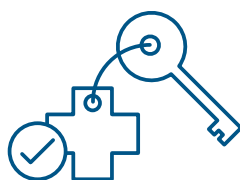
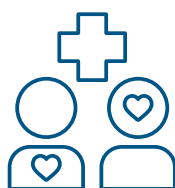

NECESSITATS SOCIALS A ESPANYA

Salut

Informe

04

Octubre 2019



Crèdits

**Observatori Social
de "la Caixa"**

**Edició: Fundació Bancària
"la Caixa", 2018
Plaça Weyler, 3
07001 Palma**

ISBN 978-84-9900-243-9

**Tractament i visualització de dades,
disseny gràfic i maquetació**

Andrés Fernández Torcida
www.andresft.com

La Fundació Bancària "la Caixa"
no s'identifica necessàriament
amb l'opinió dels autors d'aquesta
publicació.

observatoriosociallacaixa.org

Recerca i elaboració de l'informe

• Luís Ayala Cañón
(Universitat Rey Juan Carlos i EQUALITAS)

• Olga Cantó Sánchez
(Universitat d'Alcalá i EQUALITAS)

• Rosa Martínez López
(Universitat Rey Juan Carlos i EQUALITAS)

• Carolina Navarro Ruiz
(UNED i EQUALITAS)

• Marina Romaguera de la Cruz
(Universitat d'Alcalá i EQUALITAS)

Sumari

4 Introducció

6 Resum executiu

8 La situació en Espanya

- 9 **Primer repte:** mantenir i millorar l'estat de salut
- 11 **Segon repte:** promoure estils de vida saludables
- 16 **Tercer repte:** garantir l'accés a l'atenció sanitària
- 22 **Quart repte:** garantir l'accés a l'atenció a la dependència

26 La situació a Europa

- 27 Estat de salut
- 28 Hàbits de vida saludable
- 31 Accés a l'atenció sanitària
- 32 Accés a l'atenció a la dependència

35 Polítiques públiques

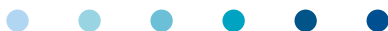
- 35 Despesa i recursos sanitaris
- 37 El finançament de la despesa farmacèutica
- 27 El repte de l'atenció de llarga durada
- 39 Cobertura del sistema sanitari
- 41 L'eficàcia del sistema públic de salut
- 42 Grau de satisfacció dels usuaris del sistema de salut

44 Conclusions

46 Bibliografia



INTRODUCCIÓ





La salut és un bé molt valorat per a les persones i un dret fonamental reconegut a la Constitució espanyola, que assigna als poders públics la responsabilitat de protegir-la per mitjà de les mesures i els serveis necessaris. Així mateix, la salut protagonitza tres dels vint principis bàsics del pilar europeu dels drets socials, aprovat el 2017. Aquests principis consagren el dret de tota persona de tenir «un accés oportú a una assistència sanitària assequible, de caràcter preventiu i curatiu i de bona qualitat». A més a més, es reconeix explícitament el dret de les persones que pateixen discapacitat de rebre les ajudes i els serveis necessaris per garantir la seva plena integració econòmica i social, com també el dret d'«atenció de llarga durada assequible i de bona qualitat, en particular d'assistència a domicili i serveis comunitaris».


La universalitat de l'accés, l'atenció adequada en tots els moments del cicle vital (des del naixement fins a la mort) i la bona qualitat dels serveis són denominadors comuns dels diversos enunciats del dret a la salut. D'altra banda, s'exigeix que l'atenció sigui assequible a tots els ciutadans. Tant l'assistència sanitària com l'atenció de llarga durada són serveis el cost econòmic dels quals pot superar de molt el poder adquisitiu de les persones afectades. Per això, és important garantir que la manca de recursos no representi una barrera d'entrada al sistema, tot utilitzant mecanismes eficaços de protecció financera. Tampoc han de constituir barreres altres factors, com ara el sexe, l'edat o el lloc de residència.


SALUT

La protecció de la salut, entesa no només com l'absència de malalties, sinó com un estat de benestar físic, mental i social (OMS, 1948), presenta múltiples facetes i reptes. En aquest informe n'analitzem els reptes bàsics des de la perspectiva de les necessitats socials, mitjançant una sèrie d'indicadors útils per avaluar les polítiques i els seus resultats. L'anàlisi s'articula entorn dels reptes següents:

 **1. Mantenir i millorar l'estat de salut física i mental de la població.** La salut dels individus depèn de múltiples causes i de la mateixa estructura de la població. En una societat que envelleix, els problemes de salut canvien i la manera d'abordar-los s'ha d'adaptar. Les polítiques sanitàries han de promoure la millora dels nivells de salut física i mental de la població mitjançant mesures preventives i curatives adequades, ajustades a les necessitats i a l'estructura demogràfica de cada moment.

 **2. Promoure hàbits de vida saludables que ajudin a prevenir les malalties.** La incidència de moltes malalties i problemes de salut es pot reduir amb estils de vida més saludables. La dieta, l'activitat física o el consum d'alcohol, tabac i drogues són àmbits d'actuació importants. El monitoratge de la incidència i l'evolució dels principals factors de risc ajuda a detectar àrees en què pot ser necessari reforçar les polítiques de salut pública.

 **3. Garantir l'accés a l'atenció sanitària.** L'accés equitatiu a l'atenció sanitària és un dret social bàsic en un país avançat. Per fer-lo efectiu cal comptar amb un sistema sanitari que ofereixi l'atenció requerida a les persones que ho necessitin, independentment de les seves característiques personals.

 **4. Garantir l'accés a l'atenció a la dependència.** L'augment de l'esperança de vida ha fet necessari incorporar l'atenció de llarga durada a les persones dependents com un nou dret social. L'accés universal a aquesta atenció en condicions d'igualtat ha de ser garantit pels poders públics, de manera que ningú es vegi exclòs d'aquesta atenció pel fet de no poder pagar-la o bé per l'escassa oferta de serveis adequats (centres de dia, residències, etc.).

ESPANYA

En matèria de salut, la societat ha d'afrontar quatre reptes fonamentals:

(en percentatge de persones sobre total de població)

Primer repte:



mantenir i millorar l'estat de salut

Mala salut autopercebuda

7,2% ↓ 4,8%
2009 2017

Malalts crònics

26,0% ↓ 25,0%
2006 2017

Limitacions per a l'activitat de la vida quotidiana

23,0% ↓ 15,4%
2009 2017

Persones grans greument limitades

15,6% ↓ 10,1%
2009 2017

Problemes de salut mental

8,8% ↑ 9,6%
2009 2017

Segon repte:



promoure estils de vida saludables

Sedentarisme

43,0% ↓ 36,2%
2012 2017

Obesitat

14,2% ↑ 15,0%
2009 2017

Consum insuficient de fruita i verdura

30,5% ↓ 29,1%
2012 2017

Consum elevat de tabac

9,6% ↓ 6,0%
2009 2017

Consum elevat d'alcohol o *binge drinking*

15,0% ↑ 15,4%
2009 2017

Consum elevat de cànnabis

2,4% ↑ 2,8%
2011 2017

Tercer repte:



garantir l'accés a l'atenció sanitària

Inaccessibilitat a l'atenció mèdica

0,5% ↓ 0,1%
2009 2017

Inaccessibilitat a l'atenció dental

4,7% ↓ 4,0%
2009 2017

Retard excessiu o manca d'assistència mèdica per llistes d'espera

15,5% ↑ 18,7%
2014 2017

Llista d'espera quirúrgica

9,3% ↑ 13,1%
2009 2017

Renúncia a prendre fàrmacs receptats per motius econòmics

5,2% ↓ 4,7%
2013 2017

Despesa sanitària catastròfica

9,8% ↑ 11,1%
2009 2017

Quart repte:



garantir l'accés a l'atenció a la dependència

Necessitat subjectiva d'ajuda en les persones grans

42,2% ↑ 44,5%
2009 2017

Llista d'espera registrada

35,0% ↓ 24,5%
2009 2017

Demanda d'atenció entre les persones grans

16,1% ↓ 14,5%
2009 2017

Dèficit de cobertura de les persones grans dependents

71,1% ↓ 45,5%
2009 2017

Dèficit de professionalització de l'atenció

51,2% ↓ 32,7%
2009 2017

El més important

1. La posada en marxa del sistema públic d'atenció a la dependència ha millorat la cobertura de la necessitat social d'atenció de llarga durada a Espanya. No obstant això, hi ha encara una demanda no atesa d'atenció i una professionalització insuficient de l'atenció prestada.

2. Tot i la davallada del sedentarisme i l'augment del consum de fruita i verdura, el nivell de prevalença de l'obesitat ha augmentat els darrers anys i constitueix un greu problema de salut pública en la societat actual. El consum elevat d'alcohol o *binge drinking* és un fenomen que es concentra en els joves i que ha experimentat un creixement notable els últims anys.

3. La cobertura universal del sistema sanitari fa que pràcticament ningú hagi de renunciar a anar al metge per diners, distància o perquè no li donen cita. Un cert percentatge de famílies d'ingressos baixos, però, tenen dificultats per accedir a la compra de medicaments o a l'atenció dental, i de vegades incorren en costos sanitaris excessius en relació amb la seva capacitat de pagar-los. En altres ocasions les barreres d'accés són degudes a les llistes d'espera, un aspecte que va empitjorar durant el període de crisi.

4. La percepció de les persones sobre el seu estat de salut ha millorat notablement els darrers anys. Ha minvat el percentatge de persones amb límits per al desenvolupament de l'activitat diària a causa de la mala salut, i així mateix hi ha menys persones grans que es consideren a elles mateixes com greument limitades. Ha baixat igualment el percentatge de malalts crònics diagnosticats d'hipertensió, però pugen altres malalties com ara la diabetis, la hipercolesterolèmia o els problemes d'ansietat, depressió i altres trastorns mentals. També el percentatge de malalts crònics de risc cardiovascular ha minvat en un punt percentual entre el 2006 i el 2017.

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta nacional de salut, l'Enquesta europea de salut a Espanya, l'Enquesta de condicions de vida, el Baròmetre sanitari, l'Enquesta de pressupostos familiars, el Sistema d'Informació del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència i l'Enquesta sobre alcohol i altres drogues a Espanya.

ESPANYA vs EUROPA

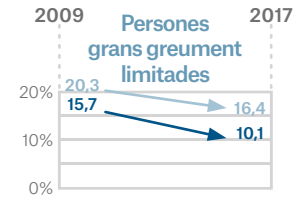
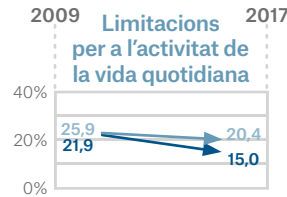
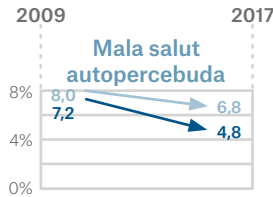
Espanya → Europa →

(En percentatge de persones sobre total de població)

Primer repte:



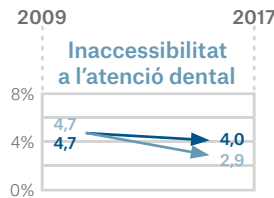
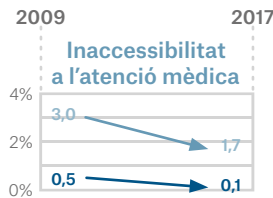
mantenir i millorar l'estat de salut



Tercer repte:



garantir l'accés a l'atenció sanitària



Font: elaboració pròpia a partir de dades d'Eurostat (EU-SILC).

El més important

1. Els adults que declaren tenir mala salut o algun problema que els dificulta fer les activitats de la vida quotidiana representen a Espanya un percentatge de la població inferior a la mitjana de la Unió Europea, sobretot el 2017. Aquesta comparació s'ha fet ajustant les diferències en l'estructura d'edats dels diversos països, per tal que els resultats no es vegin afectats pel diferent grau d'envelliment demogràfic.

2. Així mateix, hi ha comparativament menys persones majors de 65 anys que declaren patir limitacions greus en la vida quotidiana a causa de problemes de salut, i s'aprecia una millora entre el 2009 i el 2017. Encara que es tracta d'una informació no basada en valoracions objectives del grau de dependència o discapacitat, aquest indicador pot proporcionar una aproximació a la demanda d'atenció de llarga durada entre la població més gran.

3. Pràcticament ningú a Espanya declara haver-se vist privat d'anar al metge per ser massa car, estar massa lluny o a causa d'una llista d'espera durant l'any anterior. El 2017 el nostre país ocupava la millor posició en aquest indicador. En el cas de les visites al dentista, la inaccessibilitat és una mica superior a la mitjana europea i els motius declarats són quasi sempre de tipus econòmic.

POLÍTiques PÚBLiques

1

La crisi va representar una important caiguda de la despesa sanitària per habitant. D'ençà del 2013, l'indicador ha tornat a augmentar, tot i que a un ritme més baix que durant l'etapa anterior a la crisi.

