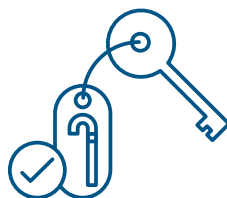
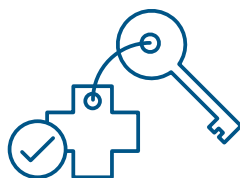
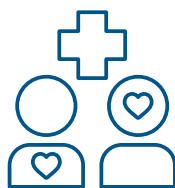

NECESIDADES SOCIALES EN ESPAÑA

Salud

Informe

04

Octubre 2019



"la Caixa"

Créditos

Observatorio Social de “la Caixa”

**Edición: Fundación Bancaria
“la Caixa”, 2019**
Plaza de Weyler 3
07001 Palma

ISBN 978-84-9900-242-2

Tratamiento y visualización de datos, diseño gráfico y maquetación

Andrés Fernández Torcida
www.andresft.com

La Fundación Bancaria “la Caixa”
no se identifica necesariamente
con la opinión de los autores
de esta publicación.

observatoriosociallacaixa.org

Investigación y elaboración del informe

- Luis Ayala Cañón (Universidad Rey Juan Carlos y EQUALITAS)
- Olga Cantó Sánchez (Universidad de Alcalá y EQUALITAS)
- Rosa Martínez López (Universidad Rey Juan Carlos y EQUALITAS)
- Carolina Navarro Ruiz (UNED y EQUALITAS)
- Marina Romaguera de la Cruz (Universidad de Alcalá y EQUALITAS)

Sumario

4 Introducción

6 Resumen ejecutivo

8 La situación en España

- 9 **Primer reto:** mantener y mejorar el estado de salud
- 11 **Segundo reto:** promover estilos de vida saludables
- 16 **Tercer reto:** garantizar el acceso a la atención sanitaria
- 22 **Cuarto reto:** garantizar el acceso a la atención a la dependencia

26 La situación en Europa

- 27 Estado de salud
- 28 Hábitos de vida saludables
- 31 Acceso a la atención sanitaria
- 32 Acceso a la atención a la dependencia

35 Políticas públicas

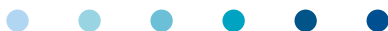
- 35 Gasto y recursos sanitarios
- 37 La financiación del gasto farmacéutico
- 37 El reto de los cuidados de larga duración
- 39 Cobertura del sistema
- 41 La eficacia del sistema público de salud
- 42 Grado de satisfacción de los usuarios del sistema de salud

44 Conclusiones

46 Bibliografía



INTRODUCCIÓN





La salud es un bien muypreciado para las personas y un derecho fundamental reconocido en la Constitución Española, que asigna a los poderes públicos la responsabilidad de protegerla a través de las medidas y servicios necesarios. Asimismo, la salud protagoniza tres de los veinte principios básicos del pilar europeo de los derechos sociales, aprobado en 2017. Dichos principios consagran el derecho de toda persona a tener «un acceso oportuno a asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad». Además, se reconoce explícitamente el derecho de las personas que sufren discapacidad a recibir las ayudas y los servicios necesarios para garantizar su plena integración económica y social, así como el derecho a «cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios».


La universalidad del acceso, la atención adecuada en todos los momentos del ciclo vital (desde el nacimiento hasta la muerte) y la buena calidad de los servicios son denominadores comunes de los distintos enunciados del derecho a la salud. Además, se exige que los cuidados sean asequibles a todos los ciudadanos. Tanto la asistencia sanitaria como los cuidados de larga duración son servicios cuyo coste económico puede superar con mucho el poder adquisitivo de las personas afectadas. Por ello, es importante garantizar que la carencia de recursos no suponga una barrera de entrada al sistema, utilizando mecanismos eficaces de protección financiera. Tampoco deben constituir barreras otros factores, como el sexo, la edad o el lugar de residencia.


SALUD

La protección de la salud, entendida no solo como la ausencia de enfermedades, sino como un estado de bienestar físico, mental y social (OMS, 1948), presenta múltiples facetas y desafíos. En este informe se analizan los retos básicos desde la perspectiva de las necesidades sociales, a través de una serie de indicadores útiles para evaluar las políticas y sus resultados. El análisis se articula en torno a los siguientes retos:

 **1. Mantener y mejorar el estado de salud física y mental de la población.** La salud de los individuos depende de múltiples causas y de la propia estructura de la población. En una sociedad que envejece los problemas de salud cambian y la forma de abordarlos debe adaptarse. Las políticas sanitarias han de promover la mejora de los niveles de salud física y mental de la población a través de medidas preventivas y curativas adecuadas, ajustadas a las necesidades y la estructura demográfica de cada momento.

 **2. Promover hábitos de vida saludables que ayuden a prevenir enfermedades.** La incidencia de muchas enfermedades y problemas de salud puede reducirse con estilos de vida más saludables. La dieta, la actividad física o el consumo de alcohol, tabaco y drogas son ámbitos de actuación importantes. Monitorizar la incidencia y evolución de los principales factores de riesgo ayuda a detectar áreas en las que puede ser preciso reforzar las políticas de salud pública.

 **3. Garantizar el acceso a la atención sanitaria.** El acceso equitativo a la atención sanitaria es un derecho social básico en un país avanzado. Para hacerlo efectivo es preciso contar con un sistema sanitario que proporcione la atención requerida a las personas que lo necesiten, con independencia de sus características personales.

 **4. Garantizar el acceso a la atención a la dependencia.** El aumento de la esperanza de vida ha hecho necesario incorporar los cuidados de larga duración a personas dependientes como un nuevo derecho social. El acceso universal a dicha atención en condiciones de igualdad debe ser garantizado por los poderes públicos, de modo que nadie se vea excluido de dichos cuidados por no poder pagarlos o por una escasa oferta de servicios adecuados (centros de día, residencias, etcétera).

ESPAÑA

En materia de salud, la sociedad debe hacer frente a cuatro retos fundamentales:

(En porcentaje de personas sobre el total de la población)

Primer reto:

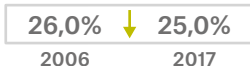


Mantener y mejorar el estado de salud

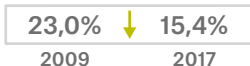
Mala salud autopercebida



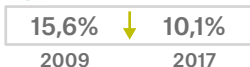
Enfermos crónicos



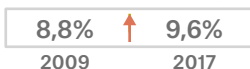
Limitaciones para la actividad de la vida cotidiana



Personas mayores gravemente limitadas



Problema de salud mental

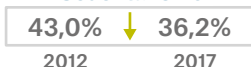


Segundo reto:



Promover estilos de vida saludables

Sedentarismo



Obesidad



Consumo insuficiente de frutas y verduras



Consumo elevado de tabaco



Consumo elevado de alcohol o en atracón



Consumo elevado de cánnabis



Tercer reto:



Garantizar el acceso a la atención sanitaria

Inaccesibilidad a la atención médica



Inaccesibilidad a la atención dental



Demora excesiva o falta de asistencia médica por listas de espera



Lista de espera quirúrgica



Renuncia a tomar fármacos recetados por razones económicas



Gasto sanitario catastrófico



Cuarto reto:

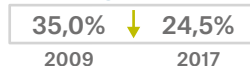


Garantizar el acceso a la atención a la dependencia

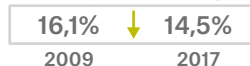
Necesidad subjetiva de ayuda en las personas mayores



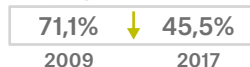
Lista de espera registrada



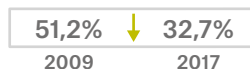
Demanda de cuidados entre las personas mayores



Déficit de cobertura de las personas mayores dependientes



Déficit de profesionalización de los cuidados



Lo más importante

1. La puesta en marcha del sistema público de atención a la dependencia ha mejorado la cobertura de la necesidad social de cuidados de larga duración en España. Sin embargo, existe todavía una demanda no atendida de cuidados y una insuficiente profesionalización de la atención prestada.

2. Pese a la disminución del sedentarismo y al aumento del consumo de frutas y verduras, el nivel de prevalencia de la obesidad ha crecido a lo largo de los últimos años y constituye un serio problema de salud pública en la sociedad actual. El consumo de alcohol en atracón, o *binge drinking*, es un fenómeno que se concentra en los jóvenes y que ha experimentado un crecimiento notable en los años recientes.

3. La cobertura universal del sistema sanitario hace que prácticamente nadie deba renunciar a ir al médico por dinero, distancia o porque no le dan cita. Sin embargo, un cierto porcentaje de familias de ingresos bajos tienen dificultad de acceso a áreas como la compra de medicamentos o la atención dental, e incurrir en costes sanitarios excesivos en relación con su capacidad de pago. Otras veces las barreras de acceso se deben a las listas de espera, un aspecto que empeoró durante el período de crisis.

4. La percepción de las personas sobre su estado de salud ha mejorado notablemente en los últimos años. También se ha reducido el porcentaje de personas cuya mala salud les limita para el desarrollo de la actividad diaria y hay menos personas mayores que se ven a sí mismas gravemente limitadas. Ha disminuido igualmente el porcentaje de enfermos crónicos diagnosticados de hipertensión, pero crecen otras enfermedades como la diabetes, la hipercolesterolemia o los problemas de ansiedad, depresión y otros trastornos mentales. También el porcentaje de enfermos crónicos de riesgo cardiovascular ha disminuido en un punto porcentual entre 2006 y 2017.

ESPAÑA vs EUROPA

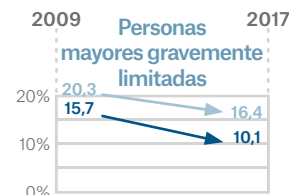
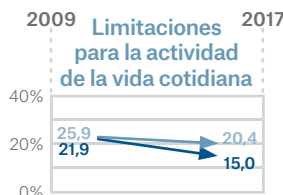
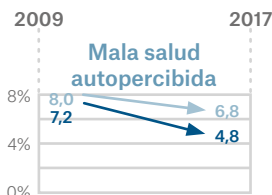
España → Europa →

(En porcentaje de personas sobre el total de la población)

Primer reto:



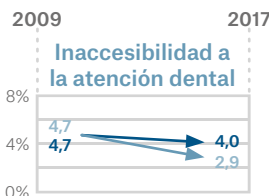
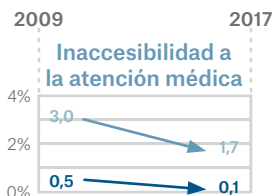
Mantener y mejorar el estado de salud



Tercer reto:



Garantizar el acceso a la atención sanitaria



Fuente: elaboración propia con datos de Eurostat (EUSILC).

Lo más importante

1. Los adultos que declaran tener mala salud o algún problema que les dificulta realizar las actividades de la vida cotidiana suponen en España un porcentaje de la población inferior al promedio de la Unión Europea, sobre todo en 2017. Esta comparación se ha hecho ajustando las diferencias en la estructura de edades de los distintos países, para que los resultados no se vean afectados por el distinto grado de envejecimiento demográfico.

2. Hay también comparativamente menos personas mayores de 65 años que declaran sufrir limitaciones graves en el desempeño cotidiano debido a problemas de salud, y se aprecia una mejora entre 2009 y 2017. Aunque se trata de una información no basada en valoraciones objetivas del grado de dependencia o discapacidad, este indicador puede proporcionar una aproximación a la demanda de cuidados de larga duración entre la población de mayor edad.

3. Prácticamente nadie en España declara haberse visto privado de ir al médico por ser demasiado caro, estar demasiado lejos o debido a una lista de espera durante el año previo; nuestro país ocupa la mejor posición en 2017 en este indicador. En el caso de las visitas al dentista, la inaccesibilidad es algo superior al promedio europeo y las razones declaradas son casi siempre de tipo económico.

POLÍTICAS PÚBLICAS

1

La crisis supuso una importante caída del gasto sanitario por habitante. A partir de 2013 el indicador volvió a crecer, aunque a menor ritmo que durante la etapa anterior a la crisis.

2

España ocupa un lugar intermedio en el ranking de países de la UE en gasto sanitario.

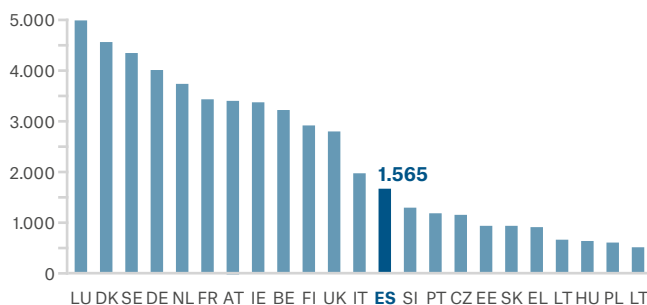
3

España está en los primeros lugares de la UE por sus bajos niveles de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable.

4

Ha crecido notablemente el porcentaje de población que cree que los servicios sanitarios han empeorado.

Gasto público sanitario por habitante en la Unión Europea en precios corrientes, 2017 (en €)



Fuente: OECD Health Statistics 2018.

LA SITUACIÓN EN ESPAÑA



Primer reto: Mantener y mejorar el estado de salud

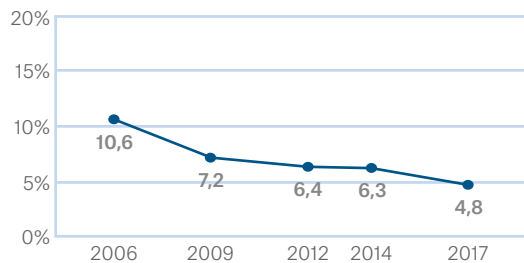


Este reto se mide con los indicadores que se muestran en esta página.
El significado de los datos se explica en el resto de la sección.

Indicadores clave sobre los problemas de salud de la población española

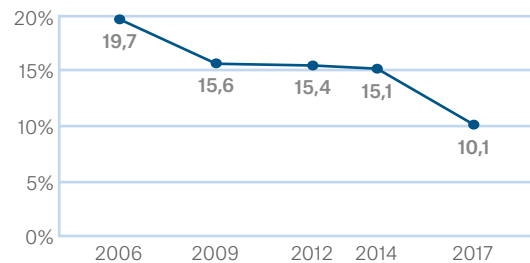
Mala salud autopercibida:

% de personas adultas (16 o más años) que declaran que su estado de salud ha sido malo o muy malo en los últimos 12 meses. Porcentaje ajustado por edad.



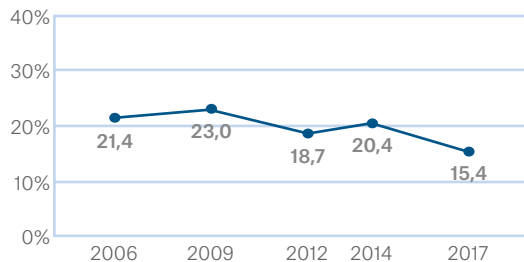
Personas mayores gravemente limitadas:

% de las personas mayores (65 o más años) con limitación grave para las actividades de la vida cotidiana debido a problemas de salud en los últimos seis meses.



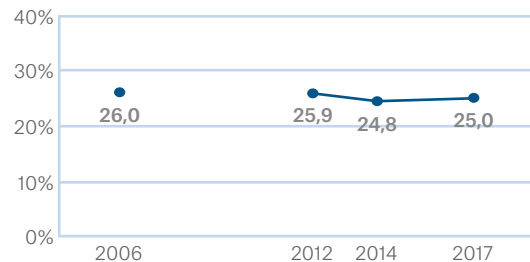
Limitaciones para la actividad de la vida cotidiana:

% de personas adultas (16 o más años) con limitación moderada o grave para las actividades de la vida cotidiana debido a problemas de salud en los últimos seis meses. Porcentaje ajustado por edad.



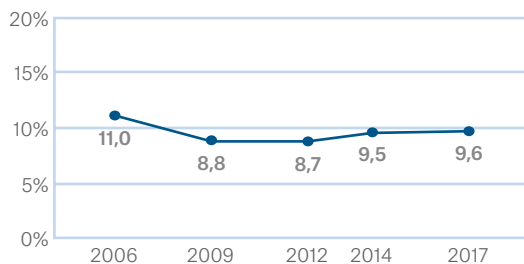
Enfermos crónicos:

% de las personas adultas (15 o más años) que han padecido en los últimos 12 meses, y han sido diagnosticadas por un médico, alguna de las principales enfermedades o problemas de salud crónicos de riesgo cardiovascular: hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes. Porcentaje ajustado por edad.



Problema de salud mental:

% de las personas adultas (15 o más años) con depresión, ansiedad u otros problemas mentales padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico. Porcentaje ajustado por edad.



Fuente:

Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Europea de Salud en España y la Encuesta de Condiciones de Vida.

Que la población esté lo más sana posible es el primer reto que se plantea en el ámbito de la salud. La salud, sin embargo, depende de múltiples causas, individuales y colectivas (factores genéticos, estilos de vida, salubridad del entorno, avances médicos, etcétera). También existen factores relacionados con el ciclo vital que influyen de manera poderosa en la incidencia de distintas enfermedades. La estructura de la población (el hecho de que la población sea más joven o más vieja) influye en el estado de salud. Aunque edad avanzada y enfermedad no siempre van unidas, el estado general de salud tiende a deteriorarse en las personas de mayor edad. Por ello, al valorar los avances y los retrocesos en este reto, es recomendable utilizar indicadores estandarizados o ajustados por edades, de manera que se eliminen los efectos de composición debidos solo al cambio en la estructura de edades de la población. Para evitar este problema, los indicadores elegidos para representar este reto se han ajustado por edades. De este modo se facilita la comparación de tasas o porcentajes de distintas poblaciones (de distintos años) al usar una estructura por edad común. Como población de referencia se ha tomado la Población Estándar Europea (Waterhouse *et. al*, 1976). La única excepción es la referida a las limitaciones graves entre las personas mayores, ya que es un indicador restringido por definición al grupo de 65 y más años.

