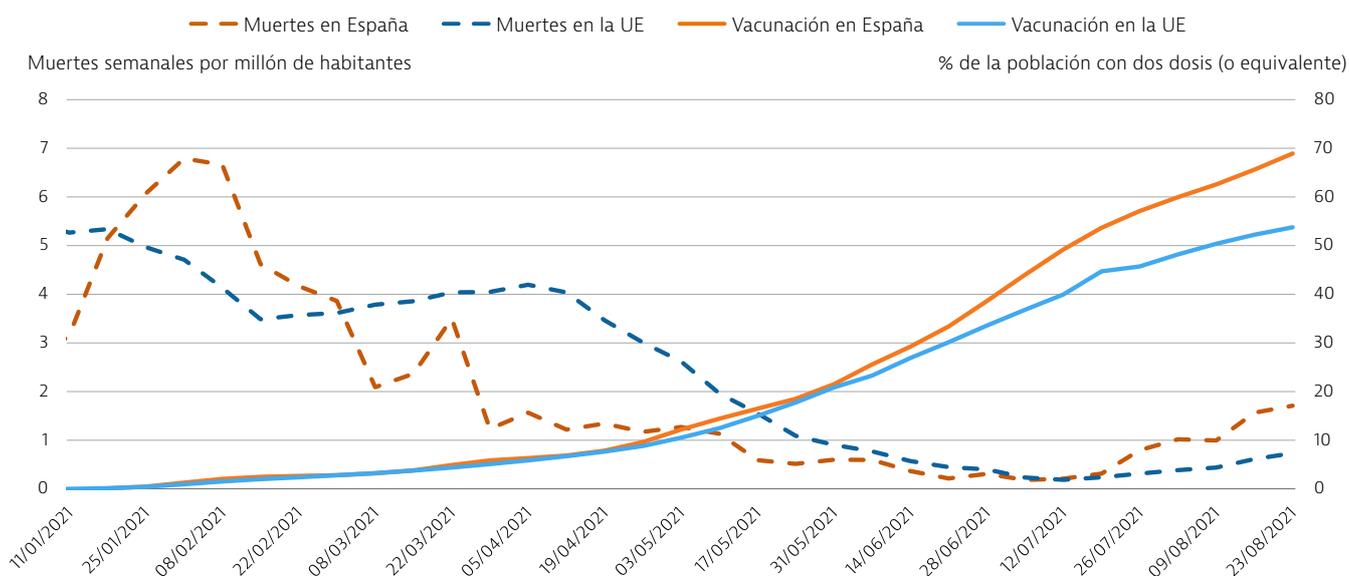
La campaña de vacunación española comenzó a finales de diciembre de 2020 y se actualizó a medida que evolucionaba la pandemia

La estrategia de vacunación contra la COVID-19 se presentó el 24 de noviembre de 2020: la vacunación es voluntaria y gratuita. Esta estrategia se aplica a escala autonómica y se basa en las recomendaciones de la Comisión Europea y de otras instituciones internacionales (incluidos el ECDC y la OMS). Para dar prioridad a los grupos vulnerables, la población española se dividió en 15 grupos de vacunación repartidos en 3 fases consecutivas a lo largo de 2021. Las personas mayores y las personas con discapacidad en residencias, el personal sanitario y sociosanitario que trabajase en residencias, y las personas fuera de las residencias que recibieran cuidados de larga duración en la comunidad, un total de 2,5 millones de personas, fueron los primeros grupos en recibir la vacuna contra la COVID-19 en el primer trimestre de 2021.

La estrategia de vacunación se actualizó en varias ocasiones, especialmente en lo que respecta a las directrices para las personas que ya han tenido COVID-19 (febrero de 2021) y al uso de la vacuna AstraZeneca (abril de 2021). A finales de agosto de 2021, alrededor del 70 % de la población había recibido dos dosis (o su equivalente) de la vacuna contra la COVID-19, muy por encima de la media de la UE del 54 % (gráfico 19). Para apoyar la toma de decisiones sobre la estrategia de vacunación, se creó un sistema nacional de información que permite a todas las comunidades autónomas compartir información sobre la vacunación en tiempo real.