2

Espanya ocupa un lloc intermedi en el rànquing de països de la UE en despesa sanitària.

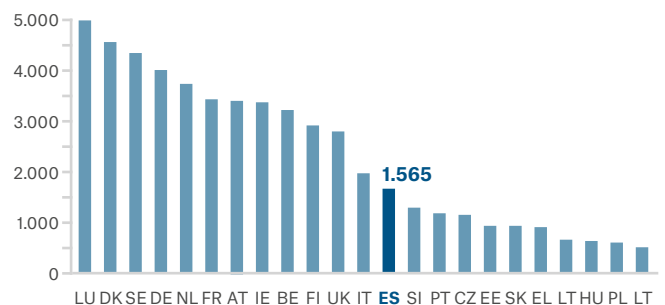
3

Espanya se situa en els primers llocs de la UE pels seus baixos nivells de mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable.

4

Ha augmentat notablement el percentatge de població que creu que els serveis sanitaris han empitjorat.

Despesa pública sanitària per habitant a la Unió Europea en preus corrents, 2017 (en euros)



Font: OECD Health Statistics 2018.

LA SITUACIÓ A ESPANYA



Primer repte: mantenir i millorar l'estat de salut

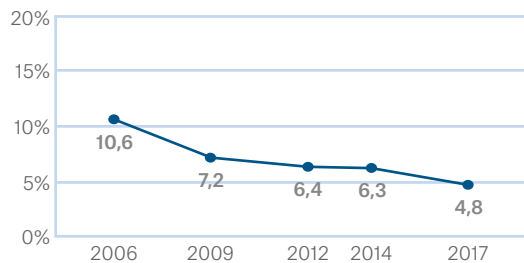


Aquest repte es mesura amb els indicadors que mostra aquesta pàgina.
El significat de les dades s'explica al llarg d'aquesta secció.

Indicadors clau sobre els problemes de salut de la població espanyola

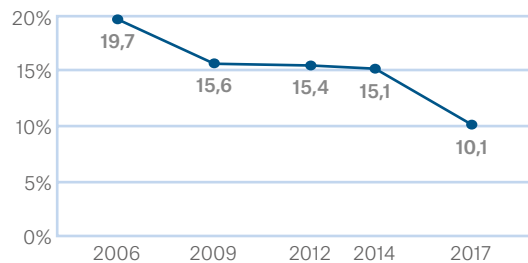
Mala salut autopercebuda:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que declaren que el seu estat de salut ha estat dolent o molt dolent els últims 12 mesos. Percentatge ajustat per edat.



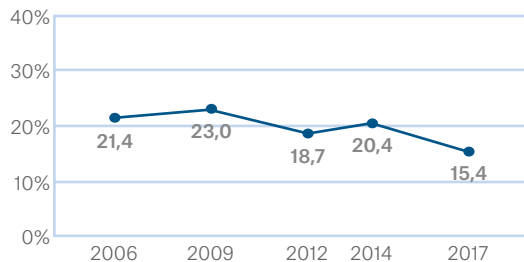
Persones grans greument limitades

Percentatge de persones grans (majors de 65 anys) amb limitació greu per a les activitats de la vida quotidiana a causa de problemes de salut els últims sis mesos.



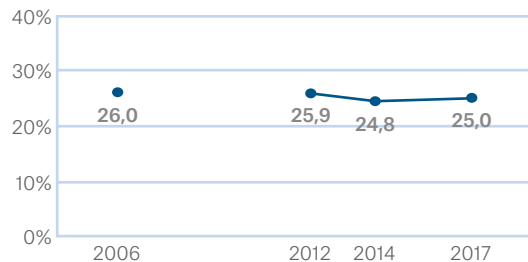
Limitacions per a l'activitat de la vida quotidiana:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) amb limitació moderada o greu per a les activitats de la vida quotidiana a causa de problemes de salut els últims sis mesos. Percentatge ajustat per edat.



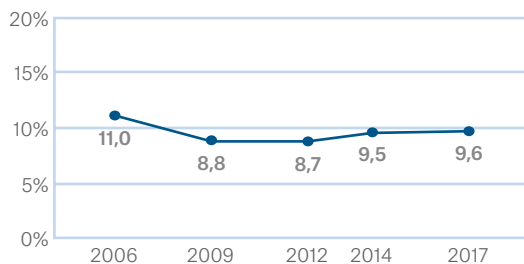
Malalts crònics:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que els últims 12 mesos han patit –i han estat diagnosticades per un metge– alguna de les principals malalties o problemes de salut crònics de risc cardiovascular: hipertensió, hipercolesterolèmia o diabetis. Percentatge ajustat per edat.



Problemes de salut mental:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) amb depressió, ansietat o altres problemes mentals diagnosticats per un metge els últims 12 mesos. Percentatge ajustat per edat.



Font:

Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta nacional de salut, l'Enquesta europea de salut a Espanya i l'Enquesta de condicions de vida.

El primer repte que ens plantejem en l'àmbit de la salut és que la població estigui com més sana millor. La salut, però, depèn de múltiples causes, tant individuals com col·lectives (factors genètics, estils de vida, salubritat de l'entorn, avanços mèdics, etc.). També hi ha factors relacionats amb el cicle vital que influeixen clarament en la incidència de diverses malalties. L'estructura de la població (el fet que la població sigui més jove o més vella) influeix en l'estat de salut. Si bé l'edat avançada i la malaltia no sempre van plegades, l'estat general de salut de les persones més grans es tendeix a deteriorar. Per això, en valorar els passos endavant i enrere d'aquest repte, és recomanable fer servir indicadors estandaritzats o ajustat per edats, de manera que s'eliminin els efectes de composició causats només pel canvi en l'estructura d'edats de la població. Per evitar aquest problema, els indicadors elegits per representar aquest repte s'han ajustat per edats. D'aquesta manera es facilita la comparació de taxes o percentatges de diverses poblacions (d'anys diferents) en fer servir una estructura per edat comuna. Com a població de referència hem agafat la població estàndard europea (Waterhouse et al., 1976). L'única excepció és la referida a les limitacions greus entre les persones grans, ja que és un indicador restringit per definició al grup de majors de 65 anys.

Un dels indicadors que habitualment fem servir respecte a l'estat de salut és l'autovaloració. En els darrers deu anys, la percepció de les persones sobre el seu estat de salut ha millorat notablement.

Les dades mostren que entre el 2006 i el 2017 ha minvat el percentatge de malalts crònics de risc cardiovascular en un punt percentual. Així i tot, les malalties cròniques de risc cardiovascular afecten una part important de la població: una de cada quatre persones pateix hipertensió, hipercolesterolèmia o diabetis. La tendència descendent afecta els malalts crònics d'hipertensió, però no els de diabetis o hipercolesterolèmia, el percentatge dels quals ha augmentat prop del 13% des del 2006. Resulta especialment greu el cas de la diabetis, ja que aquest creixement, a més a més de produir-se entre els més grans, afecta també els menors de 14 anys, amb una incidència que, tot i que és baixa (del 0,1%), s'ha duplicat entre el 2006 i el 2017.

En aquest mateix període el percentatge de persones que tenen problemes de salut que els limiten el desenvolupament de la seva activitat diària també ha baixat, però com que la reducció es concentra l'any 2017, hem de veure si les dades futures confirmaran aquesta tendència. Fins aleshores l'indicador s'havia mantingut relativament constant, entorn d'una cinquena part de la població adulta. També ha disminuït de manera clara el percentatge de persones grans que declaren que es veuen greument limitades per fer les activitats de la vida diària. Aquesta dada és important perquè, si es manté la tendència, implica més autonomia i qualitat de vida per al grup demogràfic que més creixerà els anys a venir. Segons les dades de l'Enquesta Nacional de salut i l'Enquesta europea de salut per a Espanya entre el 2006 i el 2012, el percentatge d'adults majors de 15 anys que han sofert i han estat diagnosticats de depressió, ansietat o altres problemes mentals ha baixat més de dos punts percentuals. No obstant això, aquesta tendència descendent es trenca a partir del 2014, fins que el 2017 s'assoleix un nivell d'incidència de problemes de salut mental superior al registrat el 2009. Aquests problemes de salut mental, sobretot els de depressió, són diagnosticats molt més sovint en dones que no pas en homes.

Segon repte: estils de vida poc saludables en la població espanyola

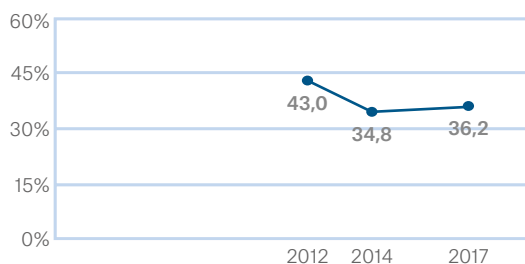


Aquest repte es mesura amb els indicadors que mostra aquesta pàgina. El significat de les dades s'explica al llarg d'aquesta secció.

Indicadors clau sobre la promoció d'estils de vida saludables

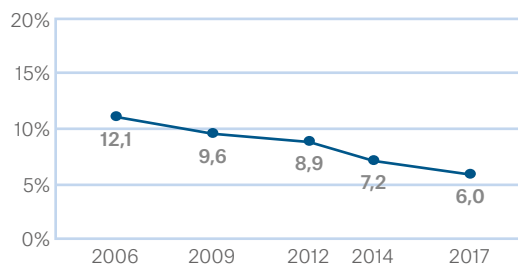
Sedentarisme:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que declaren que no fan cap exercici físic en el seu temps lliure. Percentatge ajustat per edat.



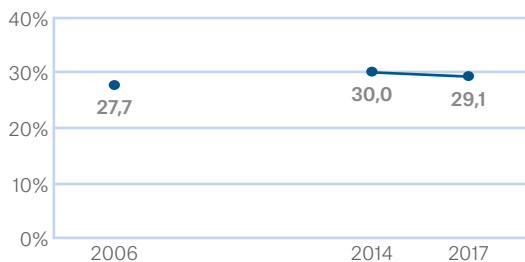
Consum elevat de tabac:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que fumen 20 o més cigarretes per dia. Percentatge ajustat per edat.



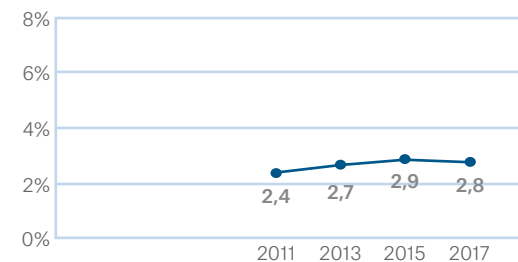
Consum insuficient de fruita i verdura:

Percentatge de persones adultes majors de 15 anys que no consumeixen fruita i verdura cada dia. Percentatge ajustat per edat.



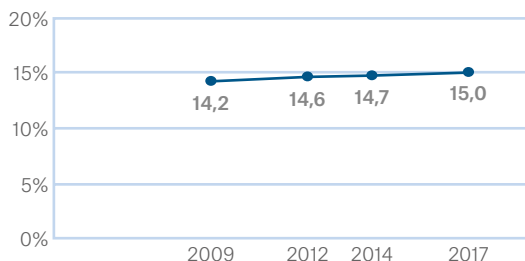
Consum elevat de cànnabis:

Percentatge de persones adultes de 15 a 64 anys que fumen cànnabis diàriament. Percentatge ajustat per edat.



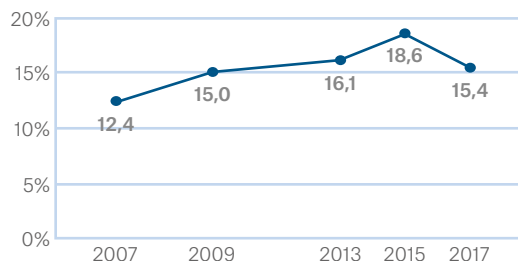
Obesitat:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) amb un índex de massa corporal superior a 30 kg/m². Percentatge ajustat per edat.



Consum elevat d'alcohol o binge drinking:

Percentatge de persones adultes de 15 a 64 anys que han consumit més de cinc begudes alcohòliques (els homes) o més de quatre (les dones) en una mateixa ocasió de dues hores aproximadament, els últims 30 dies. Percentatge ajustat per edat.



Font:

Enquesta sobre l'alcohol i altres drogues a Espanya, Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions (OEDA) i elaboració pròpia a partir de les microdades de l'Enquesta nacional de salut i l'Enquesta europea de salut a Espanya.