Uno de los indicadores habitualmente utilizados respecto al estado de salud es la autovaloración. En la última década, la percepción de las personas sobre su estado de salud ha mejorado notablemente.

Los datos muestran que entre 2006 y 2017 ha disminuido el porcentaje de enfermos crónicos de riesgo cardiovascular en un punto porcentual. No obstante, cabe destacar que las enfermedades crónicas de riesgo cardiovascular afectan a una importante parte de la población: una de cada cuatro personas sufre hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes. La tendencia descendente afecta a los enfermos crónicos de hipertensión, pero no a los de diabetes o hipercolesterolemia, cuyo porcentaje de personas ha crecido alrededor del 13% desde 2006. Especialmente grave resulta el caso de la diabetes, ya que este crecimiento, además de producirse entre los más mayores, afecta a los más pequeños (menores de 14 años), cuyo porcentaje, si bien es bajo, 0,1%, se ha duplicado entre 2006 y 2017.

El porcentaje de personas cuyos problemas de salud les suponen una limitación para el desarrollo de su actividad diaria ha disminuido también entre 2006 y 2017, si bien la reducción se concentra en 2017, por lo que representa una tendencia que se habrá de confirmar con datos futuros. En los años anteriores el indicador se había mantenido relativamente constante en torno a una quinta parte de la población adulta. También, ha disminuido de forma clara en la última fecha el porcentaje de personas mayores que declaran verse gravemente limitadas para realizar las actividades de la vida diaria. Este dato es importante porque supone, si se mantiene la tendencia, mayor autonomía y calidad de vida para el grupo demográfico que más crecerá en los próximos años.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud para España entre 2006 y 2012, el porcentaje de adultos de 15 y más años que han sufrido y han sido diagnosticados de depresión, ansiedad u otros problemas mentales se ha reducido en más de dos puntos porcentuales. No obstante, esta tendencia descendente se rompe a partir de 2014, registrando en 2017 un nivel de incidencia de problemas de salud mental superior al alcanzado en 2009. Estos problemas de salud mental, en especial los de depresión, son diagnosticados con mucha más frecuencia en mujeres que en hombres.

Segundo reto:

Estilos de vida poco saludables en la población española

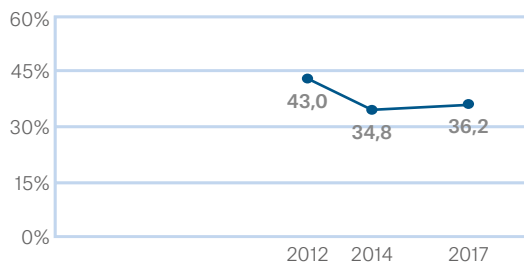
Este reto se mide con los indicadores que mostramos en esta página. El significado de los datos se explica en el resto de la sección.



Indicadores clave sobre promover estilos de vida saludables

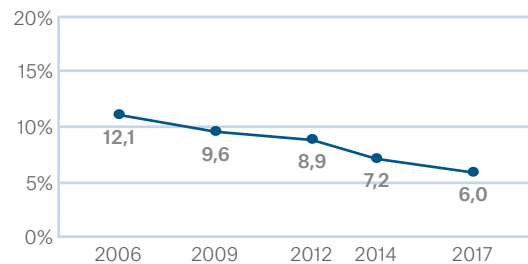
Sedentarismo:

% de las personas adultas (15 o más años) que declaran que no hacen ningún ejercicio físico en su tiempo libre. Porcentaje ajustado por edad.



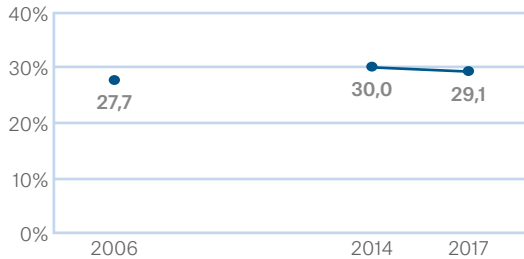
Consumo elevado de tabaco:

% de las personas adultas (15 o más años) que fuman 20 o más cigarrillos al día. Porcentaje ajustado por edad.



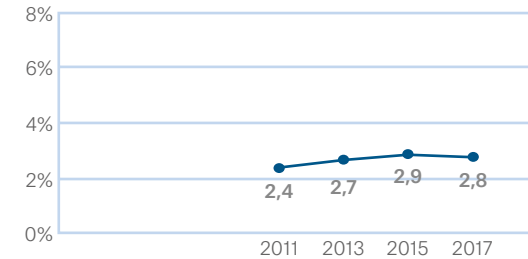
Consumo insuficiente de frutas y verduras:

% de las personas adultas de 15 o más años que no consumen frutas y verduras a diario. Porcentaje ajustado por edad.



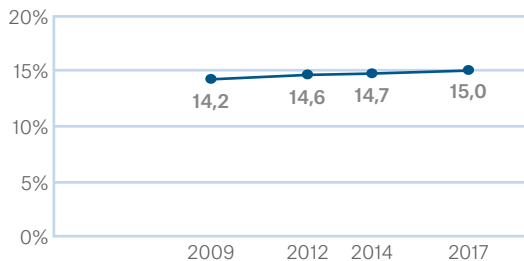
Consumo elevado de cannabis:

% de las personas adultas de 15 a 64 años que fuman cannabis a diario. Porcentaje ajustado por edad.



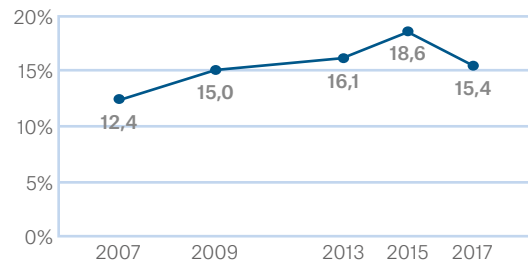
Obesidad:

% de las personas adultas (15 o más años) con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m². Porcentaje ajustado por edad.



Consumo de alcohol en atracón:

% de personas adultas de 15 a 64 años que han consumido más de 5 bebidas alcohólicas (si es un hombre) o 4 (si es mujer) en una misma ocasión de aproximadamente dos horas, en los últimos 30 días. Porcentaje ajustado por edad.



Fuente:

Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud en España.

Son numerosos los estudios científicos que ponen de manifiesto la asociación positiva entre la realización de ejercicio físico moderado de forma regular y la disminución del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes (tipo 2), problemas de salud mental (depresión o ansiedad) y obesidad, entre otras enfermedades crónicas. De 2012 a 2017, el porcentaje de población sedentaria en su tiempo de ocio se ha reducido en casi siete puntos porcentuales. La conducta sedentaria es más frecuente en mujeres que en hombres. Estas diferencias entre hombres y mujeres son mayores en los grupos de edad más extremos: en los más jóvenes (15 a 34 años) y en los mayores (más de 80 años).

Al igual que realizar ejercicio físico de forma regular contribuye a reducir el riesgo de sufrir determinadas enfermedades, seguir una dieta saludable resulta clave en la prevención de un amplio número de enfermedades crónicas y otros problemas de salud. El consumo regular de frutas y verduras (a diario) constituye un indicador apropiado para explorar este hábito de vida saludable en la población. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y de la Encuesta Europea de Salud para España muestran que el porcentaje de población que realiza un consumo insuficiente de frutas y verduras se ha reducido desde 2009. No obstante, esta insuficiencia afectaba todavía en 2017 al 29% de la población de 15 o más años. Son los más jóvenes los que concentran mayores porcentajes de población con una dieta poco saludable.

Los estudios clínicos también han podido concluir que la obesidad constituye un importante factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas y problemas de salud, como la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes. Los datos de las encuestas de salud indican el alto nivel de prevalencia de obesidad en España, con una tendencia creciente desde 2009.

Las drogas de inicio más temprano son el tabaco, el alcohol y el cánnabis. La edad de inicio en el consumo se sitúa entre los 16 y los 18 años en 2017, según la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) e incluso antes, 14 años, según la Encuesta de uso de drogas en enseñanzas secundarias en España de 2016 (ESTUDES).

Mientras que el consumo elevado de tabaco a diario se ha reducido a la mitad en la última década, el consumo menos intensivo, especialmente el consumo de menos de 10 cigarrillos, ha aumentado en más de un 40%. El consumo a diario de alcohol, por otra parte, ha descendido en los últimos años, hasta alcanzar un mínimo histórico en 2017 (7,4%). Igualmente, el consumo elevado de alcohol también ha disminuido en 2017. No obstante, si atendemos a su evolución, el "binge drinking" o consumo de alcohol en atracón, ha experimentado un crecimiento notable, pasando del 4,9% de la población de 15 a 64 años en 2005 a un máximo histórico de 17,9% (18,6%, porcentaje ajustado por edad), diez años después.

Respecto al consumo de otras drogas, el cánnabis es la droga ilegal más consumida en la población de 16 a 64 años. Entre 2011 y 2015 el porcentaje de población de 15 a 64 años que fumaba cánnabis a diario creció medio punto porcentual. A su vez, los consumidores de cánnabis y, especialmente, los consumidores problemáticos de cánnabis (los que obtienen una puntuación mayor de 4 en la escala de *Cánnabis Abuse Screening Test*), en general, concentran el doble y hasta el triple del porcentaje de personas que consumen otras drogas como cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalantes volátiles.

El perfil de los consumidores de cánnabis se caracteriza por una presencia mucho mayor de alumnos repetidores, con malas notas (suspensos), malas relaciones con los padres y policonsumo. En el caso de los consumidores conflictivos de cánnabis, estos problemas son mucho más acentuados. Los datos de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) también muestran que el consumo de cánnabis se asocia con una prevalencia mayor de problemas familiares y con amigos, de salud física, psicológicos, accidentes de tráfico, problemas laborales, económicos, problemas con la policía o la ley, mantener relaciones sexuales que en otras circunstancias no se hubieran mantenido o mantenerlas sin protección.

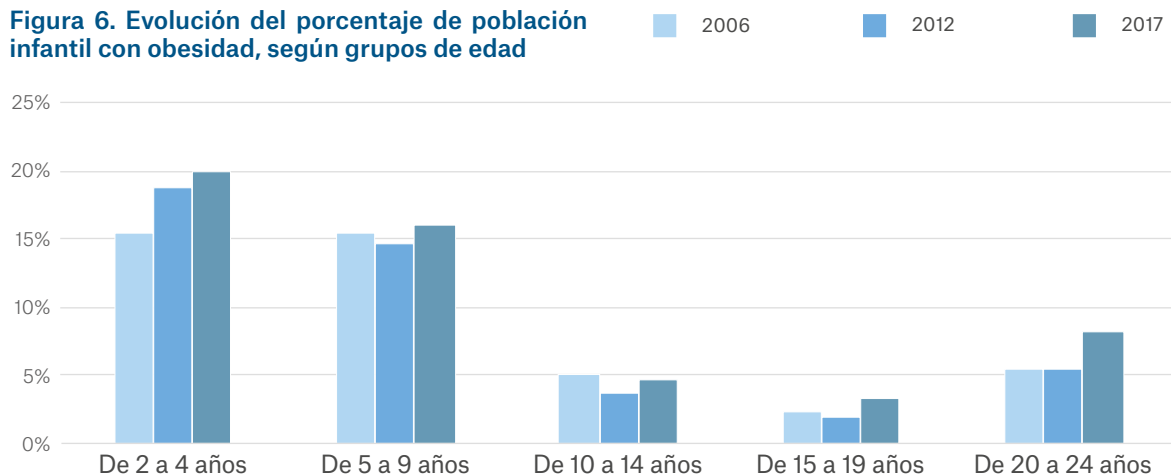
OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL

La obesidad constituye un serio problema de salud pública. Está asociada a un mayor riesgo de sufrir enfermedades coronarias, cardiovasculares, diabetes o cierto tipo de tumores, y está también ligada a una mayor probabilidad de problemas de salud mental (Eurostat, 2018). Todo ello implica costes directos e indirectos sustanciales, que suponen una gran presión para el sistema sanitario en su conjunto. Resulta especialmente grave en el caso de los niños, con un nivel de prevalencia muy elevado y que ha continuado creciendo en la última década. Los niños obesos tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer, a edades más tempranas, las enfer-

medades asociadas a la obesidad. En 2017 afectaba al 20% de los niños entre 2 y 4 años, al 16% de entre 5 y 9 años, y a 4,7% de los de entre 10 y 14 años.

Después de un descenso durante la adolescencia, la incidencia de la obesidad vuelve a crecer con la edad. En 2017 sufría obesidad el 3,2% de los adolescentes entre 15 y 17 años, el 8,2% de los jóvenes adultos entre los 18 y 24 años (frente al 5,5% de 2006) y el 11% de los adultos de 25 a 34 años.

Figura 6. Evolución del porcentaje de población infantil con obesidad, según grupos de edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud.

CONSUMO DE ALCOHOL EN ATRACÓN Y OTROS PROBLEMAS

El consumo de alcohol en atracón o *binge drinking* es un fenómeno que se concentra en los jóvenes. En 2017, la prevalencia del consumo de alcohol en atracón en los últimos 30 días de los jóvenes entre 20 y 24 años se elevó al 25%. Se trata de un fenómeno más extendido entre los hombres que en las mujeres. El consumo que realizan los jóvenes está, además, asociado a bebidas de alta graduación.

Si comparamos los datos de España con los de los países de la Unión Europea, los datos de la *European Health Interview Survey* muestran que este fenómeno de consumo de alcohol en atracón en los últimos 12 meses también se concentra en otros países en los tramos de menor edad, y muy especialmente entre los jóvenes de 20 a 24 años. España, en todo caso, se encuentra entre los países con menor porcentaje de población que consume alcohol en atracón. Si atendemos a la situación socioeconómica de la población, se observa que en general, salvo alguna excepción, en la mayoría de los países de la Unión Europea, incluida España, el consumo de alcohol en atracón aumenta con la renta (cuanto mayor es el quintil de renta, mayor es el porcentaje de población que consume alcohol en atracón).

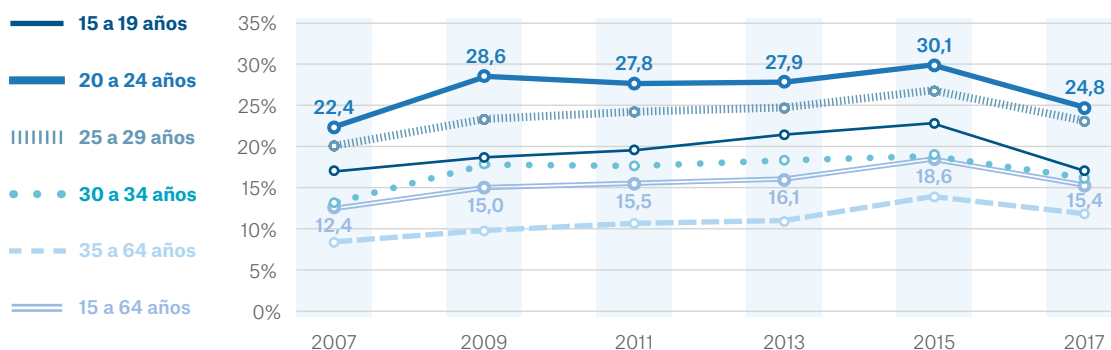
El fenómeno del *binge drinking* resulta especialmente grave por su relación con el

consumo de otras drogas. Según la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) y la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), el consumo de drogas se encuentra más extendido entre los estudiantes que han realizado *binge drinking* que entre los que no lo han hecho. Los datos de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) de 2015 muestran que una de cada cinco personas que hicieron *binge drinking* consumió cannabis, mientras que entre aquellos que no lo hicieron la prevalencia se sitúa por debajo del 5%.

Los datos de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) de 2017 también señalan que ciertos problemas están más extendidos entre los que han consumido alcohol en atracón que en la población general de 15 a 34 años. Mientras que el 3,4% de la población de 15 a 34 años ha tenido problemas o peleas con familiares o amigos, este porcentaje se eleva al 8,9% entre los que han consumido alcohol en atracón en los últimos 30 días. Esta diferencia también se ve en, por ejemplo, los problemas de salud física (3,3% frente a 1,6%), accidentes de tráfico (1,7% frente a 0,7%) o mantener relaciones sexuales sin protección (1,4% frente a 4,2%).