Gráfico 19. El ritmo de vacunación se aceleró rápidamente y superó la media de la UE



Nota: La media de la UE no está ponderada (el número de países utilizados para la media varía en función de la semana).
Fuente: ECDC para los casos de COVID-19, y Our World in Data para las tasas de vacunación.

España está emprendiendo un importante programa de modernización de los sistemas de información sanitaria

En España, las comunidades autónomas tienen plena competencia sobre la planificación y el desarrollo de los servicios sanitarios digitales. Antes de la pandemia, la mayoría de los sistemas sanitarios autonómicos ya habían implantado la receta electrónica, historiales médicos electrónicos y portales web o aplicaciones móviles a través de los cuales la ciudadanía puede acceder a sus datos sanitarios y gestionar sus citas médicas. El Sistema Nacional de Salud emprendió un ambicioso programa de modernización tecnológica, para el que se creó una nueva Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud. Sus principales objetivos son el desarrollo de servicios públicos digitales, la mejora de la sanidad electrónica, la mejora de la interoperabilidad de los sistemas de información clínica y sanitaria con las bases de datos nacionales e internacionales, la promoción de la innovación y el refuerzo de las capacidades de evaluación del rendimiento y de análisis de datos. Esta iniciativa está en consonancia con el plan de desarrollar un espacio europeo de datos sanitarios para promover un mejor intercambio de diferentes tipos de datos sanitarios y el acceso a estos (como historiales médicos electrónicos, datos sobre genómica, datos de registros de pacientes, etc.), y para apoyar la prestación de asistencia sanitaria, la investigación sanitaria y el desarrollo de políticas (Comisión Europea, 2021b).

La financiación de la UE reforzará la inversión en infraestructuras sanitarias

España está en vías de recibir una cantidad sustancial de financiación de la UE para reforzar y modernizar su sistema sanitario, mejorar la cohesión y contribuir a financiar los elevados costes de la lucha contra la pandemia de COVID-19. El 16 de junio de 2021, la Comisión Europea aprobó el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España, que dedica 2 000 millones EUR a las inversiones sanitarias del país. Entre los ámbitos prioritarios establecidos en el plan de España se encuentra un nuevo sistema de salud pública, una mayor inversión en los sistemas de sanidad electrónica y vigilancia, y el fortalecimiento de la universalidad del sistema sanitario (Gobierno de España, 2021). Además, la Comisión Europea ha concedido 3 700 millones EUR para los esfuerzos de recuperación de España y la transición digital y ecológica en el marco de REACT-UE, la Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (Comisión Europea, 2021c). Estos fondos se transferirán directamente a las comunidades autónomas para ayudarlas a reforzar el estado del bienestar, proteger la sanidad pública y reactivar la economía tras el impacto de la pandemia (Ministerio de Hacienda, 2021).