Són molts els estudis científics que posen de manifest l'associació positiva entre fer exercici físic moderat de manera regular i una baixada del risc de patir malalties cardiovasculars, hipertensió, diabetis (tipus 2), problemes de salut mental (depressió o ansietat) i obesitat, entre altres malalties cròniques. Del 2012 al 2017, el percentatge de població sedentària en el temps de lleure ha minvat gairebé set punts percentuals. La conducta sedentària és més freqüent en dones que no pas en homes. Aquestes diferències entre homes i dones són més grans en els grups d'edat més extrems: en els més joves (de 15 a 34 anys) i en els més grans (més de 80 anys).

De la mateixa manera que fer exercici físic de manera regular contribueix a reduir el risc de patir determinades malalties, seguir una dieta saludable resulta clau a l'hora de prevenir un bon nombre de malalties cròniques i altres problemes de salut. El consum regular (cada dia) de fruita i verdura constitueix un indicador apropiat per a explorar aquest hàbit de vida saludable en la població. Les dades de l'Enquesta nacional de salut i de l'Enquesta europea de salut per a Espanya mostren que el percentatge de població que fa un consum insuficient de fruita i verdura ha minvat des del 2009. No obstant això, el 2017 aquesta insuficiència afectava encara el 29% de la població major de 15 anys. Són els més joves els que concentren percentatges més elevats de població amb una dieta poc saludable.

Els estudis clínics també han pogut concloure que l'obesitat constitueix un factor important de risc en el desenvolupament de malalties cardiovasculars i altres malalties cròniques i problemes de salut com ara la hipertensió, la hipercolesterolèmia i la diabetis. Les dades de les enquestes de salut indiquen l'alt nivell de prevalença de l'obesitat a Espanya, amb una tendència creixent des del 2009.

Les drogues que els joves comencen més aviat a consumir són el tabac, l'alcohol i el cànnabis. L'edat d'inici en el consum se situa entre els 16 i els 18 anys el 2017, segons l'Enquesta sobre l'alcohol i les drogues a Espanya, o fins i tot abans, segons l'Enquesta d'ús de les drogues als ensenyaments secundaris a Espanya del 2017.

Mentre que el consum elevat de tabac diàriament ha caigut a la meitat al llarg de l'última dècada, el consum menys intensiu, especialment el consum de menys de 10 cigarretes, ha augmentat més del 40%. El consum diari d'alcohol, d'altra banda, ha baixat els últims anys, fins a arribar a un mínim històric el 2017 (7,4%). Igualment, el consum elevat d'alcohol també ha baixat el 2017. No obstant això, si en tenim en compte l'evolució, el *binge drinking* o afartament compulsiu d'alcohol ha experimentat un creixement notable, ja que ha passat del 4,9% de la població de 15 a 64 anys el 2005 a un màxim històric del 17,9% (18,6%, percentatge ajustat per edat) deu anys després.

Respecte al consum d'altres drogues, el cànnabis és la droga il·legal més consumida en la població de 16 a 64 anys. Entre el 2011 i el 2015 el percentatge de població de 15 a 64 anys que fumava cànnabis diàriament va augmentar mig punt percentual. Al seu torn, els consumidors de cànnabis i, especialment, els consumidors problemàtics de cànnabis (els que obtenen una puntuació de més de 4 en l'escala del Cannabis Abuse Screening Test), en general concentren el doble i fins el triple del percentatge de persones que consumeixen altres drogues com ara cocaïna, èxtasi, amfetamines, al·lucinògens, heroïna i inhalants volàtils.

El perfil dels consumidors de cànnabis es caracteritza per una presència molt més alta d'alumnes repetidors, amb males notes (suspensos), males relacions amb els pares i policonsum. En el cas dels consumidors conflictius de cànnabis, aquests problemes són molt més accentuats. Les dades de l'Enquesta sobre l'alcohol i altres drogues a Espanya també mostren que el consum de cànnabis s'associa a una prevalença més gran de problemes familiars i amb els amics, de salut física, psicològics, accidents de trànsit, problemes laborals, econòmics, problemes amb la policia o la llei, relacions sexuals que en altres circumstàncies no s'haurien mantingut o bé tenir-les sense protecció.

L'OBESITAT INFANTIL I JUVENIL

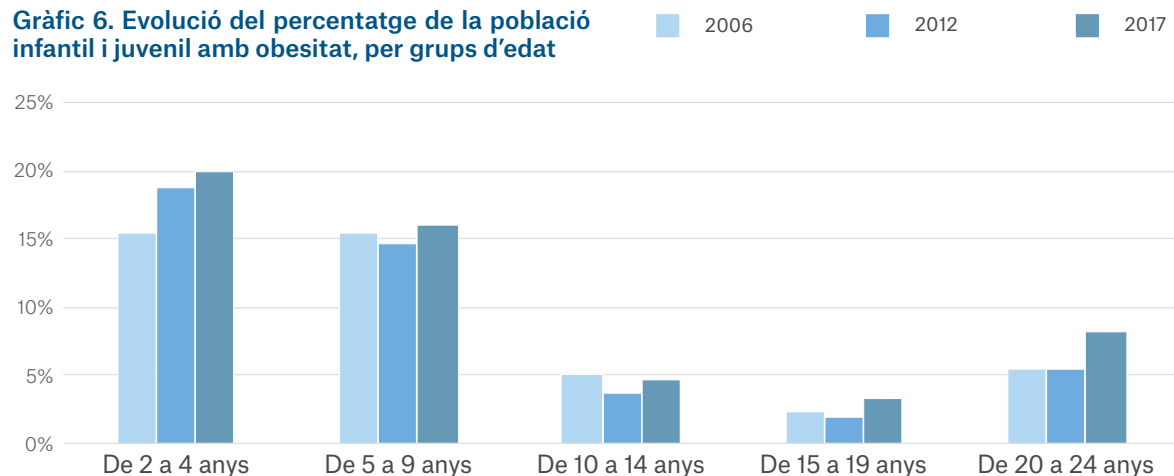
L'obesitat constitueix un greu problema de salut pública. Està associada a un risc més elevat de patir malalties coronàries, cardiovasculars, diabetis o un cert tipus de tumors, com també a una probabilitat més alta de tenir problemes de salut mental (Eurostat, 2018). Tot plegat implica costos directes i indirectes substancials, que representen una gran pressió per al conjunt del sistema sanitari.

Resulta especialment greu en el cas dels infants, amb un nivell de prevalença molt elevat i que ha continuat augmentant en l'última dècada. Els nens obesos tendeixen a continuar sent obesos quan són adults i tenen més probabilitats de patir més aviat les malalties associades

a l'obesitat. El 2017 això afectava el 20% dels nens entre 2 i 4 anys, el 16% entre 5 i 9 anys i el 4,7% entre 10 i 14 anys.

Després d'una davallada durant l'adolescència, la incidència de l'obesitat torna a créixer amb l'edat. El 2017 patien obesitat el 3,2% dels adolescents entre 15 i 17 anys, el 8,2% dels joves adults entre 18 i 24 anys (el 2006 n'era el 5,5%) i l'11% dels adults de 25 a 34 anys.

Gràfic 6. Evolució del percentatge de la població infantil i juvenil amb obesitat, per grups d'edat



Font: Enquesta nacional de salut

L'AFARTAMENT COMPULSIU D'ALCOHOL I ALTRES PROBLEMES

L'afartament compulsiu d'alcohol o *binge drinking* és un fenomen que es concentra en els joves. El 2017, la prevalença del consum d'alcohol en *binge drinking* els darrers 30 dies entre els joves de 20 a 24 anys era del 25%. Es tracta d'un fenomen més estès entre els homes que no pas entre les dones. El consum que en fan els joves, a més a més, està associat a begudes d'alta graduació.

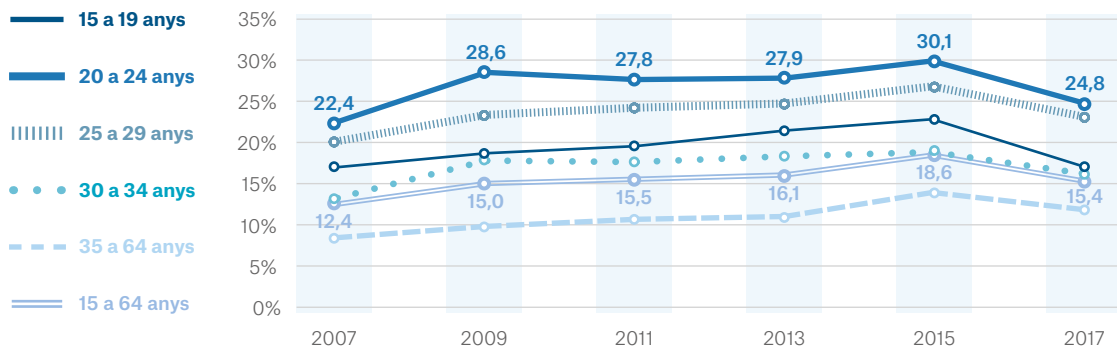
Si comparem les dades d'Espanya amb les dels països de la Unió Europea, l'Enquesta europea de salut (EHIS) mostra que aquest fenomen de l'afartament compulsiu d'alcohol els darrers 12 mesos en altres països també es concentra en els trams de menys edat, i molt especialment entre els joves de 20 a 24 anys. Espanya, en tot cas, es troba entre els països amb menys percentatge de població que consumeix alcohol en *binge drinking*. Si parem atenció a la situació socioeconòmica de la població, en general –amb alguna excepció– a la majoria de països de la Unió Europea, incloent-hi Espanya, l'afartament compulsiu d'alcohol augmenta amb la renda (com més alt és el quintil de renda, més gran és el percentatge de població que practica el *binge drinking*).

Aquest fenomen resulta especialment greu per la relació que té amb el consum d'altres drogues. Segons l'Enquesta sobre l'alcohol i altres drogues a Espanya (EDADES) i l'Enquesta sobre l'ús de drogues als ensenyaments secundaris a Espanya (ESTUDES), el consum de drogues es troba més estès entre els estudiants que han participat en *binge drinking* que no pas entre els que no ho han fet. Les dades de l'EDADES del 2015 mostren que una de cada cinc persones que van fer *binge drinking* va consumir cànnabis, mentre que entre els que no ho van fer la prevalença no arriba al 5%.

Les dades de l'Enquesta sobre l'alcohol i altres drogues a Espanya del 2017 també assenyalen que alguns problemes són més freqüents entre els que han practicat el *binge drinking* que en la població general de 15 a 34 anys. Mentre que el 3,4% de la població de 15 a 34 anys ha tingut problemes o baralles amb familiars o amics, aquest percentatge puja al 8,9% entre els que han practicat l'afartament compulsiu d'alcohol els últims 30 dies. Aquesta diferència també es veu, per exemple, en els problemes de salut física (1,6% enfront de 3,3%), accidents de trànsit (0,7% enfront d'1,7%) o el fet de mantenir relacions sexuals sense protecció (1,4% enfront del 4,2%).

L'AFARTAMENT COMPULSIU D'ALCOHOL

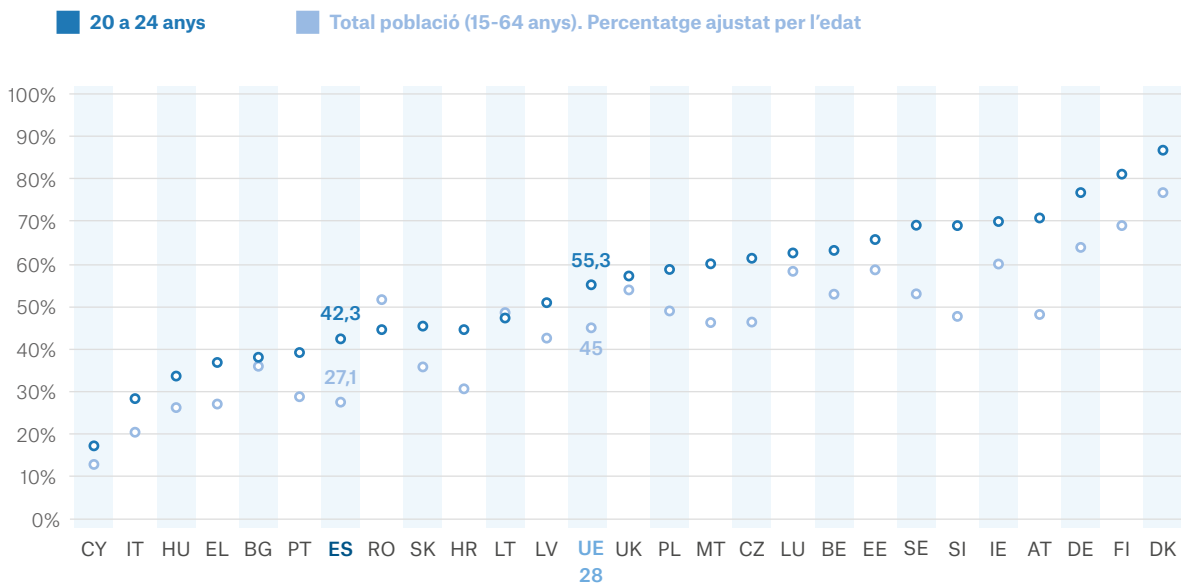
Gràfic 7. Percentatge de població de 15 a 64 anys que ha practicat l'afartament compulsiu d'alcohol (binge drinking) els últims 30 dies, per grups d'edat (Espanya, 2007-2017)



Font:

Enquesta sobre l'alcohol i altres drogues a Espanya (EDADES).
Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions.