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ATRACÓN

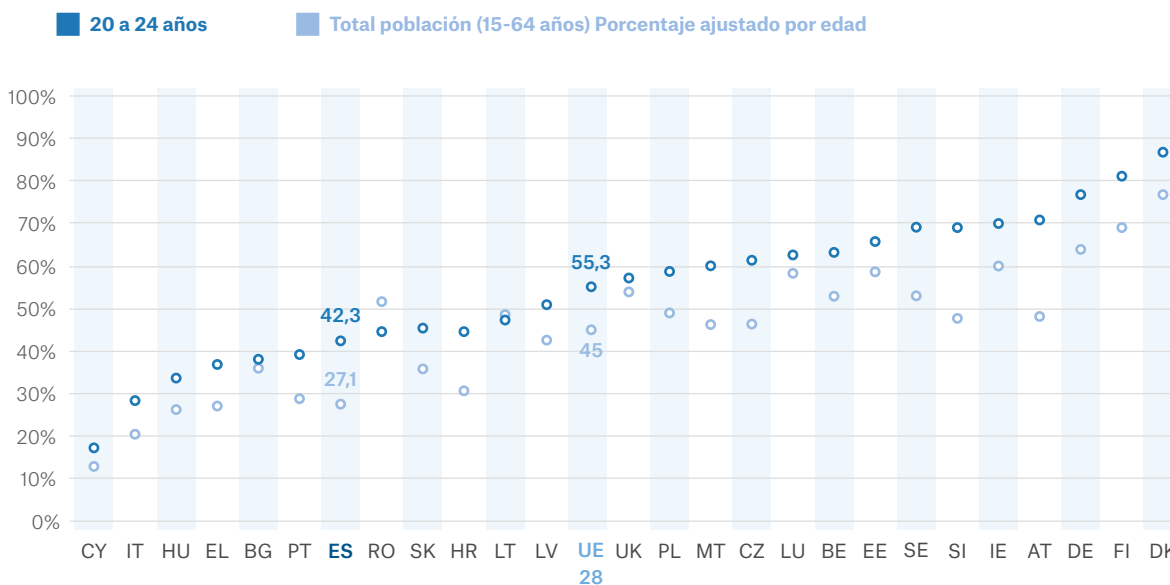
Figura 7. España: porcentaje de población de 15 a 64 años que consume alcohol en atracón ("binge drinking") en los últimos 30 días, según la edad, 2007-2017



Fuente:

Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES).
Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Figura 8. Europa: porcentaje de población de 15 a 64 años que han consumido más de 5-6 bebidas alcohólicas estándar en la misma ocasión en los últimos 12 meses, según edad y país, 2014



Fuente:

European Health Interview Survey (EHIS), Eurostat.

Tercer reto: Garantizar el acceso a la atención sanitaria

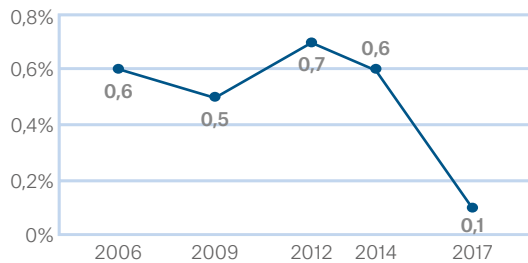
Este reto se mide con los indicadores que mostramos en esta página. El significado de los datos se explica en el resto de la sección.



Indicadores clave sobre dificultades de acceso a la atención sanitaria en España

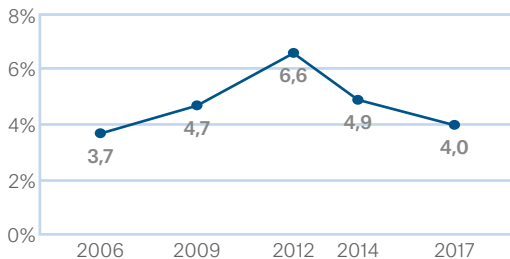
Inaccesibilidad a la atención médica:

% de las personas adultas (16 o más años) que alguna vez, en los últimos doce meses, dejaron de ir al médico (salvo dentista) por razones económicas, distancia excesiva o porque había que esperar demasiado.



Inaccesibilidad a la atención dental:

% de las personas adultas (16 o más años) que alguna vez, en los últimos doce meses, dejaron de ir al dentista por razones económicas, distancia excesiva o porque había que esperar demasiado.



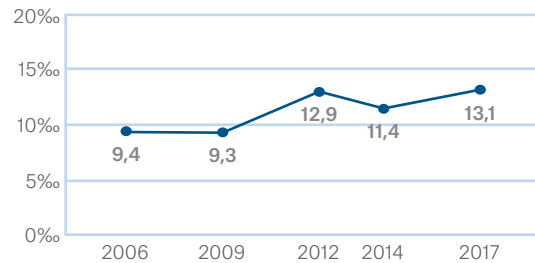
Falta o demora excesiva en la asistencia médica por listas de espera:

% de las personas adultas (15 o más años) con necesidad de atención médica que consideran que alguna vez, en los últimos doce meses, recibieron tarde o no recibieron asistencia debido a la lista de espera.



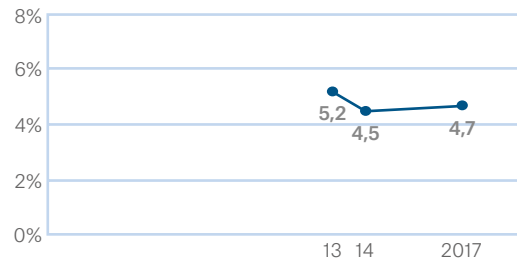
Lista de espera quirúrgica:

Por cada mil habitantes, pacientes en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y los recursos disponibles.



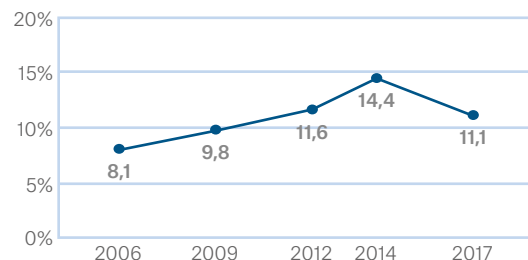
Renuncia a tomar fármacos recetados por razones económicas:

% de las personas adultas (18 o más años) que alguna vez durante el año previo dejaron de tomar, por razones económicas, un medicamento recetado por un médico de la sanidad pública.



Gasto sanitario catastrófico:

% de las personas del primer quintil cuyo gasto sanitario supera el 40% de su capacidad de pago. La capacidad de pago se mide trayendo del gasto total del hogar el gasto básico estándar en alimentación, energía y vivienda.



Fuente:

Elaboración propia con datos procedentes de las Encuestas Nacional y Europea de Salud, la Encuesta de Condiciones de Vida, la Encuesta de Presupuestos Familiares, el Barómetro Sanitario y el Sistema de Información de Listas de Espera del SNS.

En España, prácticamente todos los ciudadanos tienen cobertura sanitaria. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, el 99% de los ciudadanos tiene asistencia sanitaria pública en nuestro país, a través del Sistema Nacional de Salud o de mutualidades del Estado acogidas a un proveedor privado. Además, es casi nulo el porcentaje de población que declara no haber podido ir al médico por su elevado coste, estar demasiado lejos o tener que esperar demasiado.

La cobertura cuasiuniversal no implica, sin embargo, garantía de acceso efectivo al paquete de servicios necesario para preservar la salud. Por un lado, existen ámbitos asistenciales que la sanidad pública no cubre totalmente en España, como la asistencia dental, la psicológica, algunas vacunas o determinados tratamientos de rehabilitación. En otros casos, como los medicamentos, los pacientes contribuyen con un copago a la financiación del gasto en salud. En estas áreas, la falta de recursos puede dificultar en cierta medida el acceso. Además, existen minorías sociales excluidas del derecho a atención sanitaria cuya situación es difícil de conocer mediante encuestas a los hogares. Cabe destacar el caso de los inmigrantes sin papeles, a los que el Real Decreto Ley 16/2012 dejó sin cobertura sanitaria regular, aunque se mantuvo en situaciones especiales (infancia, embarazo, urgencias, solicitantes de asilo y víctimas de trata de personas). Esta situación se revirtió posteriormente, a través del Decreto-Ley 7/2018.

Las barreras de acceso a la atención sanitaria no provienen solo de la escasez de ingresos de algunas familias para afrontar copagos o costear por su cuenta prestaciones no cubiertas por la sanidad pública. Si el sistema sanitario no funciona correctamente, los ciudadanos pueden no recibir a tiempo la atención requerida para preservar su salud. La escasez de recursos materiales y humanos genera listas de espera excesivas y reduce el tiempo dedicado a los pacientes, incrementando el riesgo de errores de diagnóstico o de tratamiento. Igualmente, los fallos organizativos y de gestión pueden hacer que no se utilicen de forma óptima los recursos disponibles. Que la sanidad funcione bien es aún más importante para las familias de ingresos medios y bajos, que no suelen contar con un seguro privado complementario. Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud, realizada en 2017, muestran que un 15% de la población adulta tiene seguros privados de asistencia sanitaria, pero existen grandes diferencias según el nivel de ingresos: entre las familias que ganan menos de 1.050 euros netos al mes, solo un 4% tiene tam-

bién un seguro médico privado, frente al 41% entre las familias que ingresan más de 3.600 euros al mes.

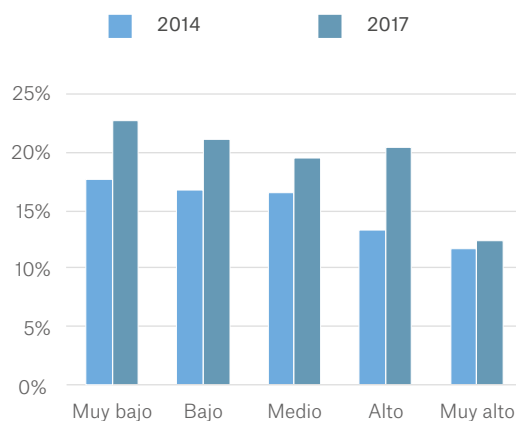
Uno de los problemas que preocupa tradicionalmente a los usuarios de la sanidad en España es el de las listas de espera. Según datos de las dos últimas encuestas de salud, entre un 15% y un 20% de los adultos que necesitó atención médica en el año previo señaló haber carecido de la misma o haberla recibido demasiado tarde en alguna ocasión, debido a la existencia de listas de espera. Aunque esta pregunta no se recogía como tal en las encuestas anteriores, lo que dificulta estudiar la evolución, la percepción del problema no parece haber mejorado en 2017 con respecto a 2014. Los datos oficiales sobre la lista de espera quirúrgica muestran, de hecho, un aumento del número de pacientes en espera de una operación desde el inicio de la crisis. Además, creció el tiempo medio de espera (de 70 días en 2006 hasta un máximo de 115 en 2016). Aunque los últimos datos son mejores, no se han recuperado los valores del período previo a la crisis.

La atención dental es uno de los ámbitos asistenciales con cobertura pública muy limitada, pese a la progresiva ampliación en el caso de los niños durante el período reciente. Ello hace que el dentista constituya, para las familias, un gasto que resulta complicado asumir cuando la situación económica es poco favorable. En España, la inaccesibilidad a la atención dental se había reducido en los años previos a la crisis, pero empeoró durante la misma, llegando a afectar a un 7% o más de los adultos en el período 2012-2014. Las razones económicas son las señaladas como determinantes por las familias en este tipo de atención, muy por encima de las relacionadas con el transporte, la lejanía de los servicios o las listas de espera.

DESIGUALDADES SOCIALES EN EL ACCESO

Las dificultades de acceso a la atención sanitaria varían según el nivel de ingresos, aunque no siempre la renta es determinante. En el caso de la falta o demora excesiva de asistencia médica por la lista de espera, solo quienes tienen ingresos muy altos, más de 3.600 euros al mes en 2017, presentan indicadores claramente inferiores al promedio (figura 10). Además, son el único grupo que no registró un empeoramiento entre 2014 y 2017.

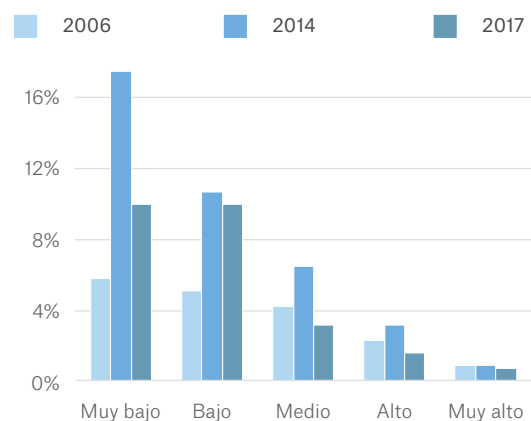
Figura 10. % de los adultos con falta o demora excesiva en la asistencia médica debido a las listas de espera, por nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia con datos procedentes de las encuestas de salud (ESES-2014 y ENS-2017).

El gradiente económico es mucho más marcado (y se agudizó más durante la crisis) en la dificultad de acceso a la asistencia dental. Para los hogares en el quintil de ingresos más bajos, la necesidad no cubierta se multiplicó por tres entre 2006 y 2014. En 2017 la situación mejoró, pero este grupo de ingresos es el único en el que no se han recuperado todavía los valores de antes de la crisis.

Figura 11. % de los adultos con necesidad no cubierta de atención dental por nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia con datos procedentes de las encuestas de condiciones de vida (ECV).

El coste de los medicamentos necesarios para tratar los problemas de salud es compartido entre las administraciones públicas y los ciudadanos. El mecanismo de copago es útil para reducir el gasto público y, en teoría, racionaliza el uso de los medicamentos; pero un diseño inadecuado puede tener efectos negativos en la salud y la equidad de acceso. Ello puede ocurrir si determinadas personas reducen, por motivos económicos, la adherencia a tratamientos necesarios para preservar su salud o bien deben dedicar a ellos una proporción excesiva de los ingresos del hogar.

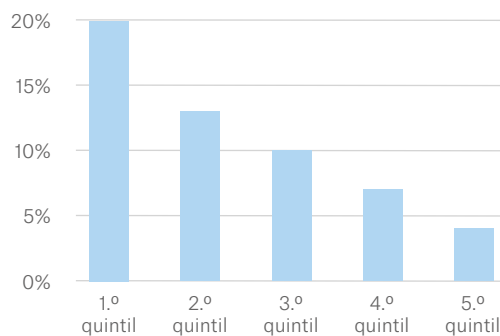
El Barómetro Sanitario indica que la proporción de encuestados que han dejado de tomar algún medicamento recetado por la sanidad pública por razones económicas es reducida. Sin embargo, la proporción se duplica, superando el 10%, en grupos como el de los desempleados. Aunque el copago farmacéutico está, desde el año 2012, graduado en función del nivel de renta del paciente, no existen topes mensuales máximos salvo en el caso de los pensionistas. Entre los desempleados, únicamente los que han agotado el subsidio están exentos del copago y el resto tiene que contribuir igual que los ocupados.

El gasto en tratamientos médicos y otros bienes y servicios sanitarios no plenamente cubiertos por el sistema público puede llegar a ser problemático para las personas de bajos ingresos con problemas de salud. Aplicando estándares europeos, se considera que este gasto resulta catastrófico cuando absorbe más del 40% de la capacidad de pago del hogar, una vez descontado el gasto necesario para cubrir un consumo básico estándar de alimentación, vivienda, energía y agua. La incidencia del gasto sanitario catastrófico entre los hogares del primer quintil casi se duplicó entre 2006 y 2014, debido al impacto combinado de la crisis y la reforma del copago farmacéutico, y solo en 2017 registra una evolución a la baja.

CUANDO CUIDAR LA SALUD CUESTA DEMASIADO

Las dos últimas encuestas de Condiciones de Vida permiten estudiar las dificultades de acceso de la población a los servicios públicos básicos. Los datos recabados muestran que, en 2016, nueve de cada diez hogares usaron servicios sanitarios en los doce meses previos (médico de cabecera, especialista, dentista, recetas, etcétera). Seis de cada diez familias tuvieron que hacer en algún momento pagos relacionados con la salud, y para una de cada diez resultó difícil o muy difícil poder sufragar dichos gastos. El grado de dificultad guarda una relación clara con el nivel de renta: afectó al 20% de las personas situadas en el primer quintil de ingresos, pero solo al 4% del grupo de ingresos más elevados.

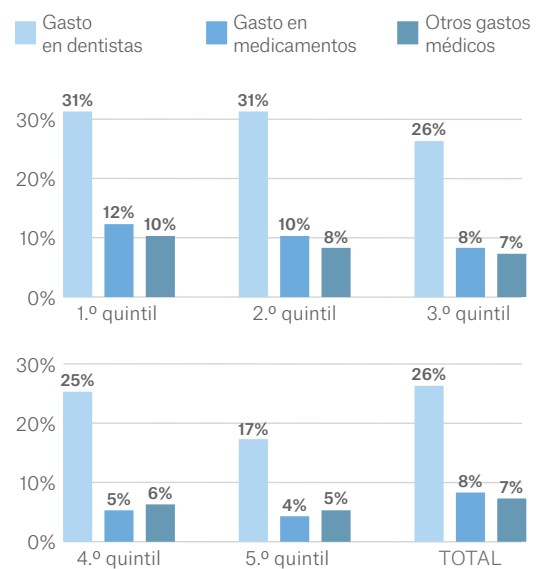
Figura 12. Porcentaje de personas cuyos hogares han tenido dificultad para permitirse los pagos por el uso de servicios sanitarios durante los doce meses anteriores, por quintiles de ingresos



Fuente:
Elaboración propia con datos procedentes de la ECV-2016.

Con preguntas diferentes, la encuesta de 2017 confirma también que los pagos sanitarios representan una carga importante para algunas familias. Destaca especialmente el gasto en asistencia dental, que es percibido como una carga económica pesada por el 26% de la población (un cuarto de los usuarios). En el caso del gasto en otro tipo de especialistas o en la compra de medicamentos, el porcentaje supera el 10% en el quintil de ingresos más bajos, siendo del 5% o inferior en el grupo de renta más elevada.