6 Conclusiones principales

- La esperanza de vida en España fue la más alta de la UE en 2019, pero disminuyó sustancialmente en 2020 debido a la pandemia de COVID-19. Las políticas de salud pública contribuyeron a los bajos niveles de mortalidad evitable antes de la pandemia, y las tasas de mortalidad por causas tratables disminuyeron entre 2011 y 2018 debido a la mejora del rendimiento del sistema sanitario.
- Si bien la proporción de adultos que fuma a diario ha descendido desde el año 2000, sigue siendo superior a la mayoría de los países de la UE, especialmente entre los hombres. Se han incrementado los impuestos sobre los productos del tabaco, y en 2017 se introdujo una nueva normativa sobre empaquetado y etiquetado, que establece normas sobre advertencias sanitarias, uso de aditivos y cigarrillos electrónicos. Además, han aumentado las tasas de obesidad entre adolescentes y adultos. El Gobierno ha alcanzado un acuerdo con la industria alimentaria para reducir el contenido de azúcar, sal y grasa y, más recientemente, se ha introducido el sistema de etiquetado nutricional Nutriscore.
- Tras la crisis económica de 2008, el gasto sanitario disminuyó durante varios años, pero empezó a aumentar de nuevo a partir de 2014 y se espera que siga aumentando debido en parte a los fondos de la UE. En 2019, España destinó al gasto sanitario el 9,1 % de su PIB, por debajo de la media de la UE del 9,9 %. El gasto per cápita ascendió a 2 488 EUR en 2019, aunque también sigue estando por debajo de la media de la UE. El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España ha sido aprobado por la Comisión Europea y dedica 2 000 millones EUR a inversiones en sanidad. Además, se espera que los fondos de la UE procedentes del paquete REACT-UE refuercen y modernicen el sistema sanitario y contribuyan a financiar los elevados costes de la lucha contra la pandemia de COVID-19.
- Aunque las tasas de hospitalización potencialmente evitable en el caso de algunas enfermedades crónicas, como la diabetes, son relativamente bajas en España, en el caso del asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se acercan a la media de la UE. Una mayor inversión de los fondos nacionales en atención primaria contribuiría a impulsar la mejora, ya que España no ha dado prioridad a este ámbito en el marco de los programas financiados por la UE. A lo largo de la última década, todas las comunidades autónomas han fomentado un mayor uso de la telemedicina para mejorar el acceso a la atención sanitaria, en particular para los pacientes con enfermedades crónicas. Estas actividades se reforzaron durante la pandemia de COVID-19, y se están produciendo nuevos avances.
- La atención primaria sigue siendo un elemento central del sistema sanitario español, donde los médicos generales y los enfermeros prestan servicios de asistencia sanitaria, promoción de la salud y prevención. La atención primaria fue fundamental durante la pandemia de COVID-19 para reforzar la atención domiciliaria y facilitar la detección precoz mediante pruebas y rastreo de contactos, así como para el seguimiento de los pacientes de COVID-19 y la aplicación de la estrategia de vacunación. El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia prevé la plena aplicación del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria adoptado en 2019.
- España fue uno de los primeros países europeos afectados por la pandemia de COVID-19. Junto con las medidas de mitigación a escala nacional destinadas a prevenir la transmisión del virus, el país tuvo que actuar rápidamente para aumentar la capacidad de las unidades de cuidados intensivos, y se introdujeron medidas para facilitar la mejor distribución del personal sanitario. Las medidas de preparación perfeccionadas durante la respuesta a la pandemia se verán reforzadas por iniciativas que se financiarán en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, incluida la creación de una nueva autoridad de salud pública y la mejora de la vigilancia de la salud pública.

Fuentes principales

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

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing.

Referencias

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

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020b), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Commission (2021b), *The European Health Data Space*.

European Commission (2021c), *Press Release 29 July 2021*.

INE (2021), *Encuesta de Población Activa 2020*, Madrid.

Ministerio de Sanidad (2021a), *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud* (INCLASNS), <http://inclasns.msssi.es/main.html>.

Ministerio de Sanidad (2021b), *La pandemia del Covid-19 y la prevención y el control del cáncer*, Madrid.

Rodríguez-Leor O et al. (2020), *Impact of the COVID-19 pandemic on the Health care in interventionist cardiology in Spain*, *REC Interventional Cardiology*, 2:82-89.

SEDIA (2021), *Estadísticas RadarCOVID*, Madrid, <https://radarcovid.gob.es/estadisticas/descargas-radar>.

SEOM (2021), *COVID-19 y cáncer*, Madrid.

Gobierno de España (2021), *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*, Madrid.

Ministerio de Hacienda (2021), *Nota de Prensa*, Madrid, <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Prensa/En%20Portada/2021/Paginas/20210529-REAC-UE.aspx>.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *COVID-19 Health Systems Response Monitor – Spain*.

Zueras (2020), *Trends in disease-free life expectancy at age 65 in Spain: Diverging patterns by sex, region and disease*, *PLoS One*, 15(11): e0240923.

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		

State of Health in the EU

Perfil sanitario nacional 2021

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 (2021), *España: Perfil sanitario nacional 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264395206 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)