Gràfic 8. Percentatge de població de 15 a 64 anys que ha consumit més de 5-6 begudes alcohòliques estàndards en la mateixa ocasió els últims 12 mesos, per país (Europa, 2014)



Font:

European Health Interview Survey (EHIS), Eurostat.

Terçer repte: garantir l'accés a l'atenció sanitària

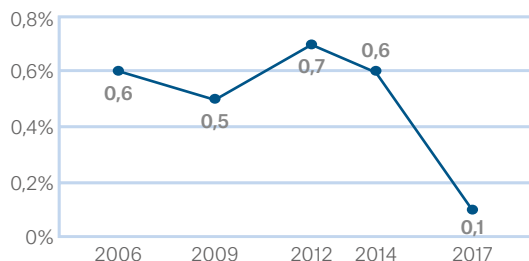
Aquest repte es mesura amb els indicadors que mostra aquesta pàgina. El significat de les dades s'explica al llarg d'aquesta secció.



Indicadors clau sobre les dificultats d'accés a l'atenció sanitària a Espanya

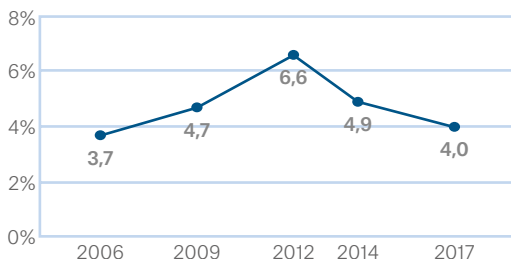
Inaccessibilitat a l'atenció mèdica:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que alguna vegada, els últims 12 mesos, han deixat d'anar al metge (excepte el dentista) per motius econòmics, distància excessiva o perquè havien d'esperar massa.



Inaccessibilitat a l'atenció dental:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que alguna vegada, els últims 12 mesos, han deixat d'anar al dentista per motius econòmics, distància excessiva o perquè havien d'esperar massa.



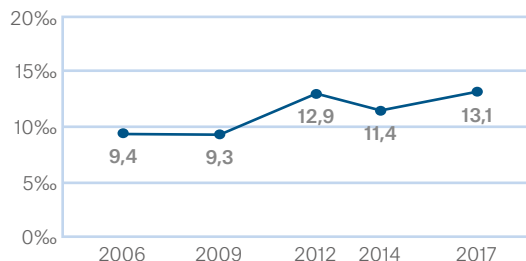
Absència d'assistència mèdica o demora a causa de les llistes d'espera:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) amb necessitat d'atenció mèdica que consideren que alguna vegada, els últims 12 mesos, han rebut assistència mèdica amb retard o no n'han rebuda a causa de la llista d'espera.



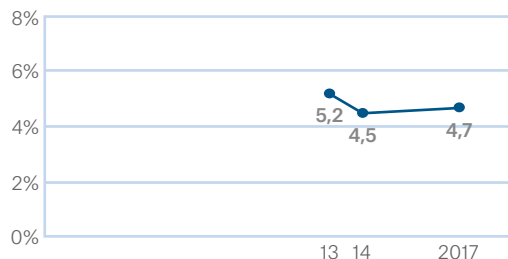
Llista d'espera quirúrgica:

Per cada mil habitants, pacients en situació de ser intervinguts quirúrgicament i en llista d'espera a causa de l'organització i els recursos disponibles.



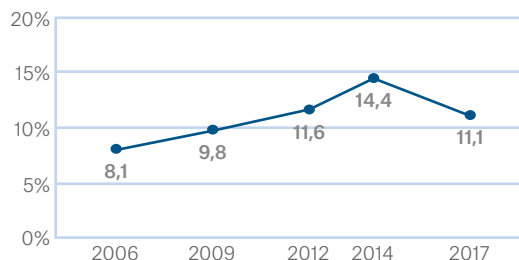
Renúncia a prendre fàrmacs receptats per motius econòmics:

Percentatge de persones adultes (majors de 18 anys) que alguna vegada, els últims 12 mesos, han deixat de prendre, per motius econòmics, un medicament receptat per un metge de la sanitat pública.



Despesa sanitària catastròfica:

Percentatge de persones del primer quintil la despesa sanitària de les quals supera el 40% de la seva capacitat de pagament. La capacitat de pagament es mesura traient de la despesa total de la llar la despesa bàsica estàndard en alimentació, energia i habitatge.



Font:

Elaboració pròpia amb dades procedents de les enquestes nacional i europea de salut, l'Enquesta de condicions de vida, l'Enquesta de pressupostos familiars, el Baròmetre sanitari i el Sistema d'informació de llistes d'espera de l'SNS.

A Espanya, pràcticament tots els ciutadans tenen cobertura sanitària. Segons les dades de l'Enquesta nacional de salut del 2017, el 99% dels ciutadans tenen assistència sanitària pública al nostre país, mitjançant el Sistema Nacional de Salut o de mutualitats de l'Estat acol·lides a un proveïdor privat. A més a més, el percentatge de població que declara no haver pogut anar al metge pel seu cost elevat, per estar massa lluny o per haver d'esperar massa és gairebé nul.

La cobertura quasi universal, però, no implica una garantia d'accés efectiu al paquet de serveis necessari per preservar la salut. D'una banda, hi ha àmbits assistencials que la sanitat pública no cobreix totalment a Espanya, com ara l'assistència dental, la psicològica, algunes vacunes o determinats tractaments de rehabilitació. En altres casos, com els medicaments, els pacients contribueixen amb un copagament al finançament de la despesa en salut. En aquestes àrees, la manca de recursos d'alguna manera pot dificultar-ne l'accés. A més, hi ha minories socials excloses del dret a l'atenció sanitària amb situacions difícils de conèixer mitjançant les enquestes a les llars. Podem destacar el cas dels immigrants sense papers, als quals el Reial decret llei 16/2012 va deixar sense cobertura sanitària regular, encara que es va mantenir en situacions especials (infància, embaràs, urgències, sol·licitants d'asil i víctimes de tràfic de persones). Més tard aquesta situació es va revertir mitjançant el Decret llei 7/2018.

Les barreres d'accés a l'atenció sanitària no provenen només de l'escassetat d'ingressos d'algunes famílies per afrontar copagaments o pagar pel seu compte prestacions no cobertes per la sanitat pública. Si el sistema sanitari no funciona correctament, els ciutadans poden no rebre a temps l'atenció que requereixen per preservar la seva salut. L'escassetat de recursos materials i humans genera llistes d'espera excessives i redueix el temps dedicat als pacients, la qual cosa incrementa el risc d'errors de diagnòstic o de tractament. De la mateixa manera, els errors organitzatius i de gestió poden fer que els recursos disponibles no es facin servir de manera òptima. El correcte funcionament de la sanitat encara és més important per a les famílies d'ingressos mitjans i baixos, que no solen tenir una assegurança privada complementària. Les dades de l'última Enquesta nacional de salut, feta el 2017, mostren que el 15% de la població adulta té assegurances privades d'assistència sanitària, però hi ha gaires diferències segons el nivell d'ingressos: entre les famílies

que guanyen menys de 1.050 euros nets el mes, només el 4% tenen també una assegurança mèdica privada, mentre que en les famílies que ingressen més de 3.600 euros mensuals aquest percentatge és del 41%.

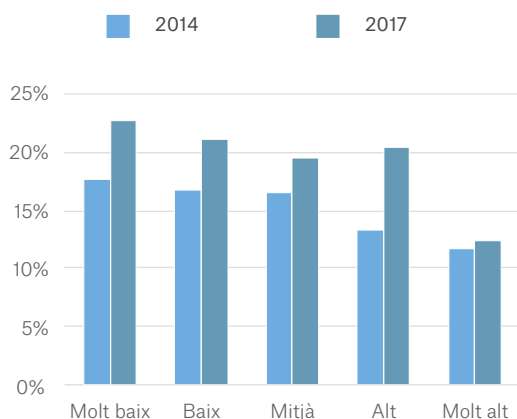
Un dels problemes que preocupa tradicionalment els usuaris de la sanitat a Espanya és el de les llistes d'espera. Segons dades de les dues últimes enquestes de salut, entre el 15% i el 20% dels adults que van necessitar atenció mèdica l'any anterior van indicar que no l'havien pogut rebre o que l'havien rebut massa tard en alguna ocasió, a causa de l'existència de les llistes d'espera. Encara que aquesta pregunta no es recollia com a tal a les enquestes anteriors, cosa que dificulta estudiar-ne l'evolució, la percepció del problema no sembla que hagi millorat el 2017 respecte al 2014. Les dades oficials sobre la llista d'espera quirúrgica mostren, de fet, un augment del nombre de pacients que esperen una operació des del començament de la crisi. A més a més, va augmentar el temps mitjà d'espera (de 70 dies el 2006 fins a un màxim de 115 el 2016). Encara que les dades més recents són millors, no s'han recuperat els valors del període previ a la crisi.

L'atenció dental és un dels àmbits assistencials amb cobertura pública molt limitada, malgrat l'ampliació progressiva en el cas dels infants els últims anys. Això fa que el dentista constitueixi, per a les famílies, una despesa que resulta complicat d'assumir quan la situació econòmica no és gaire favorable. A Espanya, en els anys previs a la crisi havia minvat la inaccessibilitat a l'atenció dental, però durant la crisi va empitjorar i va arribar a afectar el 7% o més dels adults en el període 2012-2014. Les famílies addueixen els motius econòmics com a determinants en aquest tipus d'atenció, molt per damunt dels relacionats amb el transport, la llunyania dels serveis o les llistes d'espera.

DESIGUALTATS SOCIALS EN L'ACCÉS

Les dificultats d'accés a l'atenció sanitària varien segons el nivell d'ingressos, encara que la renda no sempre és determinant. En el cas de la manca o demora excessiva d'assistència mèdica per les llistes d'espera, només els qui tenen ingressos molt alts, de més de 3.600 euros mensuals el 2017, presenten indicadors clarament inferiors a la mitjana (figura 10). A més a més, són l'únic grup que no va empitjorar en el període 2014-2017.

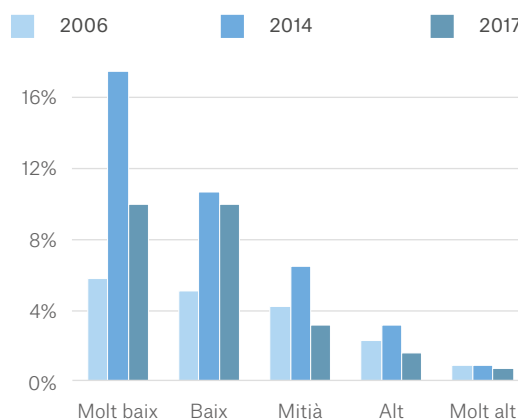
Gràfic 10. Percentatge d'adults amb manca o demora excessiva en l'assistència mèdica a causa de les llistes d'espera, per nivell d'ingressos



Font: Elaboració pròpia amb dades procedents de les enquestes de salut (EASE 2014 i ENS 2017).

El gradient econòmic és molt més marcat (i durant la crisi es va eixamplar encara més) en la dificultat d'accés a l'assistència dental. Per a les llars en el quintil d'ingressos més baixos, la necessitat no coberta es va multiplicar per tres entre el 2006 i el 2014. El 2017 la situació va millorar, tot i que aquest grup d'ingressos és l'únic que no ha recuperat encara els valors anteriors a la crisi.

Gràfic 11. Percentatge d'adults amb necessitat no coberta d'atenció dental, per nivell d'ingressos



Font: Elaboració pròpia amb dades procedents de les enquestes de condicions de vida (ECV).

El cost dels medicaments necessaris per tractar els problemes de salut és compartit entre les administracions públiques i els ciutadans. El mecanisme de copagament és útil per reduir la despesa pública i, en teoria, racionalitza l'ús dels medicaments, però un disseny inadequat pot tenir efectes negatius en la salut i l'equitat d'accés. Això es pot esdevenir si determinades persones redueixen, per motius econòmics, el seguiment de tractaments necessaris per preservar la salut o bé si hi han de dedicar una proporció excessiva dels ingressos de la llar.