Figura 13. Porcentaje de población cuyos hogares han realizado gastos sanitarios que se perciben como una carga económica pesada durante el año previo



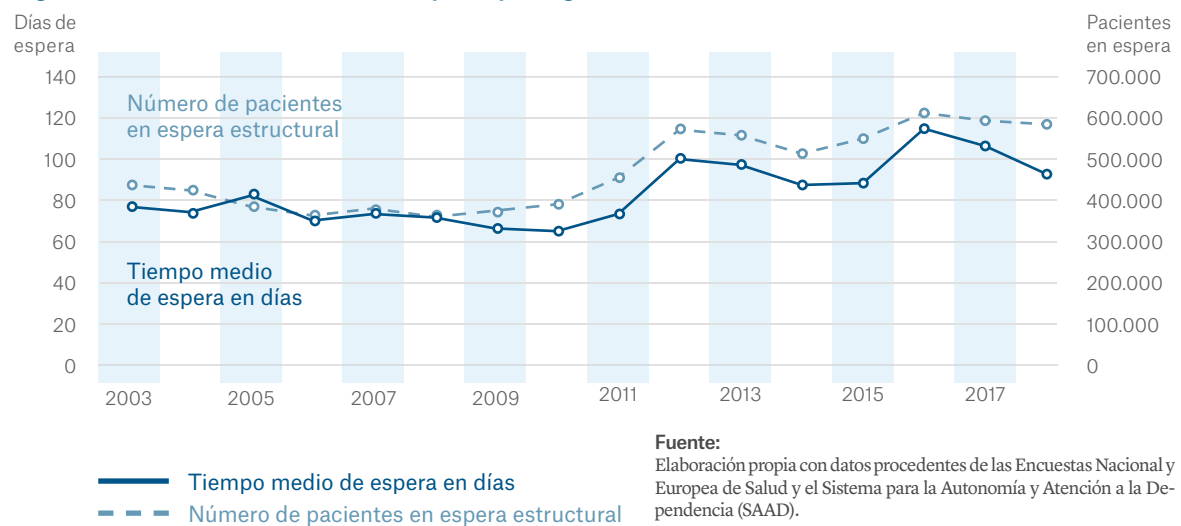
Fuente:
Elaboración propia con datos procedentes de la ECV-2017.

LA SANIDAD EN TIEMPOS DE CRISIS

Los datos oficiales sobre las listas de espera publicados por el Ministerio de Sanidad desde el año 2003 muestran que existe una realidad objetiva tras la percepción ciudadana. El número de pacientes en lista de espera estructural quirúrgica (es decir, en situación de ser intervenidos qui-

rúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y los recursos disponibles) y el número medio de días de espera, que habían disminuido en los años previos a la crisis, aumentaron rápidamente en 2011 y 2012, los dos años en los que más empeora la percepción social del problema.

Figura 14. Evolución de la lista de espera quirúrgica desde 2003



Cuarto reto:

Garantizar el acceso a la atención a la dependencia

Este reto se mide con los indicadores que mostramos en esta página. El significado de los datos se explica en el resto de la sección.



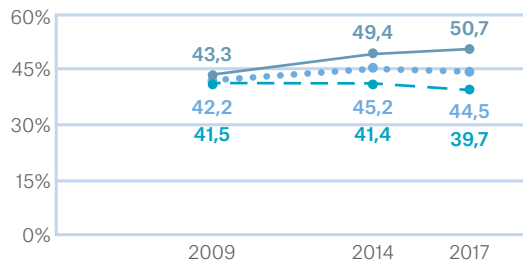
Indicadores clave sobre problemas de acceso a la atención a la dependencia en España

Legenda en los gráficos segmentados por población

- Población de 65 y más años
- ■ ■ ■ Población de 65 a 79 años
- Población de 80 y más años

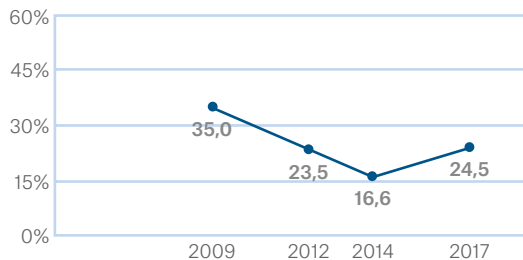
Necesidad subjetiva de ayuda en las personas mayores:

% de las personas mayores (65 o más años) con dificultades en alguna actividad básica o instrumental de la vida diaria que considera que necesitaría recibir más ayuda de la que recibe.



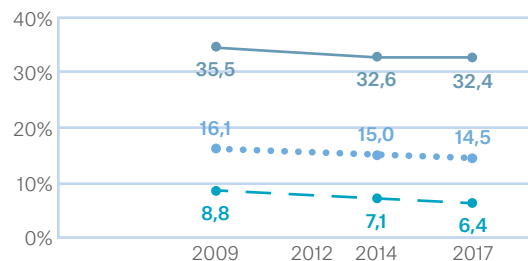
Lista de espera registrada:

% de las personas de cualquier edad con dependencia reconocida que están a la espera de recibir servicios o prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD).



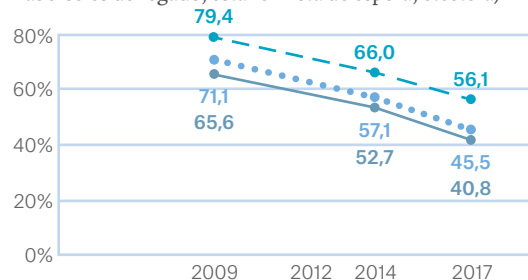
Demanda de cuidados entre las personas mayores:

% de las personas mayores (65 y más años) con necesidad estimada de cuidados según las encuestas de salud.



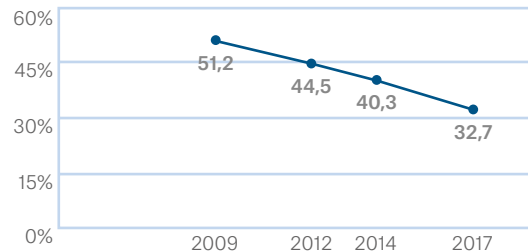
Déficit de cobertura de las personas mayores dependientes:

% de las personas mayores (65 y más años) con necesidad estimada de cuidados que no reciben atención del sistema de atención a la dependencia (por no haberlo solicitado, habérseles denegado, estar en lista de espera, etcétera).



Déficit de profesionalización de los cuidados:

% de las prestaciones concedidas por el SAAD consistentes en ayudas para el cuidado en el entorno familiar, sobre el total de las prestaciones concedidas.



Fuente:

Elaboración propia con datos procedentes de las encuestas Nacional y Europea de Salud y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

La atención a la dependencia es un derecho cuyo pleno desarrollo como cuarto pilar del estado del bienestar (junto a la educación, las pensiones y la atención sanitaria) resulta indispensable para cubrir las necesidades sociales en una sociedad que envejece. En España, el sistema de atención a las personas dependientes se puso en marcha hace algo más de diez años, tras la aprobación en diciembre de 2006 de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Su implantación ha sido progresiva y muy dilatada en el tiempo, coincidiendo además con el período de crisis. Por ello, los indicadores de cobertura y suficiencia de la atención prestada son especialmente importantes en este ámbito para evaluar las necesidades no cubiertas y planificar la inversión adicional necesaria.

Uno de los problemas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) implantado en 2007 es el elevado tiempo de espera para recibir prestaciones. En 2012, tras cinco años de funcionamiento, casi una cuarta parte de las personas evaluadas como dependientes estaba a la espera de recibir atención. Durante los años de la crisis, la lista de espera registrada se redujo poco a poco, pero ello fue debido en gran medida al freno en el proceso de nuevos reconocimientos y a la prórroga hasta el año 2015 del plazo máximo para incorporar a los dependientes moderados. Al finalizar 2017, el porcentaje de dependientes en espera de ser atendidos, aunque en tendencia descendente, era todavía similar al registrado en 2012.

Las personas mayores son las principales usuarias del sistema de atención a la dependencia, ya que más del 70% del total de los beneficiarios superan los 65 años. Para este grupo es posible, además, estimar la demanda real de cuidados utilizando las respuestas de las encuestas de salud sobre dificultades para realizar las tareas básicas (alimentarse, levantarse, asearse, etc.) o instrumentales (cocinar, hacer compras, limpiar la casa, etc.) de la vida cotidiana. Aplicando una aproximación al baremo oficial, en torno al 15% de las personas mayores tendría limitaciones en grado suficiente para requerir la atención del SAAD. Entre las personas que superan los 80 años la tasa de dependencia es muy superior, rozando el 33%. El porcentaje de personas mayores dependientes ha tendido a reducirse levemente durante el período 2009-2017. La mejora es más apreciable en las personas de entre 65 y 79 años, que tienen mayor autonomía hoy que hace diez años. La evolución futura de esta necesidad social depende del resultado de dos fuerzas contrapuestas: el envejecimiento demográfico, que aumenta la demanda

de cuidados, y la mejora general del estado de salud de las personas, que podría reducir esa demanda.

La implantación del sistema de atención a la dependencia ha tenido un impacto positivo en el acceso a los cuidados de larga duración, sobre todo entre los mayores de 80 años. Sin embargo, la cobertura de la necesidad de atención sigue siendo insuficiente, si tenemos en cuenta los datos sobre limitaciones de las personas mayores que muestran las encuestas de salud. En 2017, aún quedaban fuera del sistema casi la mitad de las personas mayores con necesidad estimada de cuidados. En muchos casos, son personas que no han solicitado ser evaluadas (o reevaluadas) como dependientes por parte del SAAD. En otros casos sí lo han hecho, pero su expediente de valoración no se ha resuelto.

Esta necesidad no cubierta de atención a la dependencia se refleja también en las respuestas de las personas mayores con dificultades para realizar por sí solas las actividades de la vida cotidiana: más de cuatro de cada diez declaran no recibir ayuda o recibir menos de la que necesitarían. La necesidad subjetiva de ayuda ha disminuido en el grupo de 65 a 79 años, pero no así entre los que tienen 80 o más años, la mitad de los cuales siente que precisaría más ayuda con al menos una actividad básica o instrumental. Para cubrir adecuadamente esta necesidad social, el SAAD debería aumentar tanto la cobertura como la intensidad de la atención prestada.

Además de llegar a todos los que precisan atención, el sistema debe proporcionar servicios suficientes y adecuados a las necesidades. Un problema importante del SAAD ha sido, desde el principio, el peso excesivo de las prestaciones económicas frente a los servicios directos, y muy especialmente el protagonismo de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Dicha prestación, concebida en la ley como de naturaleza excepcional, es una ayuda económica de escasa cuantía que se concede al cuidador familiar de una persona dependiente, siendo incompatible con servicios como la ayuda domiciliaria o los centros de día. El peso de estas prestaciones en el total empezó superando el 50% y todavía en 2014 rebasaba el 40%, aunque con grandes diferencias entre las comunidades autónomas. A finales de 2017 se había reducido a un tercio, muy lejos todavía del papel residual que según la ley debería ejercer. Este indicador nos habla del grado de profesionalización del SAAD: cuanto menor es el protagonismo de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, mayor profesionalización.

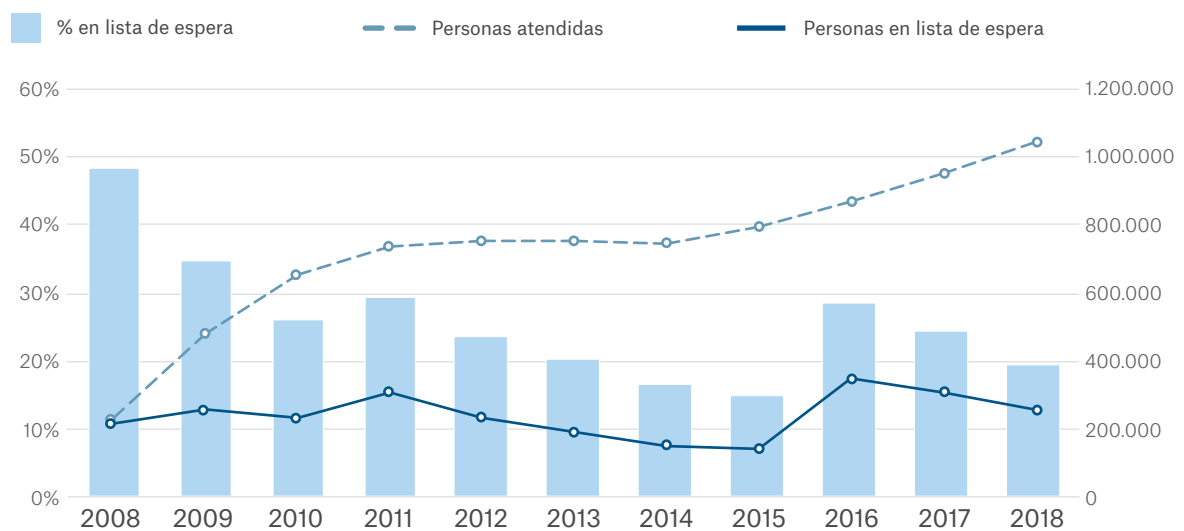
LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

El número de personas dependientes atendidas por el SAAD se incrementó rápidamente en los primeros años tras la entrada en vigor de la ley, llegando a superar los setecientos mil usuarios en 2011. Desde ese momento la cifra de personas atendidas se estancó, debido a cambios normativos y procedimentales que ralentizaron las nuevas entradas y al retraso en la incorporación al sistema de los dependientes moderados (los de menor nivel de dependencia dentro de los grados con derecho a atención). A partir de 2015, el

número de beneficiarios volvió a crecer, hasta superar el millón de personas en el año 2017.

La evolución de la lista de espera registrada refleja las distintas fases de avance y freno en el progreso hacia la implantación total del sistema. En este sentido, la reducción de los últimos años tiene distinto carácter a la experimentada en el período 2012-2015, cuando se debió más al fallecimiento de personas a la espera de recibir prestaciones que al aumento del número de beneficiarios atendidos.

Figura 16. Número de personas con derecho reconocido atendidas y en lista de espera (eje derecho), y lista de espera en porcentaje sobre el total de las personas con derecho reconocido (eje izquierdo)



Fuente: Elaboración propia con datos procedentes del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SISAAD).

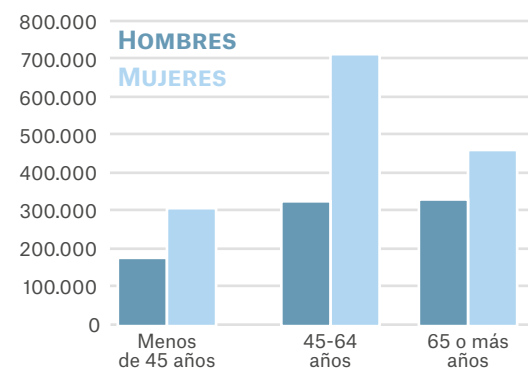
CUIDAR A LAS PERSONAS DEPENDIENTES: UNA TAREA DIFÍCIL PARA LAS FAMILIAS

Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2016, unos 3 millones de hogares (uno de cada seis) tienen en casa a alguna persona que requiere cuidados por su edad avanzada o por sufrir una enfermedad crónica. De ellos, solo un 14% recibe cuidados a domicilio de un cuidador remunerado, y solo para un 4% se superan las 20 horas semanales. En general, las familias deben pagar por estos cuidados, especialmente cuando la intensidad horaria aumenta, ya sea por tratarse de servicios contratados de forma privada o por el copago exigido por el SAAD (los datos no permiten diferenciar las dos situaciones). Conviene recordar que el número máximo de horas semanales de ayuda domiciliar concedida por el SAAD está en torno a las 16 horas en los casos de gran dependencia. El gasto en cuidadores es difícil o muy difícil de afrontar para casi la mitad de los hogares que reciben estos servicios, y aunque existe un cierto gradiente económico, no es tan pronunciado como en otro tipo de pagos. Una consecuencia de lo anterior es que existen unos 930.000 hogares con necesidades no cubiertas de cuidados a domicilio, bien por no recibirlos en absoluto o por contar con menos horas de las necesarias.

En siete de cada diez casos se alegan motivos económicos para no disponer de los cuidados necesarios, pero la segunda razón en importancia es la no disponibilidad de esos servicios (un 10% lo señalan como el motivo principal).

La implicación de la familia sigue sirviendo para cubrir en parte las lagunas del sistema: el 11% de los adultos cuidan de alguna persona mayor o con dolencias crónicas que vive en el propio hogar o fuera del mismo, y un 6% invierte más de 20 horas semanales en dicha tarea de cuidado. Este cuidado intensivo, difícilmente compatible con la carrera laboral, es realizado más por mujeres que por hombres, principalmente en las edades centrales (45-64 años).

Figura 17. Número de adultos que dedican más de 20 horas semanales a atender a familiares mayores o con dolencias crónicas que requieren cuidados de larga duración



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, 2016.

LA SITUACIÓN EN EUROPA

Figura 18. Resumen de la posición de España en el ranking de necesidades sociales relacionadas con la salud en la Unión Europea

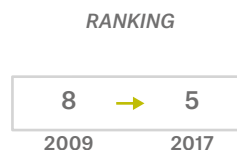
Primer reto:



Mantener y mejorar el estado de salud

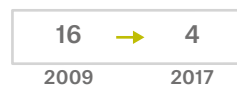
Mala salud autopercebida:

% de las personas adultas (16 o más años) que declaran que su estado de salud ha sido malo o muy malo en los últimos 12 meses. Porcentaje ajustado por edad.



Limitaciones para la actividad de la vida cotidiana:

% de las personas adultas (de 16 o más años) con limitación moderada o grave para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses. Porcentaje ajustado por edad.

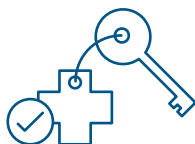


Personas mayores gravemente limitadas:

% de las personas mayores (65 o más años) con limitación grave para las actividades de la vida cotidiana debido a problemas de salud en los últimos seis meses.



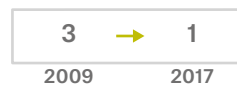
Tercer reto:



Garantizar el acceso a la atención sanitaria

Inaccesibilidad a la atención médica:

% de las personas adultas (16 o más años) que alguna vez, en los últimos doce meses, dejaron de ir al médico (salvo el dentista) por razones económicas, distancia excesiva o porque había que esperar demasiado.



Inaccesibilidad a la atención dental:

% de las personas adultas (16 o más años) que alguna vez, en los últimos doce meses, dejaron de ir al dentista por razones económicas, distancia excesiva o porque había que esperar demasiado.



Fuente:
Elaboración propia con datos de Eurostat (EUSILC).

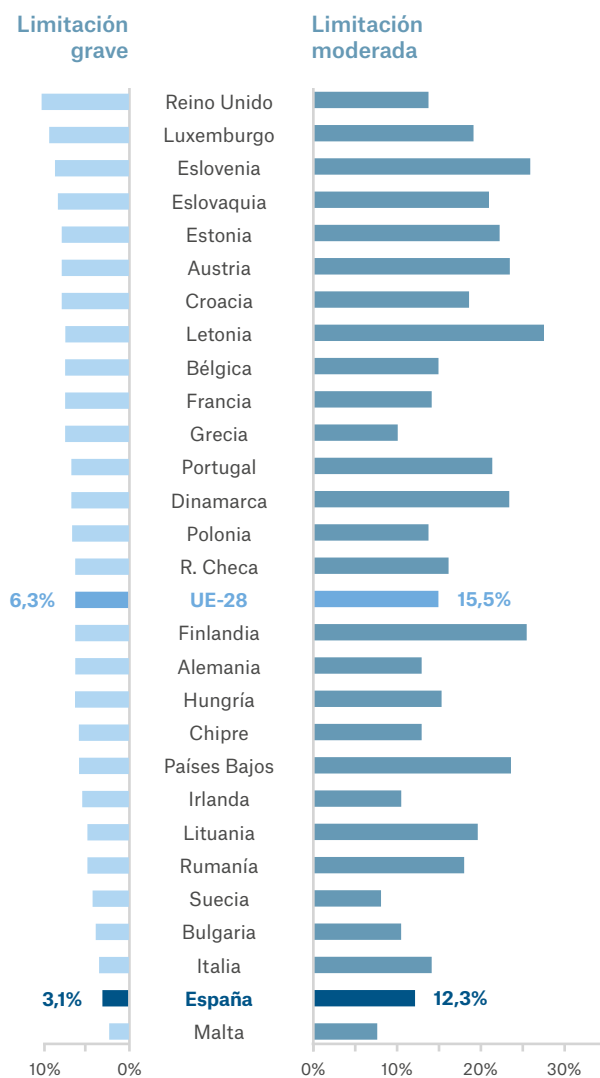
Estado de salud

España es una parte del territorio europeo con niveles de salud comparativamente buenos. Ello tiene su reflejo en indicadores objetivos, como la esperanza de vida, la mortalidad o la morbilidad, pero también en la propia percepción de los ciudadanos. Ajustando por edades para evitar la interferencia de las distintas pirámides demográficas, el porcentaje de población adulta con una autovaloración negativa de su estado de salud es en España inferior al promedio europeo, y la ventaja se amplía en 2017, año en el que obtiene la sexta mejor posición. Aunque las pautas de morbilidad no difieren mucho de las del conjunto de la Unión Europea, España ha reducido más deprisa y con mayor intensidad que otros países la mortalidad asociada a las principales enfermedades desde los años noventa. En mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular o cáncer de mama, España se sitúa actualmente entre los cinco países con menores tasas de mortalidad dentro de la Unión Europea, y en algunos casos lidera la clasificación. Entre las tendencias negativas, cabe destacar que la mortalidad femenina por cáncer de pulmón, pese a ser inferior al promedio europeo, ha seguido una tendencia creciente. Crece igualmente desde principios de siglo la incidencia de la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017), tanto en España como en el ámbito europeo. Solo entre 2012 y 2016, los casos de gonorrea, una de las enfermedades que más se ha expandido, pasaron de 7 a 15 por cada cien mil habitantes en España, y de 13 a 19 por cada cien mil habitantes en el conjunto de la Unión Europea, según los datos ofrecidos por el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades.

También ha evolucionado favorablemente en España la situación comparativa en cuanto a limitaciones en la actividad cotidiana debido a problemas de salud. Partiendo de una posición intermedia en 2009, los datos de 2017 sitúan a España como el cuarto país de la Unión Europea con menor porcentaje de personas adultas que declaran sufrir algún tipo de limitación (moderada o grave), y el segundo país si la comparación se limita a las de carácter grave (figura 19). Si los datos de 2018 confirman esta tendencia, se trataría de una mejora con implicaciones potencialmente favorables para la demanda futura de cuidados de larga duración. De hecho, es precisamente la población mayor de 65 años la que más ha visto redu-

cirse la prevalencia de las limitaciones graves autopercibidas, tanto en España como en el promedio de la Unión Europea. Con los datos más recientes, España ocuparía la quinta mejor posición dentro del *ranking* europeo.

Figura 19. Porcentaje de personas adultas con limitaciones para las actividades de la vida cotidiana, con distribución según el grado de limitación, en 2017



Nota: Porcentajes ajustados por edad.

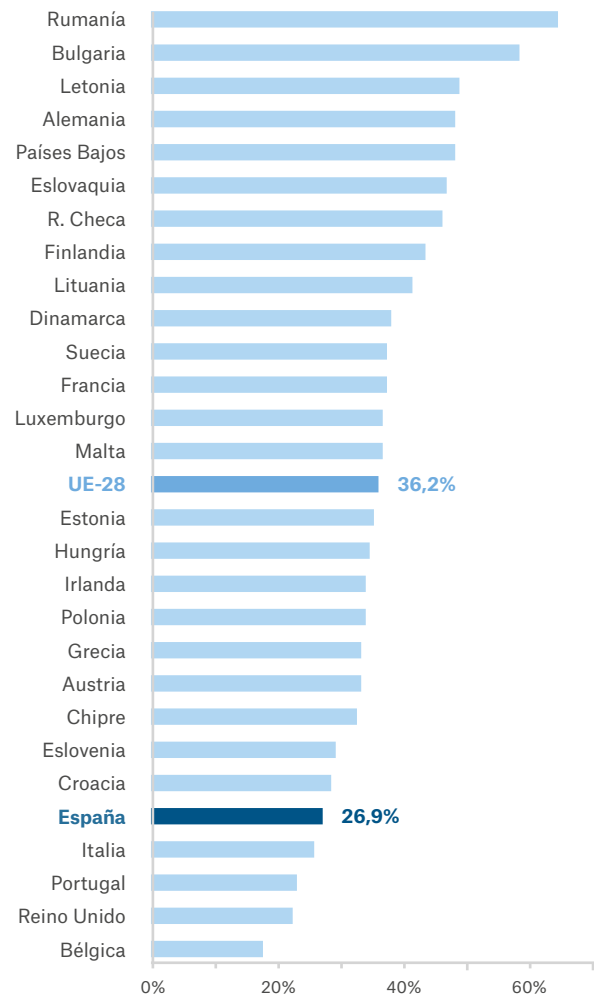
Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat, EU-SILC.

Hábitos de vida saludables

España ocupa una posición intermedia dentro del contexto europeo en la adopción de hábitos de vida saludables, aunque existen diferencias según los indicadores: tenemos una dieta más sana, pero también un mayor consumo de drogas ilegales, como la cocaína o el cannabis. Un 23% de los adultos fuma a diario, un porcentaje similar a la media europea que supone, de hecho, una mejora con respecto a situaciones pasadas. Las pautas de consumo de alcohol no son fácilmente comparables por las diferentes costumbres nacionales: España tiene comparativamente muchos bebedores diarios, pero también un mayor porcentaje de abstemios, según la información recabada por Eurostat.

La adherencia a la dieta mediterránea se considera, a menudo, uno de los factores que podrían explicar la elevada esperanza de vida lograda en países como España, que lidera junto a Francia la clasificación europea de este indicador. La dieta mediterránea, rica en frutas, verduras, cereales, legumbres, pescado y aceite de oliva, ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud como una forma de alimentarse que tiene contrastados efectos positivos para la salud. Con datos de 2014, España es efectivamente un país que destaca dentro de la Unión Europea por el bajo porcentaje de población que realiza un consumo insuficiente de frutas y verduras (figura 20).

Figura 20. Porcentaje de personas adultas (15 y más años) que realiza un consumo insuficiente de frutas y verduras, 2014



Nota:

Porcentajes ajustados por edad.

Fuente:

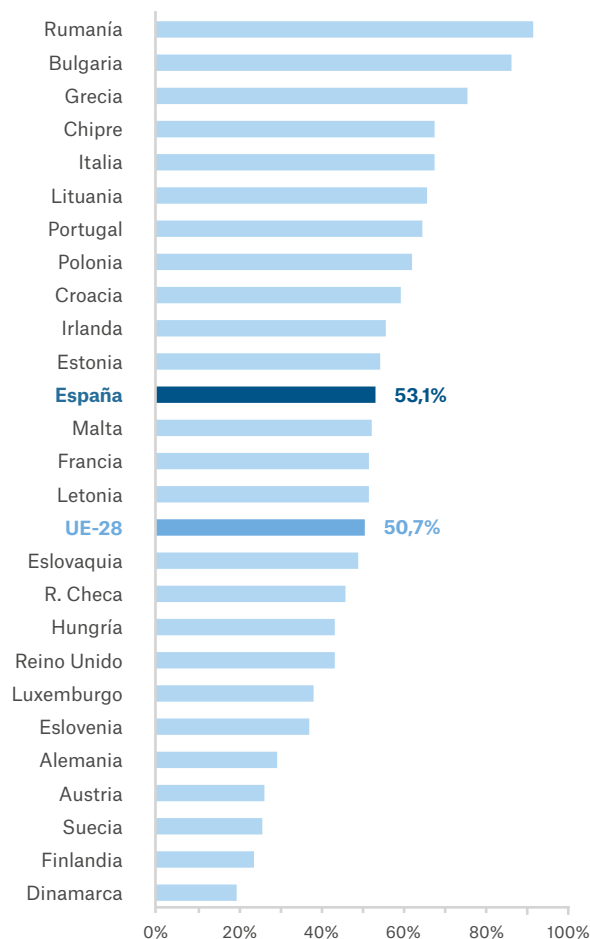
Elaboración propia con datos de Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS).

Junto a la dieta, los hábitos de actividad física de los ciudadanos son otro factor que puede tener consecuencias en relación con la salud. España no destaca positivamente en este ámbito: algo más de la mitad (53,1 %) de los adultos no dedican nada de tiempo a la semana a realizar actividades físicas consideradas como beneficiosas para la salud. Según este indicador, la media europea está en 50,7%, y los países con menores niveles de sedentarismo (Austria, Suecia, Finlandia y Dinamarca) presentan tasas en torno al 20%. Las mayores diferencias por edad con respecto al promedio europeo se dan entre los mayores de 65 años. Ante la importancia que el ejercicio tiene para mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades (a cualquier edad), sería importante promover la actividad física, especialmente entre las personas mayores.

La obesidad es un problema de salud que crece en Europa, debido a la combinación de dietas incorrectas e insuficiente actividad física. En 2014, España era un país con una prevalencia de la obesidad por encima de la media europea (figura 22). El problema tiende a aumentar con la edad en todos los países, y lo hace con especial intensidad en España, donde las personas mayores de 65 años son comparativamente más obesas (23,8%) que en el promedio de UE-28 (19,9%). Pero quizás la tendencia más preocupante en Europa, además de la de los mayores de 65 años, es el aumento de la obesidad entre los jóvenes. La tasa de obesidad en la UE alcanzaba en 2014 el 10% entre los 25 y los 34 años (un 11,2% en España).

Respecto al uso de drogas, España se encontraba en 2015 entre los cinco países de la Unión Europea con mayor prevalencia en el consumo de drogas ilegales entre los jóvenes de 15 a 34 años. El cánnabis es la droga ilegal más extendida en la población europea. En la mayoría de los países el porcentaje de jóvenes entre 15 y 34 años que han consumido cánnabis en los últimos 12 meses creció entre 2008 y 2016. Sin embargo, España es uno de los siete países de la Unión Europea donde este consumo disminuyó entre 2008 y 2016.

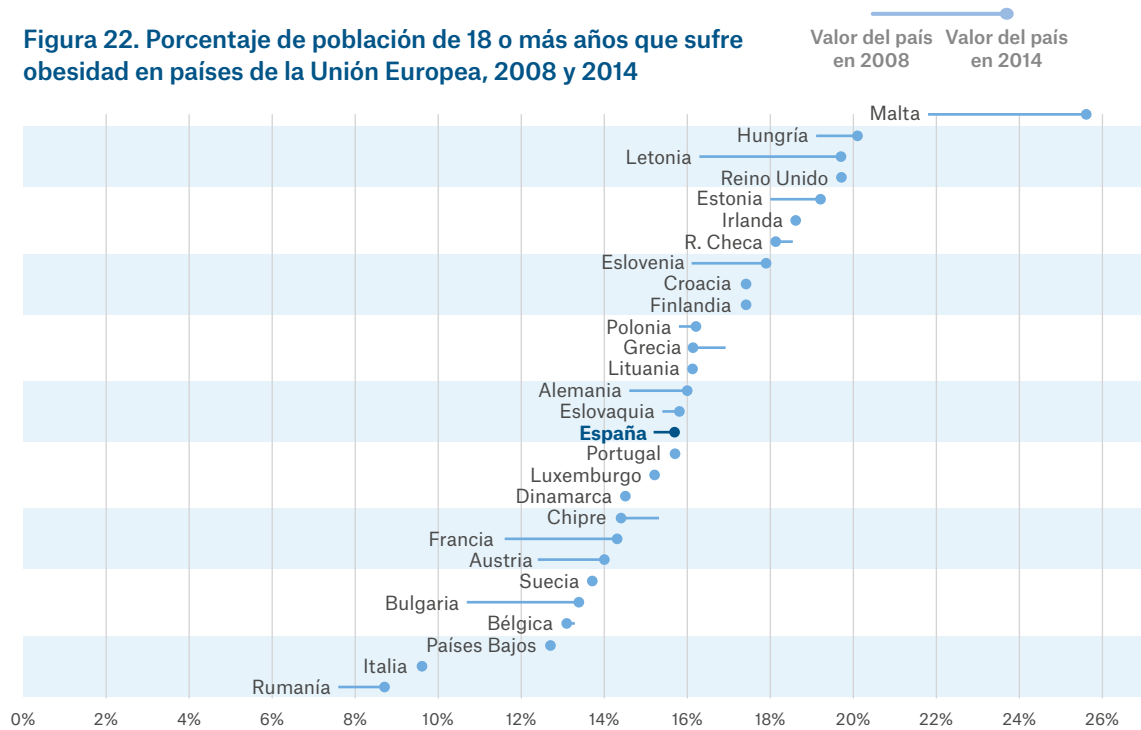
Figura 21. Porcentaje de personas adultas (15 y más años) que no realiza ninguna actividad física considerada como beneficiosa para la salud a la semana, 2014



Nota:
Porcentajes ajustados por edad.

Fuente:
Elaboración propia con datos de Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS).

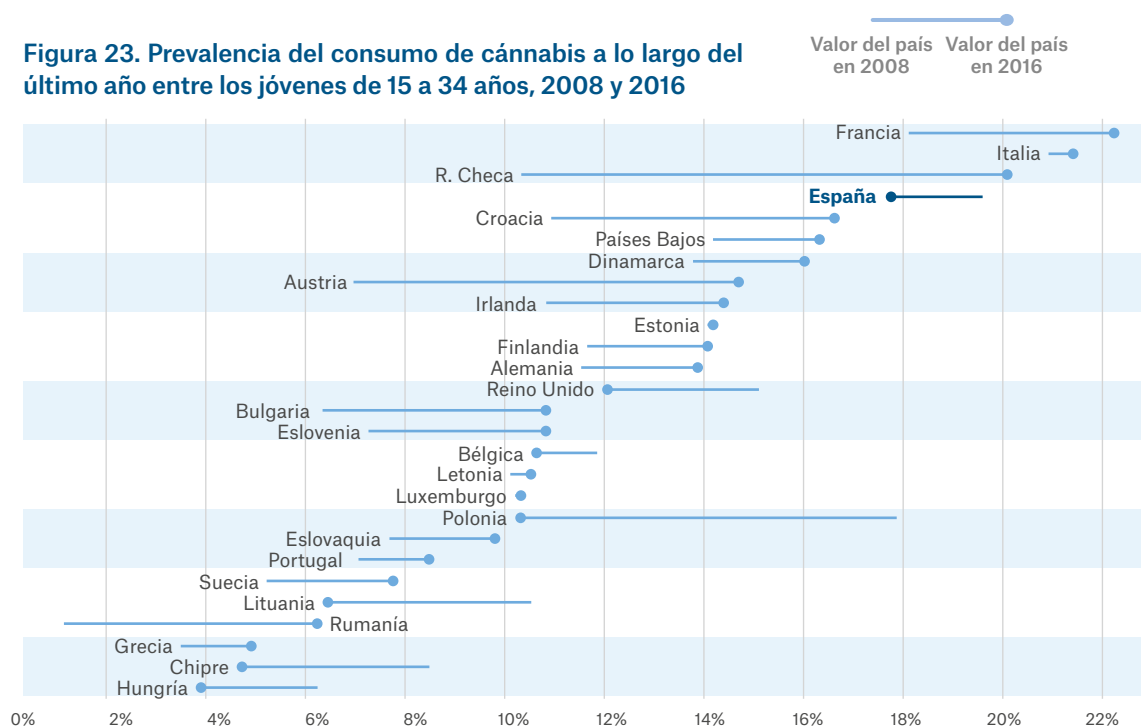
Figura 22. Porcentaje de población de 18 o más años que sufre obesidad en países de la Unión Europea, 2008 y 2014



Fuente:
Elaboración propia con datos de Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS).