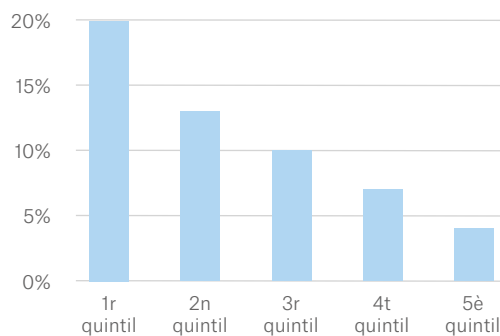
El Baròmetre sanitari indica que la proporció d'enquestats que han deixat de prendre algun medicament receptat per la sanitat pública per motius econòmics és reduïda. No obstant això, aquest percentatge es duplica i supera el 10% en grups com ara el dels desocupats. Encara que des de l'any 2012 el copagament farmacèutic està graduat en funció del nivell de renda del pacient, no hi ha límits mensuals màxims fora del cas dels pensionistes. Entre els desocupats, només els qui han exhaurit el subsidi estan exempts del copagament; els altres han de contribuir-hi de la mateixa manera que els ocupats.

La despesa en tractaments mèdics i altres béns i serveis sanitaris no plenament coberts pel sistema públic pot esdevenir problemàtica per a les persones d'ingressos baixos amb problemes de salut. Segons els estàndards europeus, es considera que aquesta despesa resulta catastròfica quan absorbeix més del 40% de la capacitat de pagament de la llar, un cop descomptada la despesa necessària per cobrir un consum bàsic estàndard d'alimentació, habitatge, energia i aigua. La incidència de la despesa sanitària catastròfica entre les llars del primer quintil gairebé es va duplicar entre el 2006 i el 2014, a causa de l'impacte combinat de la crisi i la reforma del copagament farmacèutic, i només el 2017 registra una evolució a la baixa.

QUAN TENIR CURA DE LA SALUT COSTA MASSA

Les dues darreres enquestes de condicions de vida permeten estudiar les dificultats d'accés de la població als serveis públics bàsics. Les dades obtingudes mostren que, el 2016, nou de cada deu llars van fer ús dels serveis sanitaris durant els dotze mesos previs (metge de capçalera, especialista, dentista, receptes, etc.). Sis de cada deu famílies van haver de fer en algun moment pagaments relacionats amb la salut, i per a una de cada deu va resultar difícil o molt difícil poder assumir aquests pagaments. El grau de dificultat té una relació clara amb el nivell de renda: va afectar el 20% de les persones situades en el primer quintil d'ingressos, però només el 4% del grup d'ingressos més elevats.

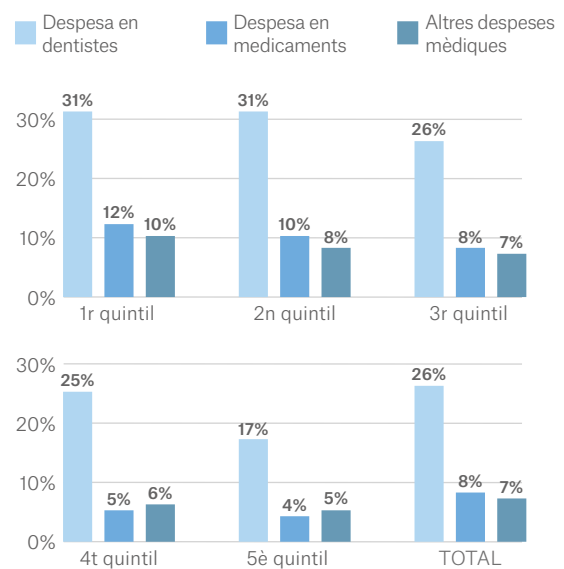
Gràfic 12. Percentatge de persones que viuen en llars que han tingut dificultats per pagar l'ús de serveis sanitaris durant els dotze mesos anteriors, per quintils d'ingressos



Font: Elaboració pròpia amb dades procedents de l'ECV 2016.

Amb preguntes diferents, l'enquesta del 2017 confirma també que els pagaments sanitaris representen una càrrega important per a algunes famílies. Destaca especialment la despesa en assistència dental, que és percebuda com una càrrega econòmica pesada pel 26% de la població. En el cas de la despesa en altres tipus d'especialistes o per comprar medicaments, el percentatge supera el 10% en el quintil d'ingressos més baixos, mentre que en el grup de renda més elevada és del 5% o menys.

Gràfic 13. Percentatge de població que viu en llars que han fet despeses sanitàries que es perceben com una càrrega econòmica pesada durant l'any previ



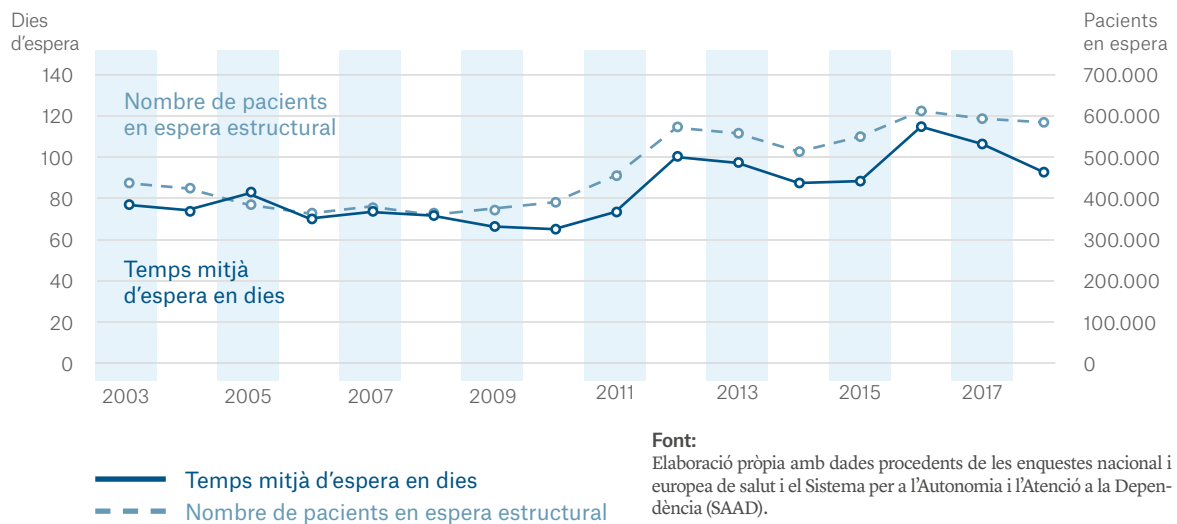
Font: Elaboració pròpia amb dades procedents de l'ECV 2017.

LA SANITAT EN TEMPS DE CRISI

Les dades oficials sobre les llistes d'espera publicades pel Ministeri de Sanitat des del 2003 mostren que hi ha una realitat objectiva darrere de la percepció ciutadana. El nombre de pacients en llista d'espera quirúrgica estructural (és a dir, en situació de ser intervinguts quirúrgi-

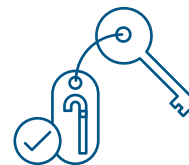
cament, l'espera dels quals és atribuïble a l'organització i els recursos disponibles) i el nombre mitjà de dies d'espera, que havien baixat els anys previs a la crisi, van augmentar ràpidament el 2011 i el 2012, els dos anys en què més empitjora la percepció social del problema.

Gràfic 14. Evolució de la llista d'espera quirúrgica des del 2003



Quart repte: garantir l'accés a l'atenció a la dependència

Aquest repte es mesura amb els indicadors que mostra aquesta pàgina. El significat de les dades s'explica al llarg d'aquesta secció.



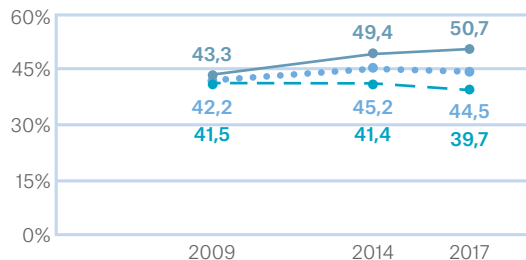
Indicadors clau sobre els problemes d'accés a l'atenció a la dependència a Espanya

Llegenda dels gràfics segmentats per població

- Majors de 65 anys
- ■ ■ ■ ■ Població de 65 a 79 anys
- Majors de 80 anys

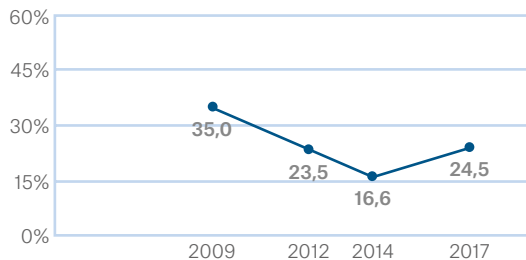
Necessitat subjectiva d'ajuda en les persones grans:

Percentatge de majors de 65 anys amb dificultats en alguna activitat bàsica o instrumental de la vida diària que consideren que necessitarien rebre més ajuda de la que reben.



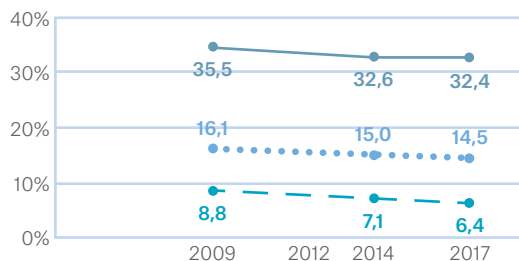
Llista d'espera registrada:

Percentatge de persones de qualsevol edat amb dependència reconeguda que esperen rebre serveis o prestacions del Sistema d'Atenció a la Dependència (SAAD).



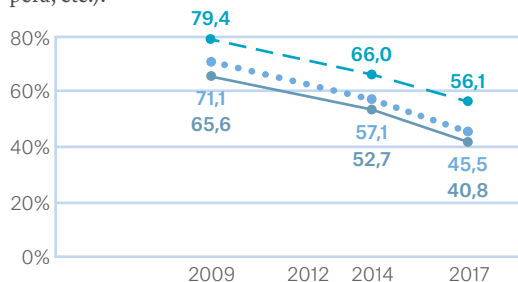
Demanda d'atenció entre les persones grans:

Percentatge de majors de 65 anys amb necessitat estimada d'atenció segons les enquestes de salut.



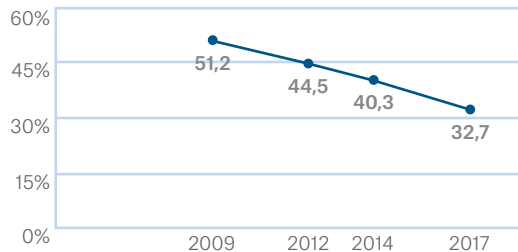
Dèficit de cobertura de les persones grans dependents:

Percentatge de majors de 65 anys amb necessitat estimada d'atenció que no reben atenció del SAAD (perquè no l'han demanada, se'ls ha denegat, es troben en llista d'espera, etc.).



Dèficit de professionalització de l'atenció:

Percentatge de prestacions concedides pel SAAD consistents en ajudes per a l'atenció en l'entorn familiar, sobre el total de les prestacions concedides.



Font:

Elaboració pròpia amb dades procedents de les enquestes nacional i europea de salut i el Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD).

L'atenció a la dependència és un dret que és indispensable desenvolupar plenament com a quart pilar de l'estat del benestar (juntament amb l'educació, les pensions i l'atenció sanitària) per cobrir les necessitats socials en una societat que envelleix. A Espanya el sistema d'atenció a les persones dependents es va posar en marxa fa poc més de deu anys, després de l'aprovació el desembre del 2006 de la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. La seva implantació ha estat progressiva i molt dilatada en el temps, i ha coincidit a més amb el període de crisi. Per això, els indicadors de cobertura i suficiència de l'atenció prestada són especialment importants en aquest àmbit, per avaluar les necessitats no cobertes i planificar la inversió addicional necessària.

Un dels problemes del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD) implantat el 2007 és l'elevat temps d'espera per rebre prestacions. El 2012, després de cinc anys de funcionament, gairebé una quarta part de les persones avaluades com a dependents continuaven a l'espera de rebre atenció. Durant els anys de la crisi, la llista d'espera registrada es va reduir de mica en mica, però en gran manera això s'explicava pel fre en el procés de nous reconeixements i per la pròrroga fins al 2015 del termini màxim per incorporar-hi els dependents moderats. En acabar el 2017, el percentatge de dependents que esperaven ser atesos, tot i que en tendència descendent, era encara semblant al registrat el 2012.

Les persones grans són les usuàries principals del sistema d'atenció a la dependència, ja que més del 70% del total dels beneficiaris són majors de 65 anys. Per a aquest grup és possible, a més a més, estimar la demanda real d'atenció utilitzant les respostes de les enquestes de salut sobre les dificultats per dur a terme les tasques bàsiques (alimentar-se, llevar-se, rentar-se, etc.) o instrumentals (cuinar, anar a comprar, netejar la casa, etc.) de la vida quotidiana. Si apliquem una aproximació al barem oficial, entorn del 15% de les persones grans tindrien prou limitacions per requerir l'atenció del SAAD. Entre les persones majors de 80 anys, la taxa de dependència és molt superior i voreja el 33%. El percentatge de persones grans dependents ha tendit a minvar lleument durant el període 2009-2017. La millora és més apreciable entre les persones que tenen de 65 a 79 anys, que tenen més autonomia avui que no pas fa deu anys. L'evolució futura d'aquesta necessitat social depèn del resultat de dues forces contraposades: l'envelliment demogràfic, que augmenta la demanda d'atenció, i la millora general de

l'estat de salut de les persones, que podria reduir aquesta demanda.

La implantació del sistema d'atenció a la dependència ha tingut un impacte positiu en l'accés a l'atenció de llarga durada, sobretot entre els més grans de 80 anys. No obstant això, la cobertura de la necessitat d'atenció continua sent insuficient, si tenim en compte les dades sobre limitacions de persones grans que mostren les enquestes de salut. El 2017 encara quedaven fora del sistema gairebé la meitat de les persones grans amb necessitat estimada d'atenció. En molts casos, són persones que no han demanat ser avaluades (o revaluades) com a dependents per part del SAAD. En altres casos sí que ho han fet, però el seu expedient de valoració no s'ha resolt.

Aquesta necessitat no coberta d'atenció a la dependència es reflecteix també en les respostes de les persones grans amb dificultats per fer soles les activitats de la vida quotidiana: més de quatre de cada deu declaren no rebre ajuda o rebre'n menys de la que necessitarien. La necessitat subjectiva d'ajuda ha baixat en el grup de 65 a 79 anys, però no entre els majors de 80 anys, la meitat dels quals sent que necessitarien més ajuda amb almenys una activitat bàsica o instrumental. Per cobrir adequadament aquesta necessitat social, el SAAD hauria d'augmentar tant la cobertura com la intensitat de l'atenció prestada.

A més d'arribar a tots els que necessiten rebre atenció, el sistema ha de proporcionar serveis suficients i adequats a les necessitats. Un problema important del SAAD ha estat, des d'un bon començament, el pes excessiu de les prestacions econòmiques enfront dels serveis directes, i molt especialment el protagonisme de la prestació econòmica per a l'atenció en l'entorn familiar. Aquesta prestació, concebuda en la llei com de naturalesa excepcional, és una ajuda econòmica de poca quantitat que es concedeix al cuidador familiar d'una persona dependent, i és incompatible amb serveis com ara l'ajuda domiciliària o els centres de dia. El pes d'aquestes prestacions en el total va començar superant el 50% i el 2014 encara era de més del 40%, tot i que amb grans diferències entre les comunitats autònomes. Al final del 2017 havia minvat a una tercera part, molt lluny encara del paper residual que hauria d'exercir segons la llei. Aquest indicador ens informa del grau de professionalització del SAAD: com més baix és el protagonisme de la prestació econòmica per a l'atenció en l'entorn familiar, més gran és la professionalització.

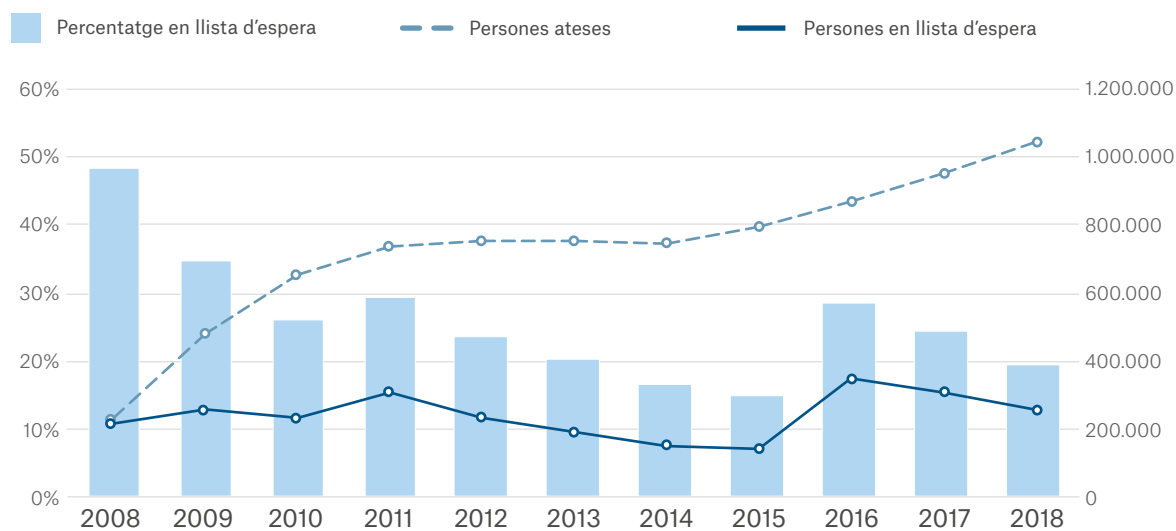
LA CONSTRUCCIÓ DEL SISTEMA PER A L'AUTONOMIA I L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA (SAAD)

El nombre de persones dependents ateses pel SAAD va augmentar ràpidament els primers anys després de l'entrada en vigor de la llei, i el 2011 ja superaven els 700.000 usuaris. Des d'aleshores la xifra de persones ateses es va estancar, a causa de canvis normatius i procedimentals que van alentir les noves entrades i de l'endarreriment en la incorporació al sistema dels dependents moderats (els que tenen menys nivell de dependència dins els graus amb dret a atenció). A partir del 2015, el nombre de beneficiaris va tornar

a augmentar, fins a superar el milió de persones l'any 2017.

L'evolució de la llista d'espera registrada reflecteix les diverses fases d'estira-i-arrotonsa en el progrés cap a la implantació total del sistema. En aquest sentit, la reducció dels darrers anys té un caràcter diferent de l'experimentada els anys 2012-2015, causada més per la mort de persones en espera de rebre prestacions que no pas per l'augment del nombre de beneficiaris atesos.

Gràfic 16. Nombre de persones amb dret reconegut ateses i en llista d'espera (eix dret), i llista d'espera en percentatge sobre el total de persones amb dret reconegut (eix esquerre)



Font: Elaboració pròpia amb dades procedents del Sistema d'Informació del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SISAAD).

TENIR CURA DE LES PERSONES DEPENDENTS: UNA TASCA DIFÍCIL PER A LES FAMÍLIES

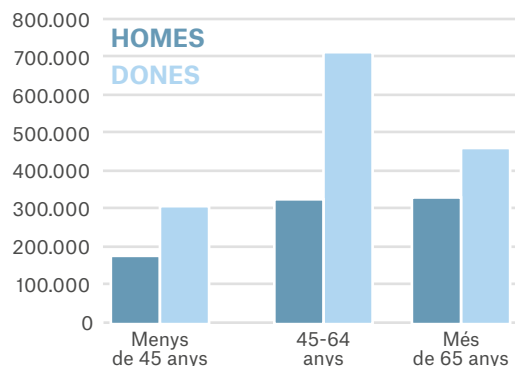
Segons l'Enquesta de condicions de vida del 2016, uns tres milions de llars (una de cada sis) tenen a casa alguna persona que requereix atenció a causa de l'edat avançada o perquè pateix una malaltia crònica. D'aquestes, només el 14% rep atenció a domicili d'un cuidador remunerat, i només en el 4% dels casos se superen les 20 hores setmanals. En general, les famílies han de pagar per aquesta atenció, sobretot quan la intensitat horària augmenta, tant si es tracta de serveis contractats de manera privada com si és el copagament exigint pel SAAD (les dades no permeten diferenciar aquestes dues situacions). Convé recordar que el nombre màxim d'hores setmanals d'ajuda domiciliària concedit pel SAAD voreja les 16 hores en els casos de gran dependència. La despesa en cuidadors és difícil o molt difícil d'afrontar per a gairebé la meitat de les llars que reben aquests serveis, i encara que hi ha un cert gradient econòmic, no és tan pronunciat com en altres tipus de pagaments.

Una conseqüència de tot plegat és que hi ha prop de 930.000 llars amb necessitats no cobertes d'atenció a domicili, perquè no en reben en absolut o bé perquè reben menys hores de les que caldria. En set de cada deu

casos les famílies al·leguen motius econòmics per no disposar de l'atenció necessària, però el segon motiu en importància és la no disponibilitat d'aquests serveis (el 10% diuen que n'és el motiu principal).

La implicació de la família continua servant per cobrir, en part, les llacunes del sistema: l'11% dels adults tenen cura d'alguna persona gran o amb una malaltia crònica que viu a la mateixa llar o fora de la llar, i el 6% inverteix més de 20 hores setmanals en aquestes tasques d'atenció. De l'atenció intensiva, difícilment compatible amb una carrera laboral, se n'ocupen més les dones que no els homes, sobretot en les edats centrals (45-64 anys).

Gràfic 17. Nombre d'adults que dediquen més de 20 hores setmanals a atendre familiars grans o amb malalties cròniques que requereixen atenció de llarga durada



Font:
Elaboració pròpia amb dades de l'Enquesta de condicions de vida, 2016.

LA SITUACIÓ A EUROPA

Gràfic 18. Resum de la posició d'Espanya en el rànquing de necessitats socials relacionades amb la salut en el marc de la Unió Europea

RÀNQUING

Primer repte:



mantenir i millorar l'estat de salut

Mala salut autopercebuda:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que declaren que el seu estat de salut ha estat dolent o molt dolent els últims 12 mesos. Percentatge ajustat per edat.



Limitacions per a l'activitat de la vida quotidiana:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) amb limitació moderada o greu per a les activitats de la vida quotidiana els últims sis mesos. Percentatge ajustat per edat.



Persones grans greument limitades:

Percentatge de persones grans (majors de 65 anys) amb limitació greu per a les activitats de la vida quotidiana a causa de problemes de salut els últims sis mesos.



Tercer repte:



garantir l'accés a l'atenció sanitària

Inaccessibilitat a l'atenció mèdica:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que alguna vegada, els últims 12 mesos, han deixat d'anar al metge (excepte el dentista) per motius econòmics, distància excessiva o perquè havien d'esperar massa.



Inaccessibilitat a l'atenció dental:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que alguna vegada, els últims 12 mesos, han deixat d'anar al dentista per motius econòmics, distància excessiva o perquè havien d'esperar massa.



Font:
Elaboració pròpia amb dades d'Eurostat (EU-SILC).

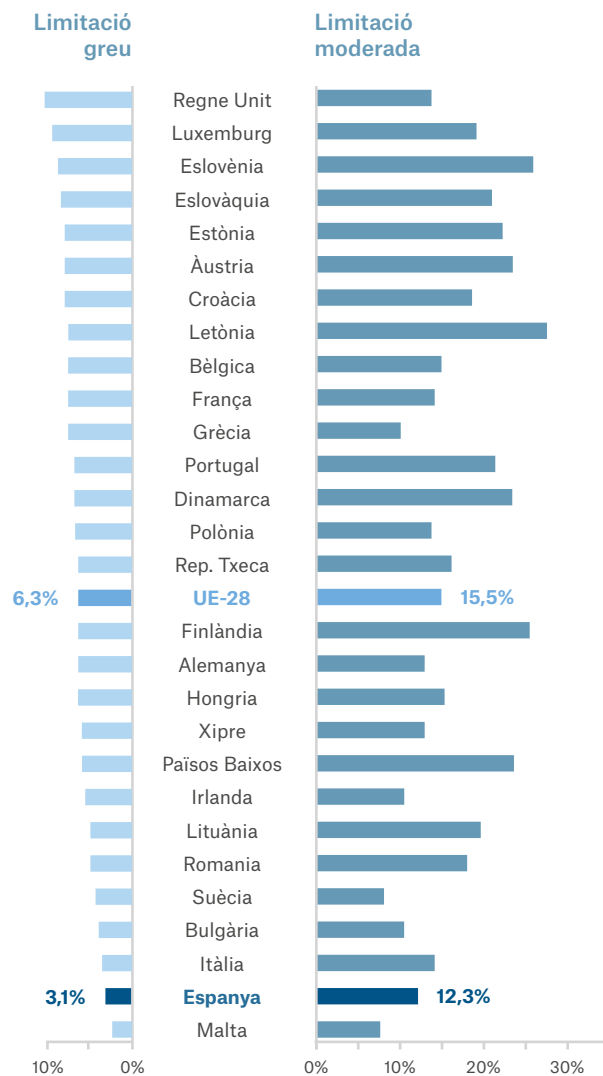
Estat de salut

Espanya és una part del territori europeu amb nivells de salut comparativament bons. Això es reflecteix en indicadors objectius, com ara l'esperança de vida, la mortalitat o la morbiditat, però també en la mateixa percepció dels ciutadans. Ajustant per edats per evitar la interferència de les diverses piràmides demogràfiques, el percentatge de població adulta amb una autovaloració negativa del seu estat de salut a Espanya és inferior a la mitjana europea, i l'avantatge s'amplia el 2017, l'any en què obté la sisena millor posició. Encara que les pautes de morbiditat no difereixen gaire de les del conjunt de la Unió Europea, Espanya ha reduït més de pressa i amb més intensitat que altres països la mortalitat associada a les principals malalties des dels anys noranta. En mortalitat per malaltia isquèmica del cor, malaltia cerebrovascular o càncer de mama, Espanya se situa actualment entre els cinc països amb taxes de mortalitat més baixes dins la Unió Europea, i en alguns casos encapçala la classificació. Entre les tendències negatives, la mortalitat femenina per càncer de pulmó, tot i que és inferior a la mitjana europea, ha continuat una tendència creixent. Augmenta igualment des del començament del segle la incidència de la sífilis i altres malalties de transmissió sexual (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2017), tant a Espanya com als altres països de la Unió. Només entre el 2012 i el 2016, els casos de gonorrea, una de les malalties que més s'ha expandit, van passar de 7 a 15 per cada 100.000 habitants a Espanya, i de 13 a 19 al conjunt de la Unió Europea, segons les dades del Centre Europeu de Prevenció i Control de Malalties.