Nota:
Porcentajes ajustados por edad.

Figura 23. Prevalencia del consumo de cannabis a lo largo del último año entre los jóvenes de 15 a 34 años, 2008 y 2016



Fuente:
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

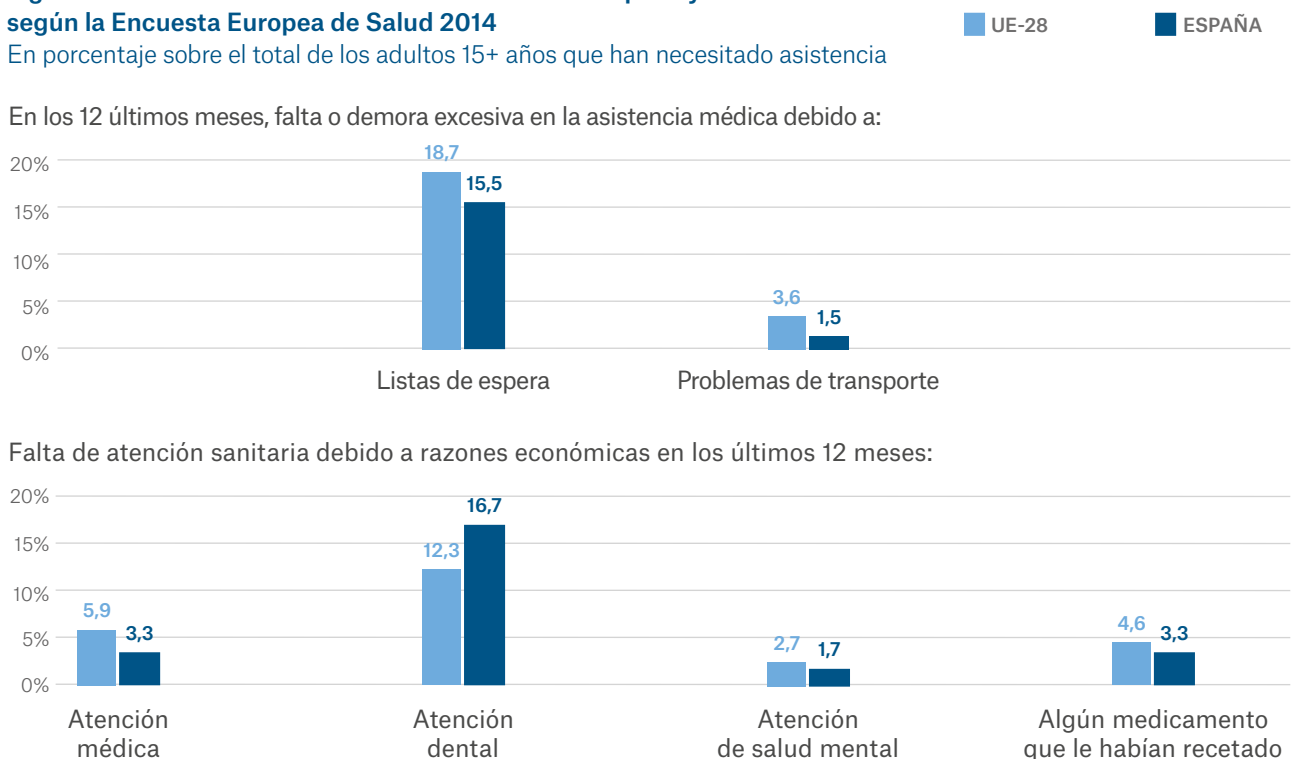
Acceso a la atención sanitaria

La mayoría de los países europeos tienen sistemas de salud universales orientados a garantizar la atención a todos sus ciudadanos. Ello hace que esta zona del mundo muestre indicadores de inaccesibilidad al sistema muy bajos: los adultos que declaran haber tenido que renunciar a ir al médico o al dentista durante el año previo por razones económicas, listas de espera o distancia excesiva no llegan al 5%. En el caso de la atención sanitaria general, España obtiene valores prácticamente nulos para este indicador, liderando en 2017 una clasificación europea en la que los peores puestos corresponden a Grecia y Estonia (con valores que superan el 10%). En el caso de la atención dental, solo en Portugal, Grecia y Estonia la inaccesibilidad supera el 10%. Este indicador creció en España durante la crisis hasta superar la media europea y sigue estando por encima de la misma en 2017 (4% en España, frente a 2,9% en el promedio europeo).

La Encuesta Europea de Salud realizada en los países europeos en torno al año 2014 incluyó preguntas más detalladas para comparar el acceso a la salud (figura 24). Los resultados amplían, y a la vez confirman, el panorama anterior: el sistema sanitario español es uno de los más accesibles a los ciudadanos en la atención médica general, así como en medicamentos y salud mental, pero tiene un desempeño inferior al promedio en atención dental. Por otra parte, España pierde posiciones, hasta situarse en undécimo lugar, cuando se pregunta a los encuestados por la demora excesiva en la atención sanitaria debido a las listas de espera.

Figura 24. Necesidades sanitarias no cubiertas en España y la UE-28 según la Encuesta Europea de Salud 2014

En porcentaje sobre el total de los adultos 15+ años que han necesitado asistencia



Fuente: Elaboración propia con los datos de la EESE-2014 y Eurostat para el promedio europeo.

Acceso a la atención a la dependencia

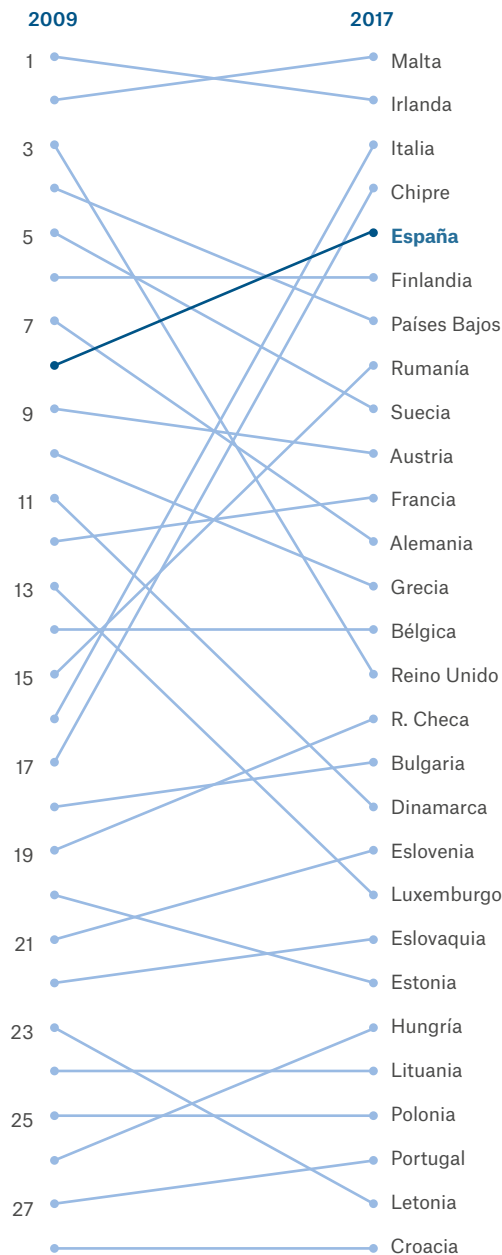
El envejecimiento demográfico supone, en todos los países, una demanda creciente de cuidados de larga duración, aunque el estado de salud de las personas mayores influye en esta evolución. La necesidad social de este tipo de cuidados entre la población de mayor edad puede estimarse analizando con qué frecuencia las personas de este grupo señalan verse gravemente limitadas para desarrollar actividades de la vida diaria debido a problemas de salud. Los datos disponibles indican que España obtiene mejores valores que el promedio europeo en este indicador, tanto en 2009 como en 2017, tras una reducción superior a la observada en el ámbito europeo. Hay que recordar, no obstante, que el dato se basa en una sola pregunta que tiene un cierto componente subjetivo, por lo que dicha mejora debe ser valorada con prudencia.

No existe una estadística europea que permita analizar cómo evoluciona en los distintos países la cobertura de esta necesidad social, pero la OCDE ofrece datos comparables para unos 18 países occidentales (OCDE, 2017). Según esos datos, el porcentaje de personas mayores que reciben cuidados de larga duración en España, pese a haber aumentado entre 2005 y 2015 (8,5% en la segunda fecha), sigue siendo inferior al promedio de la OCDE (13%). Además, una proporción superior de personas mayores son atendidas en sus propios domicilios. Este dato refleja en parte preferencias, pero también restricciones asociadas a la insuficiencia de la oferta de plazas en atención residencial y centros de día.

Posición de España en el ranking de necesidades sociales relacionadas con la salud en la UE.

Países ordenados de mejor a peor situación en cada uno de los indicadores.

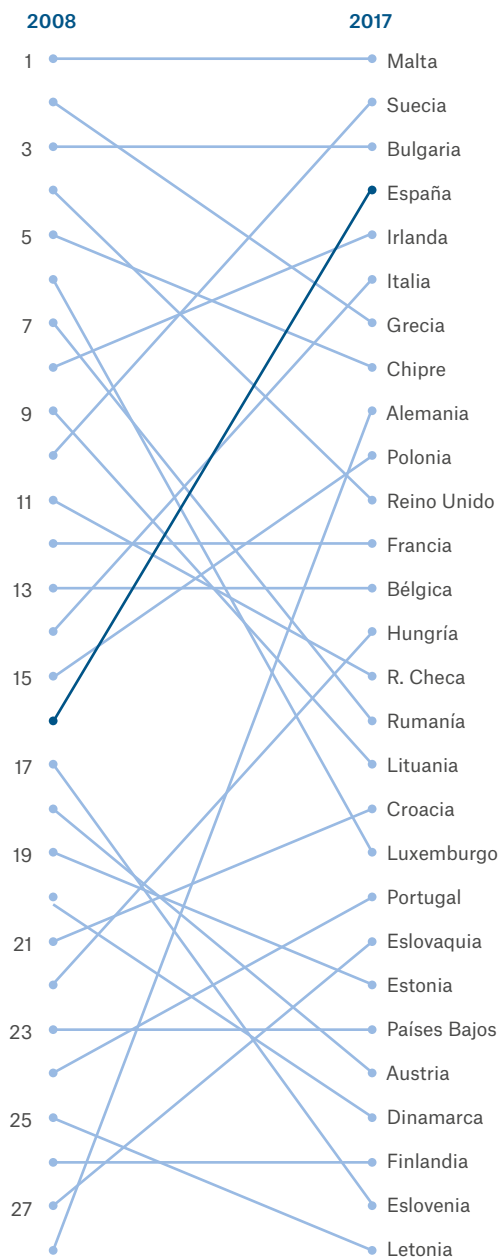
Figura 25. Mala salud autopercebida



Fuente: Elaboración propia con datos procedentes de Eurostat (EUSILC).

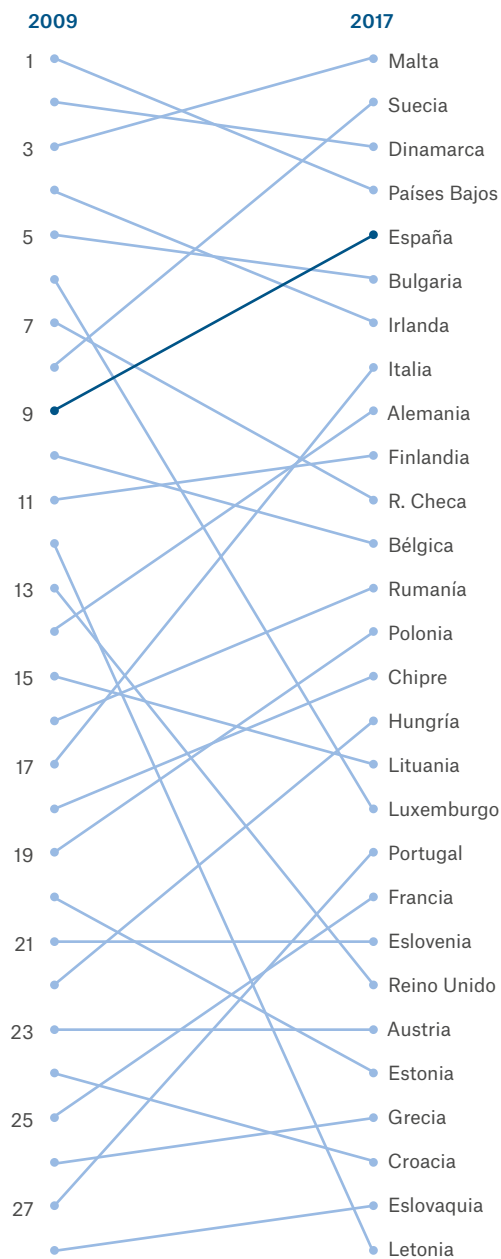
Nota: El dato de Croacia para el año 2009 corresponde a 2010. El dato de Irlanda, Reino Unido y Malta de 2017 de los indicadores de mala salud autopercebida y limitaciones de la actividad cotidiana corresponden al año 2016.

Figura 26. Limitaciones para la actividad cotidiana



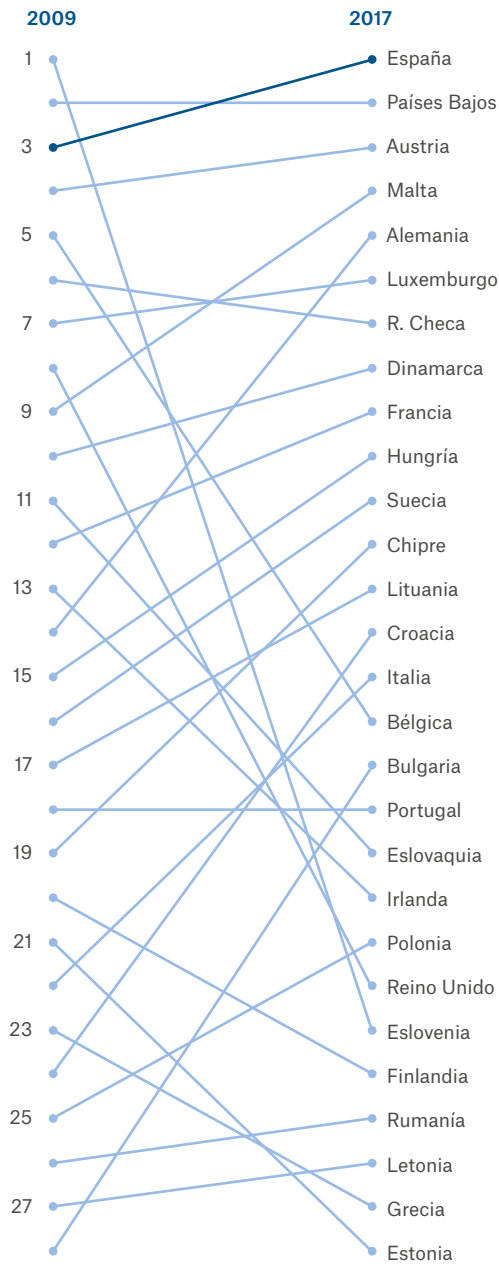
Fuente: Elaboración propia con datos procedentes de Eurostat (EUSILC).

Figura 27. Personas mayores gravemente limitadas



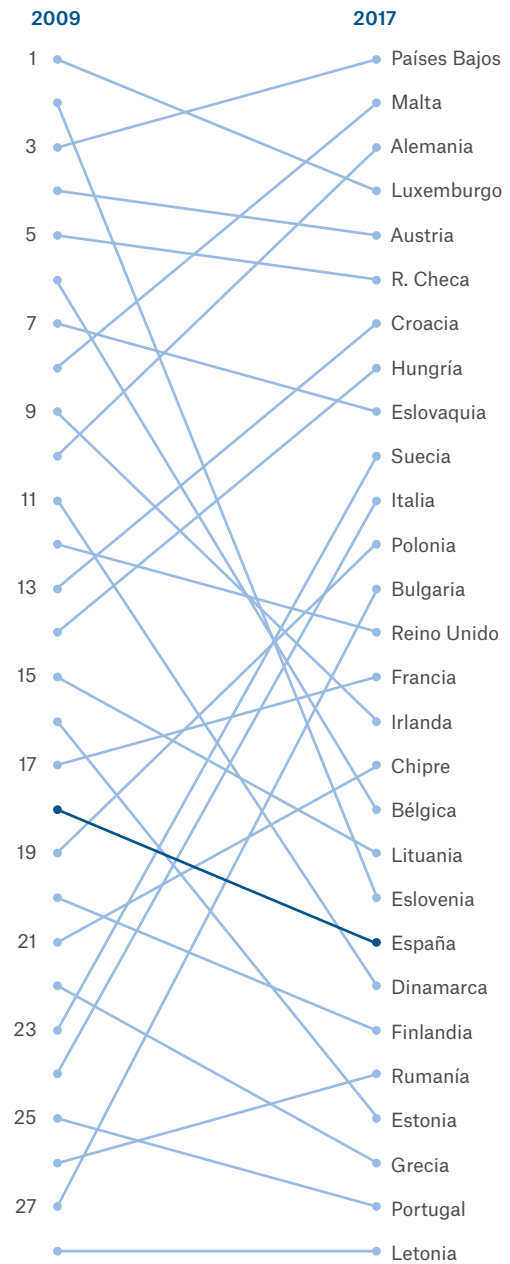
Fuente: Elaboración propia con datos procedentes de Eurostat (EUSILC).