També ha evolucionat favorablement a Espanya la situació comparativa quant a limitacions en l'activitat quotidiana a causa de problemes de salut. El 2009 Espanya partia d'una posició intermèdia, i el 2017 se situava com el quart país de la Unió Europea amb un percentatge més baix de persones adultes que declaren patir alguna mena de limitació (moderada o greu), i el segon país si la comparació es limita a les de caràcter greu (gràfic 19). Si les dades del 2018 confirmen aquesta tendència, es tractaria d'una millora amb implicacions potencialment favorables per a la demanda futura d'atenció de llarga durada. De fet, és precisament la població més gran de 65 anys la que més ha vist com es reduïa la prevalença de les limitacions greus autopercebudes, tant

a Espanya com a la mitjana de la Unió Europea. Amb les dades més recents, Espanya ocuparia la cinquena millor posició dins la classificació europea.

Gràfic 19. Percentatge de persones adultes amb limitacions per a les activitats de la vida quotidiana, amb distribució segons el grau de limitació, 2017



Nota:
Percentatges ajustats per edat.

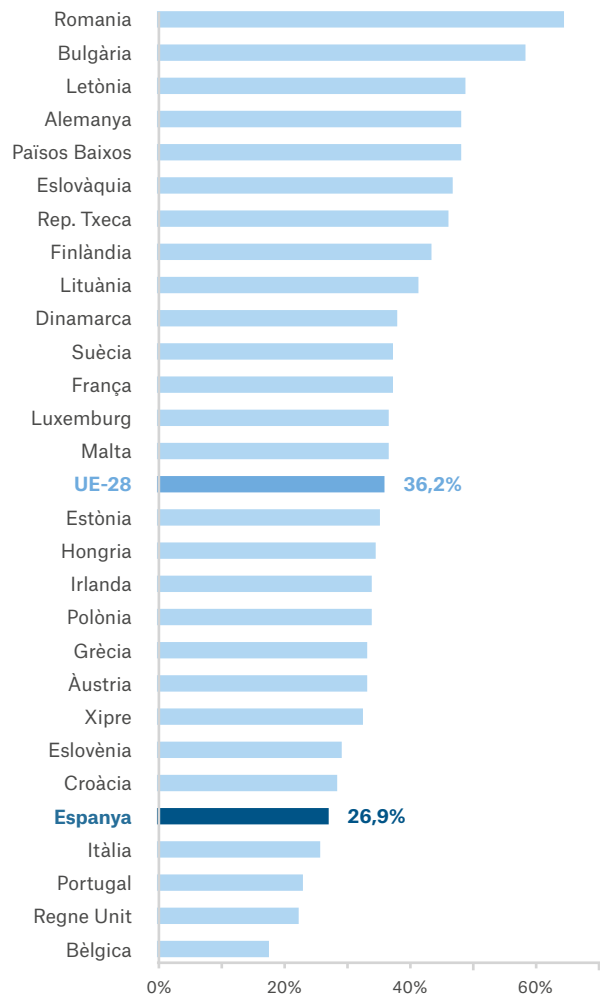
Font:
Elaboració pròpia amb dades d'Eurostat (EU-SILC).

Hàbits de vida saludables

Espanya ocupa una posició intermèdia dins el context europeu en l'adopció d'hàbits de vida saludables, encara que hi ha diferències segons els indicadors: tenim una dieta més sana, però també un consum més elevat de drogues il·legals, com ara la cocaïna o el cànnabis. El 23% dels adults fuma diàriament, un percentatge semblant a la mitjana europea que representa, de fet, una millora respecte a situacions passades. Les pautes de consum d'alcohol no són fàcilment comparables a causa dels diferents costums nacionals: Espanya té comparativament molts bevedors diaris, però també un percentatge més alt d'abstemis, segons la informació d'Eurostat.

Sovint es considera l'adherència a la dieta mediterrània com un dels factors que podrien explicar l'elevada esperança de vida de països com Espanya, que encapçala, juntament amb França, la classificació europea d'aquest indicador. Aquesta dieta, rica en fruita, verdura, cereals, llegums, peix i oli d'oliva, ha estat considerada per l'Organització Mundial de la Salut com una manera d'alimentar-se que té efectes positius contrastats per a la salut. Amb dades del 2014, Espanya és efectivament un país que destaca dins la Unió Europea pel baix percentatge de població que fa un consum insuficient de fruita i verdura (gràfic 20).

Gràfic 20. Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que no consumeixen prou fruita i verdura, 2014



Nota:

Percentatges ajustats per edat.

Font:

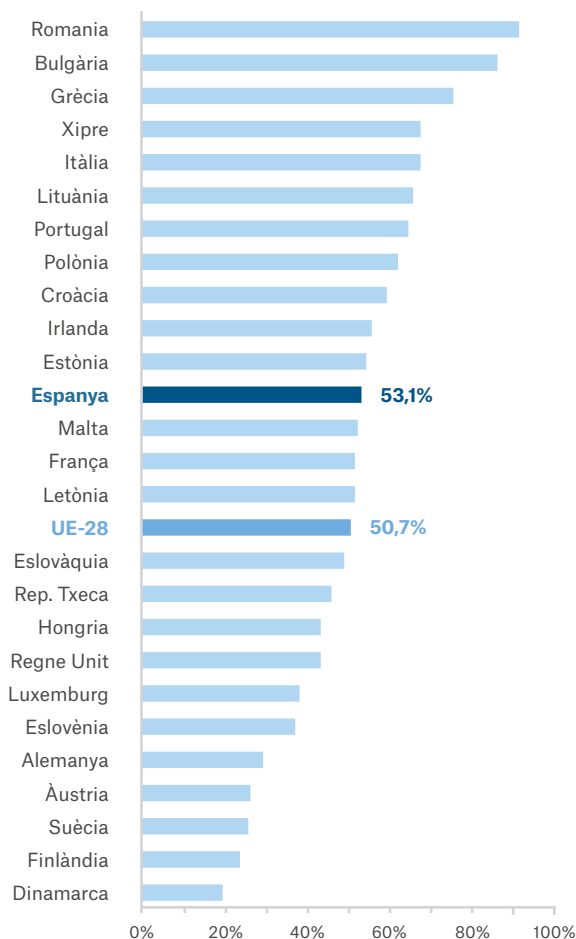
Elaboració pròpia amb dades d'Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS).

Juntament amb la dieta, els hàbits d'activitat física dels ciutadans són un altre factor que pot tenir conseqüències en relació amb la salut. Espanya no destaca positivament en aquest àmbit: una mica més de la meitat (53,1%) dels adults no dediquen gens de temps a fer activitats físiques considerades com beneficioses per a la salut. La mitjana europea se situa en el 50,7%, i els països amb nivells més baixos de sedentarisme (Àustria, Suècia, Finlàndia i Dinamarca) presenten taxes entorn del 20%. Les diferències més grans per edat respecte a la mitjana europea es donen entre els majors de 65 anys. Davant la importància que l'exercici té per a millorar la qualitat de vida i prevenir malalties (a qualsevol edat), seria important promoure l'activitat física, especialment entre les persones grans.

L'obesitat és un problema de salut que augmenta a tot Europa a causa de la combinació de dietes incorrectes i activitat física insuficient. El 2014, Espanya era un país amb una prevalença de l'obesitat per damunt de la mitjana europea (gràfic 22). El problema tendeix a augmentar amb l'edat a tots els països, i ho fa amb una intensitat especial a Espanya, on les persones més grans de 65 anys són comparativament més obesas (23,8%) que no la mitjana de la UE-28 (19,9%). No obstant això, potser la tendència més preocupant a Europa, a més de la dels majors de 65 anys, és l'augment de l'obesitat entre els joves. La taxa d'obesitat juvenil (25-34 anys) el 2014 era del 10% al conjunt de la UE i de l'11,2% a Espanya.

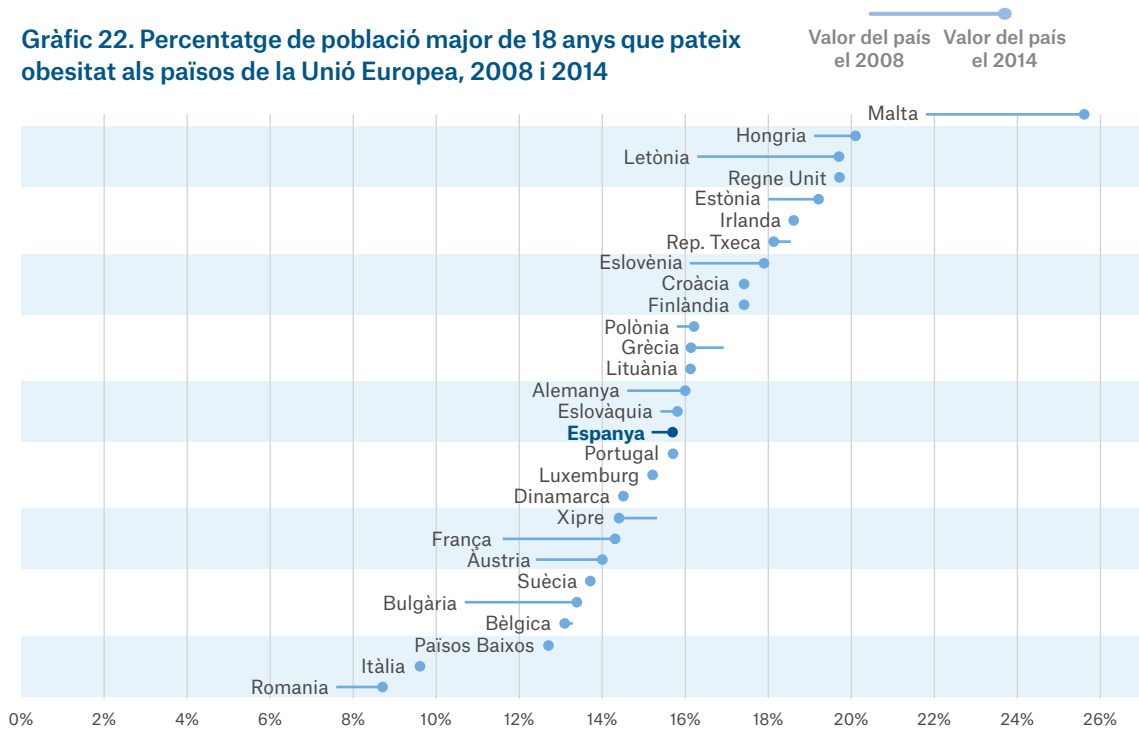
Pel que fa a l'ús de drogues, el 2015 Espanya es trobava entre els cinc països de la Unió Europea amb una prevalença més alta en el consum de drogues il·legals entre els joves de 15 a 34 anys. El cànnabis és la droga il·legal més estesa en la població europea. A la majoria de països el percentatge de joves entre 15 i 34 anys que han consumit cànnabis els últims 12 mesos va augmentar entre el 2008 i el 2016. Espanya, però, és un dels set països de la UE en què el consum de cànnabis va minvar en aquest mateix període.

Gràfic 21. Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que no fa cap activitat física considerada com a beneficiosa per a la salut al llarg de la setmana, 2014



Nota: Percentatges ajustats per edat.
Font: Elaboració pròpia amb dades d'Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS).