Figura 28. Inaccesibilidad a la atención médica



Fuente: Elaboración propia con datos procedentes de Eurostat (EUSILC).

Figura 29. Inaccesibilidad a la atención dental



Fuente: Elaboración propia con datos procedentes de Eurostat (EUSILC).

POLÍTICAS PÚBLICAS



Gasto y recursos sanitarios

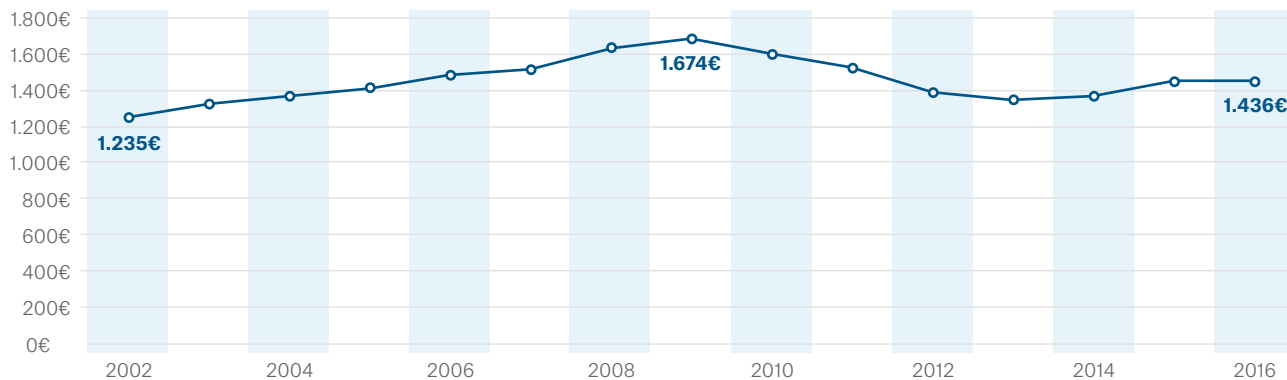
Del conjunto de gastos de las administraciones públicas en España, uno de los más relevantes es el sanitario, con un nivel cercano al 6,3% del PIB. En las dos últimas décadas, el sistema se ha expandido debido a distintas razones. Por un lado, el carácter universal del sistema, aunque limitado en algunas fases por la introducción de criterios más restrictivos de acceso, ha hecho que el volumen de población atendida haya crecido de manera continuada en el tiempo. Por otro lado, los cambios en la estructura de edades de la población, con un peso cada vez más importante de los mayores de 65 años, han supuesto un aumento de las enfermedades crónicas y de larga duración, aumentando la presión al alza del gasto.

La tensión entre la universalidad del sistema, la demanda creciente de atención sanitaria y las restricciones presupuestarias que afectan al conjunto de las políticas de gasto público no siempre se ha resuelto en forma de un aumento de la dotación de recursos presupuestarios. Hasta el inicio de la pasada crisis económica, el volumen de gasto por habitante mantuvo en el tiempo una clara tendencia de crecimiento en términos reales. El deterioro de la actividad económica y el posterior proceso de consolidación presupuestaria truncaron esa tendencia, con una importante caída del indicador hasta volver a los niveles de hacía una década. Desde 2013 el indicador volvió a crecer, aunque a un ritmo más contenido que durante la etapa de bonanza económica anterior a la crisis.

Los indicadores más habituales para comparar el gasto en sanidad en los países europeos muestran que su nivel en España está por debajo de la media, aunque en términos de la posición en el *ranking* de países España se sitúa justo en la mitad de esa distribución. El nivel relativo de gasto es muy parecido al de Italia y Portugal, dando forma a un cierto modelo mediterráneo en cuanto a la intensidad relativa de los recursos públicos dedicados a esta función. Destaca que, en general, hay una estrecha correlación entre este indicador y el nivel de riqueza de los países. Los del Este de Europa muy alejados de la media europea.

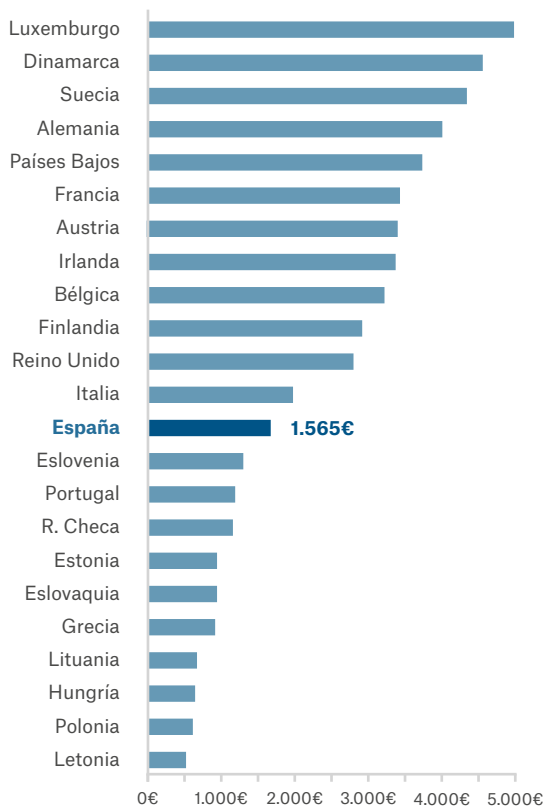
Esa posición de España en un lugar intermedio en el *ranking* de países de la Unión Europea se confirma también cuando, en lugar de analizar el gasto en relación con el tamaño de la población, se hace con el PIB de cada país. Se produce, en todo caso, cierta mejora de los sistemas mediterráneos, con la excepción de Grecia. El gasto público sanitario, sin embargo, ha crecido muy lentamente en España respecto al PIB en los últimos años, con valores en 2017 (6,3%) inferiores a los de 2009 (6,8%).

Figura 30. España: gasto sanitario público por habitante en términos reales (tomando 2016 como año de referencia)



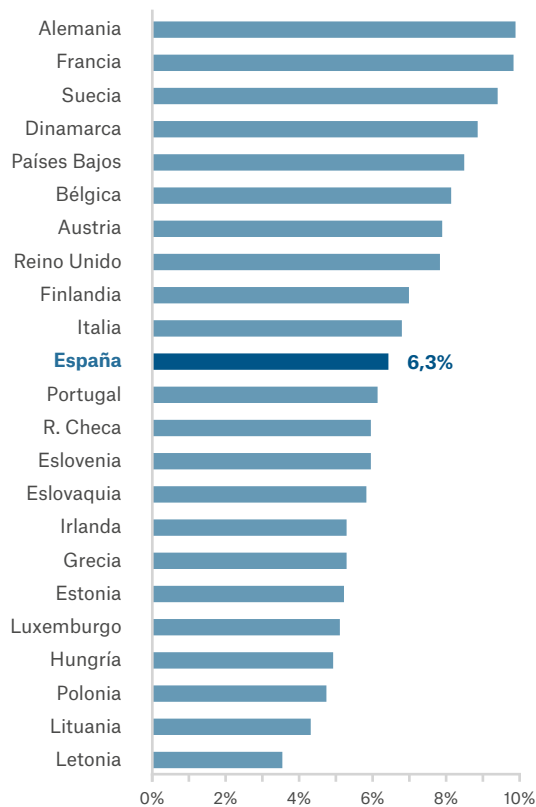
Fuente:
Indicadores clave del SNS (MSSSI).

Figura 31. Unión Europea: gasto público sanitario por habitante, 2017 (en €)



Fuente: OECD Health Statistics 2018.

Figura 32. Unión Europea: gasto público sanitario como % del PIB, 2017



Fuente: OECD Health Statistics 2018.

La financiación del gasto farmacéutico

La factura farmacéutica ha tenido en España, tradicionalmente, un peso elevado y superior al promedio europeo dentro del gasto público sanitario total. La parte de dicha factura asumida por los pacientes era relativamente pequeña, debido en parte a la exención de los pensionistas, que concentran una proporción elevada y creciente del consumo de medicamentos.

Esta situación se modificó con la reforma introducida a través del RD 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Desde entonces, los pensionistas pagan un 10% de los medicamentos, salvo que ganen más de 100.000 euros, en cuyo caso contribuyen con un 60%.

Se fijaron topes mensuales de 8 euros (ingresos inferiores a 22.000 euros), 18 euros (hasta 100.000 euros) y 60 euros al mes (rentas superiores a los 100.000 euros). Por su parte, los activos pagan, según los mismos tramos de renta, un 40%, un 50% o un 60% del precio, sin tope mensual. Existen exenciones para grupos como los pensionistas no contributivos, los parados que han agotado sus prestaciones o los tratamientos derivados de una enfermedad profesional, y se fija un tope de 4,13 euros por receta para los enfermos crónicos. Es importante señalar que los funcionarios, en activo o jubilados, quedan al margen de la reforma del copago y siguen contribuyendo con un 30% del precio sin tope de gasto, independientemente del nivel de ingresos.

El reto de los cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración son, según la OCDE, el componente del gasto en salud que mayor crecimiento ha experimentado en los últimos años, debido al envejecimiento demográfico. Las últimas proyecciones calculan que la parte del PIB dedicada a estos cuidados podría doblarse o más en el año 2060 (OCDE, 2017).

Actualmente, existen importantes diferencias en los recursos públicos asignados a esta política en los distintos países de la OCDE. Varios países del norte de Europa se sitúan a la cabeza del *ranking*, con más del 2% del PIB. España, pese al incremento del gasto desde la implantación del SAAD en 2007, queda bastante por debajo del promedio, al dedicar tan solo el 0,8% del PIB a los cuidados de larga duración. Este porcentaje es casi cinco veces inferior al que dedican los Países Bajos. En España también hay menos cuidadores formales por cada mil habitantes, y menos plazas en instituciones de cuidado, que en el promedio de los 18 países de la OCDE para los que existen datos comparables.

La organización del sistema de cuidados condiciona el nivel y la estructura del gasto en los distintos países. España dedica aproximadamente dos tercios del gasto a personas que residen en instituciones, porcentaje similar al promedio de la OCDE. Ese porcentaje es superior en países como Canadá, Estonia, Islandia o Hungría, pero muy inferior en otros como Dinamarca, Polonia o Finlandia.

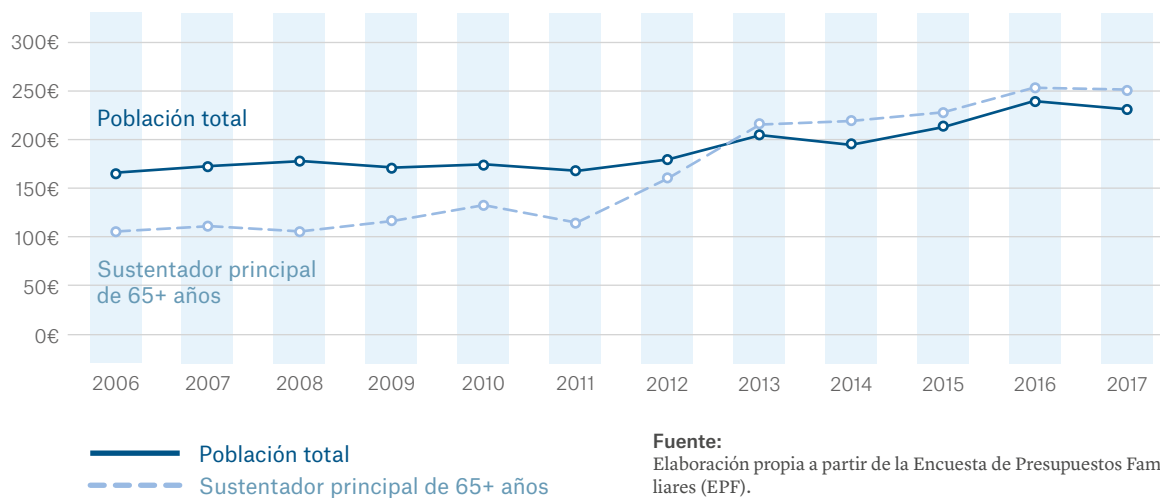
EL GASTO DE LAS FAMILIAS EN FARMACIA CRECE TRAS LA REFORMA DEL COPAGO

La reforma del copago de 2012 incrementó el porcentaje efectivo del coste de los medicamentos cubierto por los usuarios, especialmente en el caso de los pensionistas. Este cambio ha tenido un reflejo en el gasto farmacéutico medio por hogar, que pasó, en las familias encabezadas por personas de 65 o más años, de unos 100 euros en 2011 a unos 220 euros en 2013, según datos de la EPF.

Lo anterior implica que los medicamentos absorben una parte mayor de la renta familiar tras la reforma del copago. Atendiendo al nivel de ingresos, el incremento mayor se ha dado en los hogares situados

en las decilas segunda, tercera y cuarta, que son las que concentran mayor cantidad de pensionistas. Aunque el nuevo copago tiene, frente al anterior, la ventaja de estar graduado conforme a la renta, existen aspectos que han sido cuestionados por los expertos en salud. Uno de ellos es la ausencia de topes mensuales para los trabajadores y desempleados, que puede llegar a convertir el copago en un auténtico «impuesto sobre la enfermedad» para las personas que acumulan múltiples patologías. Otro es la no aplicación del mecanismo general al mutualismo administrativo.

Figura 33. Gasto farmacéutico medio por hogar, 2006-2017



Cobertura del sistema sanitario

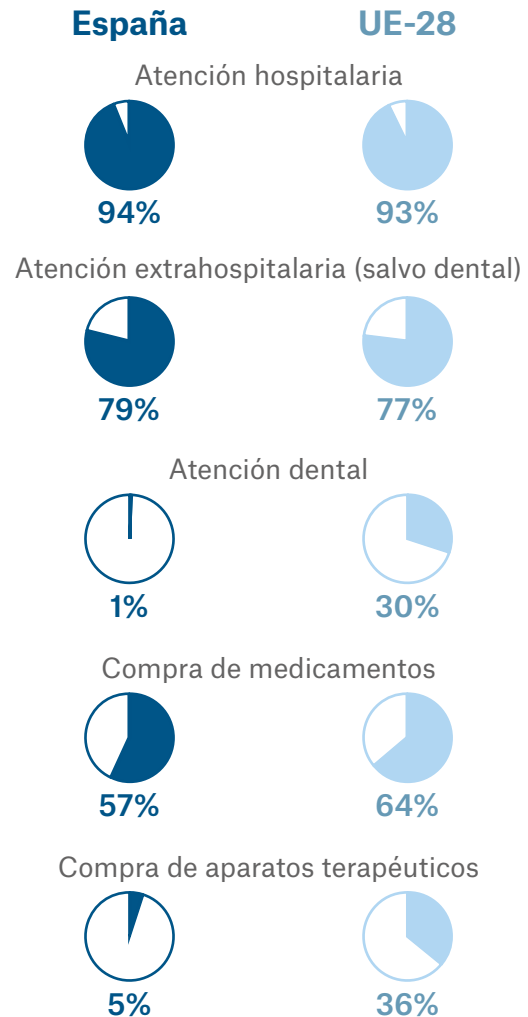
Comparativamente, España pertenece al grupo mayoritario de países de la Unión Europea que cuentan con sistemas sanitarios de cobertura universal o cuasiuniversal. La extensión de los seguros médicos privados (15 % de la población) es mayor que en países como Suecia, Lituania o Bulgaria, donde tienen un papel casi inexistente. En el contexto europeo existen países en los que más de la mitad de la población tiene cobertura privada complementaria o suplementaria de la pública (Francia, Países Bajos, Eslovenia, Bélgica y Croacia). En el caso de Francia, prácticamente todos los ciudadanos tienen un seguro médico privado que cubre los copagos del sistema público.

El alcance de la cobertura proporcionada depende del porcentaje de población cubierta (amplitud de la cobertura), pero también del tipo de servicios y prestaciones incluidos (intensidad de la cobertura) y de la proporción de costes cubierta (tamaño de la cobertura). La OCDE compara la cobertura global para cinco funciones centrales, delimitadas según las definiciones del Sistema de Cuentas de Salud: 1) atención hospitalaria, 2) atención extrahospitalaria (salvo dental), 3) atención dental, 4) compra de medicamentos, y 5) compra de aparatos terapéuticos (audífonos, gafas, etcétera). Para ello, examina el porcentaje del gasto total de cada función que es financiado públicamente.

España está en torno a la media en atención sanitaria hospitalaria y extrahospitalaria, pero por debajo en la compra de medicamentos. Asimismo, el peso de la financiación pública en la atención dental y la adquisición de aparatos terapéuticos es residual y está muy alejado del promedio europeo.

Figura 34. Cobertura sanitaria de determinados bienes y servicios, 2016

(Gasto público y de seguros obligatorios de salud en proporción al gasto total por tipo de servicio)



Fuente:
OCDE/EU (2018).

Otro tipo de indicadores que permiten interpretar la cobertura que ofrece por el sistema público de salud son, respectivamente, la dotación de personal sanitario y la prevención de enfermedades a través de los programas de vacunación. En los últimos años ha habido un progresivo aumento del personal sanitario, aunque muy moderado, sobre todo en el período de la crisis. En los programas de vacunación más generalizados el resultado es dispar, sin cambios reseñables en la primovacunación, pero con un descenso importante desde el comienzo de la crisis en la cobertura de la vacunación frente a la gripe de los mayores de 64 años.

Figura 35. Cobertura de personal sanitario y de vacunación

| | 2006 | 2009 | 2014 | 2016 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Personal médico en atención especializada por cada mil habitantes | 1,64 | 1,81 | 1,81 | 1,90 |
| Personal médico en atención primaria por cada mil personas asignadas | 0,73 | 0,74 | 0,76 | 0,77 |
| Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas contra la gripe | 67,6% | 65,7% | 56,2% | 55,5% |
| Cobertura (%) de vacunación contra el sarampión, la rubéola, la parotiditis (primovacunación) | 96,9% | 97,4% | 96,1% | 96,7% |
| Cobertura (%) de vacunación contra la poliomielitis (primovacunación 0-1 años) | 97,6% | 95,9% | 96,6% | 97,2% |

Fuente:
Indicadores clave del SNS (MSSSI).

La eficacia del sistema público de salud

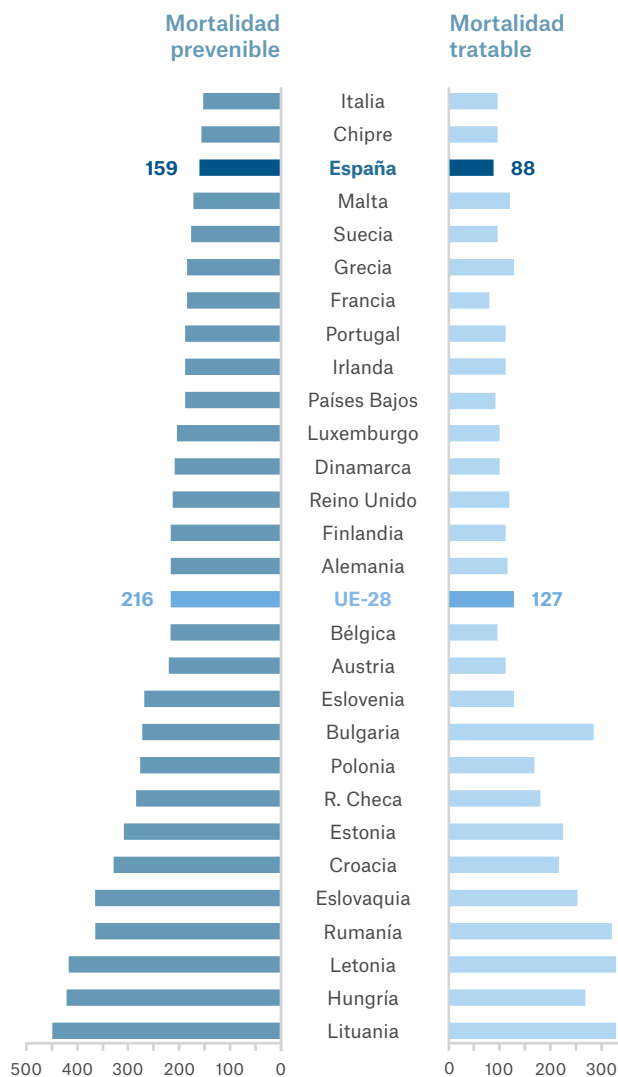
Un resultado común de los análisis comparados de los sistemas de salud ha sido, tradicionalmente, una mejor posición de España en los indicadores de eficacia que en los de gasto. Uno de los posibles indicadores que se pueden utilizar para medir estos resultados es la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE). Su uso ha sido frecuente en el análisis de la calidad y los resultados de los sistemas sanitarios.

Este indicador permite distinguir entre la mortalidad tratable y la mortalidad prevenible. (Una muerte es tratable si, a la luz de los conocimientos médicos y la tecnología actuales, la totalidad o la mayoría de las muertes por esa causa, teniendo en cuenta los límites de edad en su caso, podrían evitarse a través de una asistencia sanitaria de calidad). Una muerte es prevenible si, a la luz de los conocimientos actuales de los determinantes de la salud, la totalidad o la mayoría de las muertes por esa causa, teniendo en cuenta los límites de edad en su caso, podrían evitarse mediante intervenciones de salud pública en el sentido más amplio. Mientras que primero de esos indicadores hace referencia a carencias atribuibles al sistema sanitario, el segundo guarda relación con la capacidad de las políticas sanitarias.

Como muestran algunos estudios, tradicionalmente se registraban en España más muertes tratables que las clasificadas como prevenibles (Oliva *et al.*, 2016). No obstante, las diferencias se han ido reduciendo en el tiempo, fundamentalmente por el mayor descenso de las primeras, dentro de una línea general de reducción de las dos causas. La crisis, sin embargo, supuso un freno a esta tendencia, registrándose incluso algún aumento de la mortalidad prevenible durante esos años.

Cuando se comparan los datos de España con los de otros países europeos, destaca la buena posición en el *ranking*, con resultados sensiblemente mejores que los de los países con un mayor gasto relativo en sanidad. Como señala la OCDE (2017), este buen resultado se debe en gran medida a las bajas y decrecientes tasas de mortalidad por cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares.

Figura 36. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, 2015
(Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes)



Fuente:
OECD Health Statistics 2018.

Grado de satisfacción de los usuarios del sistema de salud

Uno de los pilares de cualquier sistema sanitario es la percepción que tienen los ciudadanos de la calidad de los servicios sanitarios que reciben del sistema público. Generalmente, la valoración que recibe el sistema es alta en comparación con otros gastos públicos. Los barómetros fiscales, de hecho, como el del Instituto de Estudios Fiscales, suelen identificar el gasto sanitario como uno de los pocos por los que los ciudadanos españoles estarían dispuestos a pagar más impuestos.

Como muestra la figura 37, los datos que resumen la satisfacción general con el sistema sanitario en la última década son bastante estables, lo que parece indicar, salvo una leve reducción en los momentos más álgidos de la crisis, que el profundo deterioro económico registrado durante ese período no erosionó decisivamente la valoración pública sobre el sistema. No obstante, cuando se desagrega esa valoración diferenciando las distintas áreas, la percepción que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios prestados muestra una insatisfacción creciente. En el caso de la atención primaria, el porcentaje de encuestados que creen que este tipo de servicios empeoraron aumentó más de veinte puntos en la crisis. Y esa cifra se incrementó en casi treinta puntos en el resto de las áreas. En todas ellas, la percepción sobre el empeoramiento del sistema es considerablemente mayor que la que había antes de la crisis.

Figura 37. Percepción sobre el sistema sanitario
Satisfacción general con el sistema sanitario público (de 1 a 10, 1: muy insatisfecho; 10: muy satisfecho)



Percepción sobre el sistema sanitario

En % de encuestados que creen que...

| | 2006 | 2009 | 2012 | 2014 | 2016 |
|--|------|------|-------|-------|-------|
| ...la atención primaria ha empeorado | 5,2% | 8,3% | 19,8% | 29,7% | 21,2% |
| ...las consultas de atención especializada han empeorado | 6,5% | 9,7% | 22,1% | 37,3% | 28,7% |
| ...la hospitalización ha empeorado | 5,3% | 8,9% | 21,1% | 35,6% | 27,3% |
| ...las urgencias han empeorado | | | 28,3% | 43,1% | 35,2% |

Fuente:
Barómetro Sanitario (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

EVALUANDO EL GRADO DE PROTECCIÓN FINANCIERA: GASTO SANITARIO CATASTRÓFICO

El grado de protección financiera en salud se ha medido a través de los indicadores de «gasto catastrófico» (cuando el gasto sanitario del hogar absorbe más del 10% de su presupuesto) y los de «gasto empobrecedor» (el que deja a la familia con recursos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas).

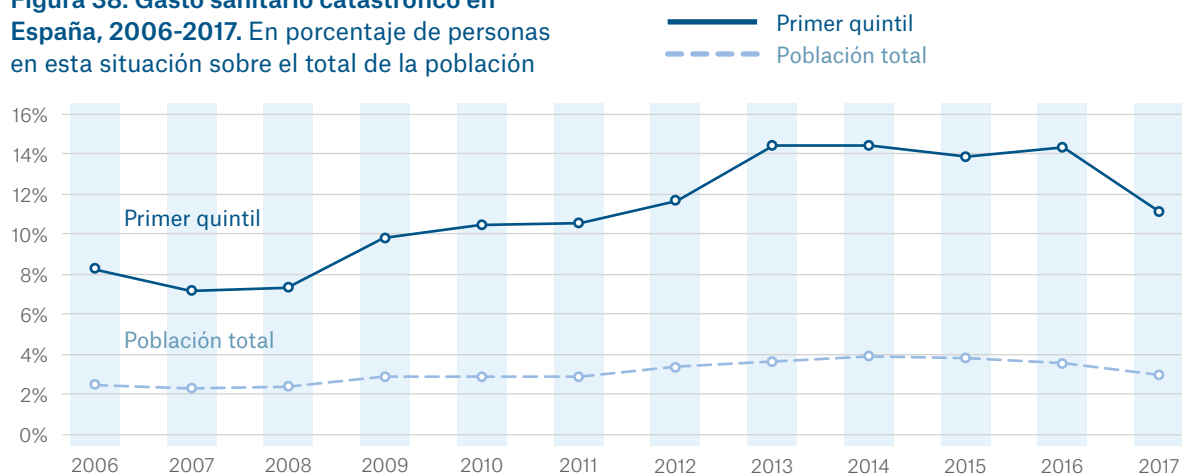
Recientemente, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una metodología aplicable a los datos de las encuestas de presupuestos familiares de España. La capacidad de pago de cada hogar se calcula restando de sus recursos una cantidad estándar para cubrir el coste de la alimentación, la vivienda, la energía y el agua (unos 450 euros al mes en 2017, para

un hogar unipersonal). A continuación, se considera que el hogar incurre en un gasto sanitario catastrófico cuando los pagos superan el 40% de dicha capacidad.

Con esta definición, la incidencia del gasto catastrófico aumentó en nuestro país entre 2006 y 2016, con dos claros momentos de impacto asociados al inicio de la crisis económica y a la reforma del copago (2013). El aumento fue especialmente notable entre las familias de menor nivel socioeconómico.

En los hogares con capacidad de pago negativa (aquellos cuyos recursos no cubren siquiera el coste de las necesidades básicas), cualquier pago en salud resulta, por definición, catastrófico.

Figura 38. Gasto sanitario catastrófico en España, 2006-2017. En porcentaje de personas en esta situación sobre el total de la población



Fuente: elaboración propia con datos de las Encuestas de Presupuestos Familiares (EPF).

CONCLUSIONES

1 Buen estado de salud de la población

Uno de los objetivos más importantes de la cobertura de las necesidades sociales en cualquier país es la mejora del estado de salud de la población. El conjunto de datos representativos del estado de salud de la población española muestra una mejora notable en los últimos años. También se ha reducido el porcentaje de personas cuya mala salud les limita para el desarrollo de la actividad diaria y el de enfermos crónicos diagnosticados de hipertensión. Crecen, sin embargo, otras enfermedades como la diabetes, la hipercolesterolemia o los problemas de ansiedad, depresión y otros trastornos mentales.

2 Estilos de vida más saludables

Cabe hablar también de mejoras en la promoción de estilos de vida saludables. En los últimos años, el sedentarismo se ha reducido notablemente, a la vez que ha aumentado la proporción de población que sigue una dieta saludable, factor clave en la prevención de enfermedades crónicas y otros problemas de salud. Ha aumentado, sin embargo, la incidencia de la obesidad, siendo especialmente preocupante su prevalencia en la infancia, por sus consecuencias para la salud, tanto en el corto como en el largo plazo, y por los costes directos e indirectos sustanciales para el sistema sanitario.

3 Pocas barreras de acceso al sistema sanitario

España es el país que presenta el mejor acceso al sistema de toda Europa, es decir, donde la población tiene menos problemas para acceder a los servicios sanitarios. La cobertura universal hace que prácticamente nadie deba renunciar a ir al médico por dinero, distancia o porque no le dan cita. Esta cobertura no implica, sin embargo, garantía de acceso efectivo al paquete de servicios necesario para preservar la salud. En algunas áreas, como en el caso de las visitas al dentista o la compra de medicamentos, los problemas de acceso son algo superiores al promedio europeo, por razones fundamentalmente económicas. Las familias de ingresos bajos incurren a veces en costes sanitarios excesivos en relación con su capacidad de pago. Estos problemas se duplicaron durante la crisis, debido al impacto combinado de la caída de rentas y la reforma del copago farmacéutico. Otras veces las barreras de acceso se deben a las listas de espera, problema que también empeoró durante el período de crisis.

4 Creciente atención a la dependencia

La puesta en marcha del sistema público de atención a la dependencia ha mejorado la cobertura de la necesidad social de cuidados de larga duración. No obstante, existe todavía una demanda no atendida de cuidados y una insuficiente profesionalización de la atención prestada. Uno de los problemas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia ha sido la elevada demora para recibir prestaciones. En cualquier caso, aunque el porcentaje de personas mayores dependientes se ha reducido levemente en los años recientes, el envejecimiento demográfico exige, inevitablemente, aumentar tanto la cobertura como la intensidad de la atención prestada.

5 Mejor respecto a Europa

La satisfacción de algunos de los retos que afectan a las distintas necesidades sociales ligadas a la salud es, en general, mayor en España que en el resto de Europa. Los indicadores objetivos, como la esperanza de vida, la mortalidad o la morbilidad, pero también la propia percepción de los ciudadanos, reflejan un mejor estado de salud que en la mayoría de los países europeos. También hay comparativamente menos personas mayores de 65 años que declaran sufrir limitaciones graves en el desempeño cotidiano debido a problemas de salud y se aprecia, además, una mejora durante la última década.

6 Peor respecto a Europa

La situación no es tan favorable en los hábitos de vida saludables, con una posición intermedia en el contexto europeo. La dieta española es más sana, pero también es mayor el consumo de drogas ilegales, como la cocaína o el cannabis. No hay grandes diferencias, respecto a otros países de Europa, en el porcentaje de personas que fuman diariamente ni en el consumo de alcohol, pero sí, negativamente, en la realización de actividades físicas consideradas como beneficiosas para la salud, en la incidencia de la obesidad y en el consumo de drogas ilegales entre los jóvenes.

7 Tendencias en el gasto sanitario

Los niveles de gasto sanitario en los últimos años han estado comprometidos por la tensión entre el carácter universal del sistema, la demanda creciente de atención sanitaria y las restricciones presupuestarias que afectan al conjunto de las políticas de gasto público. El volumen de gasto por habitante aumentó hasta la crisis, cuando se truncó la tendencia. Ha vuelto a crecer con la recuperación económica, aunque a menor ritmo que en la etapa expansiva anterior. Pese a la tendencia de aumento en el largo plazo, España sigue ocupando un lugar intermedio entre los países europeos, tanto en gasto por habitante como en relación con el PIB.

8 La factura farmacéutica y el copago

Una parte importante del gasto sanitario en España procede de la factura farmacéutica, que, tradicionalmente, ha tenido un peso elevado y superior al promedio europeo dentro del gasto público sanitario total. Hasta fechas recientes, la parte de dicha factura asumida por los pacientes era relativamente pequeña, debido en parte a la exención de los pensionistas, que concentran una proporción elevada y creciente del consumo de medicamentos. La introducción del copago, sin embargo, incrementó el porcentaje del coste cubierto por los usuarios, especialmente en el caso de los pensionistas. Tal cambio ha supuesto un aumento del gasto farmacéutico medio por hogar, absorbiendo los medicamentos una parte mayor de la renta familiar en los hogares situados en los estratos medio-bajos de renta.

9 Eficacia en el gasto sanitario

A pesar de la menor dotación presupuestaria del sistema sanitario público, España aparece en los *rankings* europeos como uno de los países donde este gasto es más eficaz. Los indicadores de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, aunque frenaron su mejora durante la crisis, son muy inferiores a los de otros países con mayor gasto sanitario. Sin embargo, esta mayor eficacia, y la tendencia de mejora no parecen ser percibidas por la población, que cree que los servicios sanitarios han empeorado en la mayoría de las áreas principales.

BIBLIOGRAFÍA

Eurostat (2018). Being Young in Europe today. Health Statistics Explained. <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

OCDE (2017). Health at a Glance. París: OCDE.

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

OLIVA, J., GONZÁLEZ, B., BARBER, P., PEÑA, L.M., URBANOS, R. Y ZOZAYA, N. (2018). *Crisis económica y salud en España. Informes, estudios e investigación 2018*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

THOMSON, S., EVETOVITS, T., CYLUS, J., & JAKAB, M. (2016). Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama*, 2(3), 357-366.

UNESPA (2017). Informe Estamos Seguros 2017. Madrid: Asociación Empresarial del Seguro.

WATERHOUSE, J.A.H., MUIR, C.S., CORREA P. Y POWELL, J. EDS. (1976). *Cancer incidence in five continents*. IARC, Scientific Publications, vol. III, num. 15, Lyon, IARC.