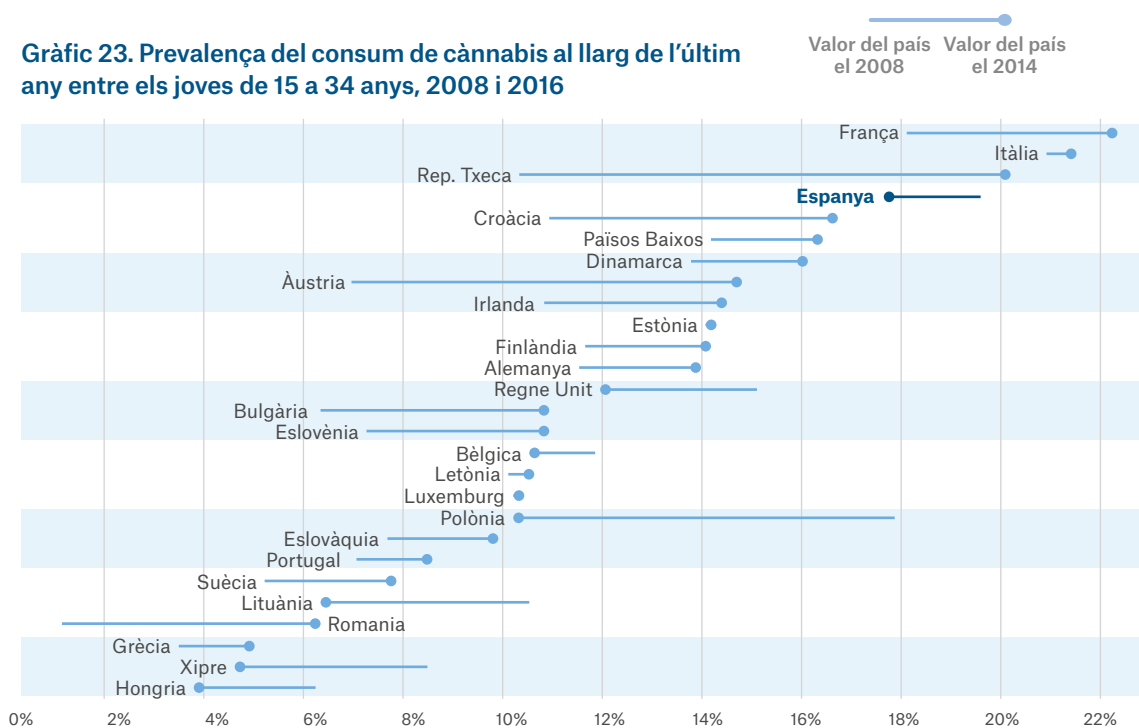
Gràfic 22. Percentatge de població major de 18 anys que pateix obesitat als països de la Unió Europea, 2008 i 2014



Font:
Elaboració pròpia amb dades d'Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS).

Nota:
Percentatges ajustats per edat.

Gràfic 23. Prevalença del consum de cànnabis al llarg de l'últim any entre els joves de 15 a 34 anys, 2008 i 2016



Font:
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Accés a l'atenció sanitària

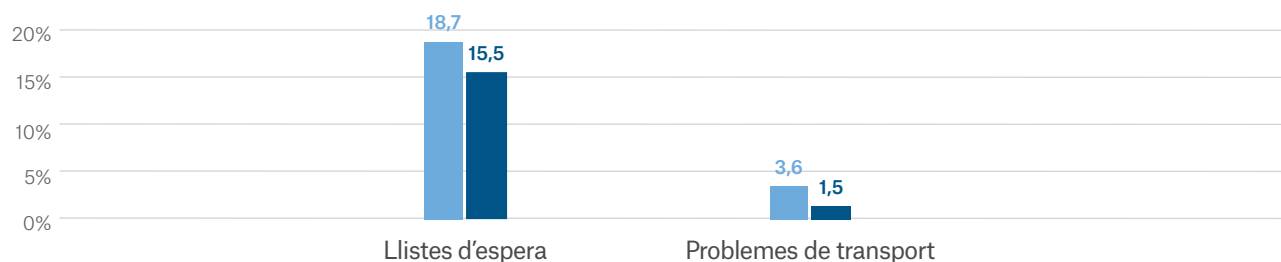
La majoria de països europeus tenen sistemes de salut universals orientats a garantir l'atenció a tots els ciutadans. Això fa que els indicadors d'inaccessibilitat al sistema sanitari siguin molt baixos: els adults que declaren haver hagut de renunciar a anar al metge o al dentista durant l'any anterior per motius econòmics, llistes d'espera o distància excessiva no arriben al 5%. En el cas de l'atenció sanitària general, Espanya obté valors pràcticament nuls per a aquest indicador, i el 2017 encapçalava una classificació europea en què els pitjors llocs corresponen a Grècia i Estònia (amb valors que superen el 10%). En el cas de l'atenció dental, només a Portugal, Grècia i Estònia la inaccessibilitat supera el 10%. Aquest indicador va augmentar a Espanya durant la crisi fins a superar la mitjana europea, i el 2017 continua estant per damunt d'aquesta mitjana (4% enfront del 2,9% a la UE).

L'Enquesta europea de salut feta a la UE entorn del 2014 va incloure preguntes més detallades per comparar l'accés a la salut (gràfic 24). Els resultats amplien –i al mateix temps confirmen– el panorama anterior: el sistema sanitari espanyol és un dels més accessibles als ciutadans en l'atenció mèdica general, com també en medicaments i salut mental, però en l'atenció dental es queda enrere respecte a la mitjana. D'altra banda, Espanya perd posicions, fins a situar-se en onzè lloc, quan es demana als enquestats sobre esperes excessives en l'atenció sanitària a causa de les llistes d'espera.

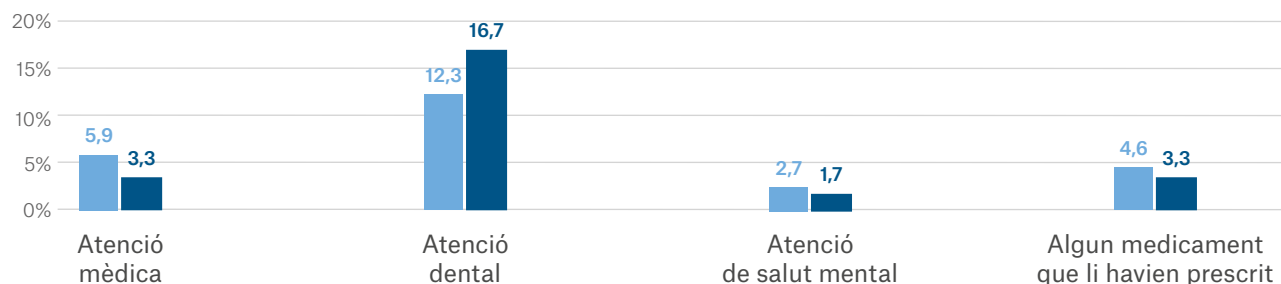
Gràfic 24. Necessitats sanitàries no cobertes a Espanya i la UE-28 segons l'Enquesta europea de salut, 2014

En percentatge sobre el total d'adults majors de 15 anys que han necessitat assistència

Els últims 12 mesos, manca o demora excessiva en l'assistència mèdica a causa de:



Manca d'atenció sanitària a causa de motius econòmics els últims dotze mesos:



Font: Elaboració pròpia amb les dades de l'ESEE 2014 i Eurostat per a la mitjana europea.

Accés a l'atenció a la dependència

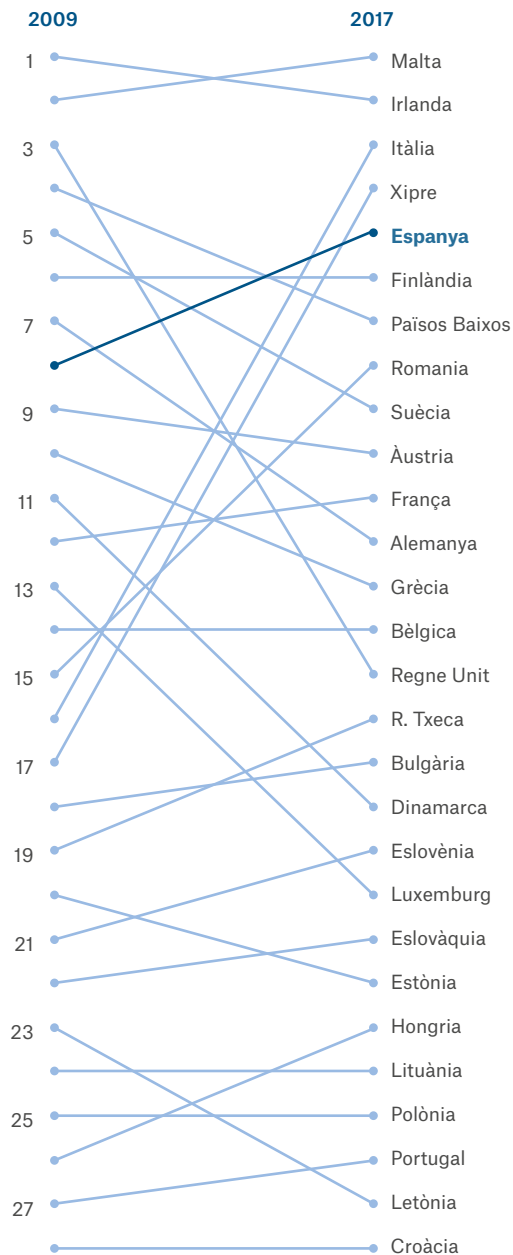
L'envelliment demogràfic implica, a tots els països, una demanda creixent d'atenció de llarga durada, encara que l'estat de salut de les persones grans influeix en aquesta evolució. La necessitat social d'aquesta mena d'atenció entre la població més gran es pot estimar analitzant amb quina freqüència les persones d'aquest grup diuen que es veuen greument limitades per desenvolupar activitats de la vida diària a causa de problemes de salut. Les dades disponibles indiquen que Espanya registra millors valors que la mitjana europea en aquest indicador, tant el 2009 com el 2017, després d'una reducció superior a l'observada en l'àmbit europeu. Cal recordar, però, que la dada es basa en una sola pregunta que té un cert component subjectiu, per la qual cosa aquesta millora ha de ser valorada amb prudència.

No hi ha una estadística europea que permeti d'analitzar com evoluciona als diversos països la cobertura d'aquesta necessitat social, però l'OCDE ofereix dades comparables per a una vintena de països occidentals (OCDE, 2017). Segons aquestes dades, el percentatge de persones grans que reben atenció de llarga durada a Espanya, tot i que ha augmentat entre el 2005 i el 2015 (el 8,5% en aquesta segona data), continua sent inferior a la mitjana de l'OCDE (13%). A més a més, una proporció superior de persones grans són ateses a casa seva. Aquesta dada reflecteix en part les preferències, però també les restriccions associades a la insuficiència de l'oferta de places en atenció residencial i centres de dia.

Posició d'Espanya en la classificació de necessitats socials relacionades amb la salut a la Unió Europea

Països ordenats de millor a pitjor situació en cadascun dels indicadors:

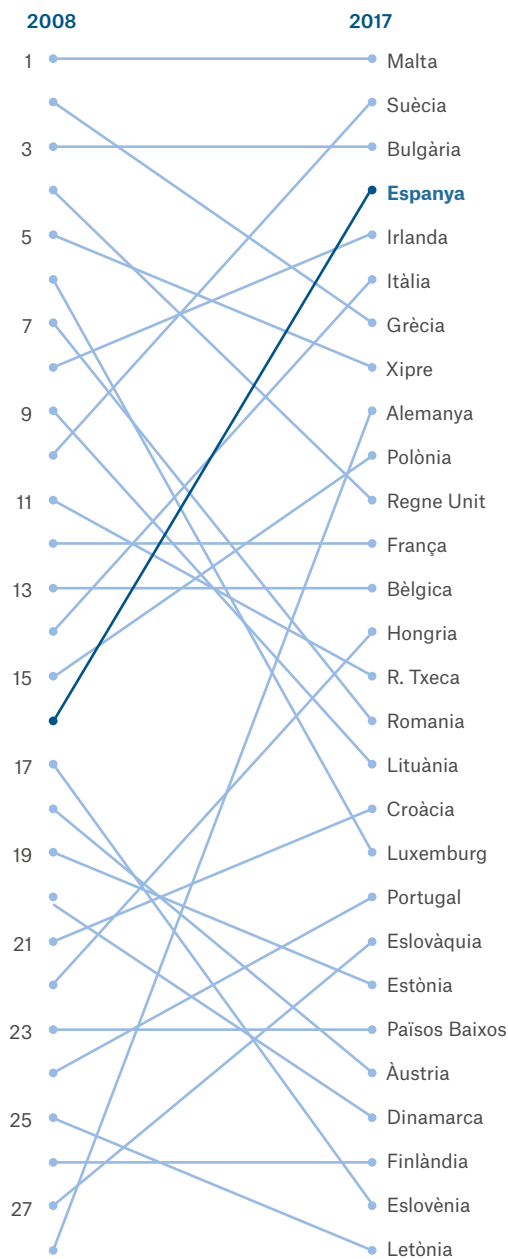
Gràfic 25. Mala salut autopercebuda



Font: Elaboració pròpia amb dades procedents d'Eurostat (EU-SILC).

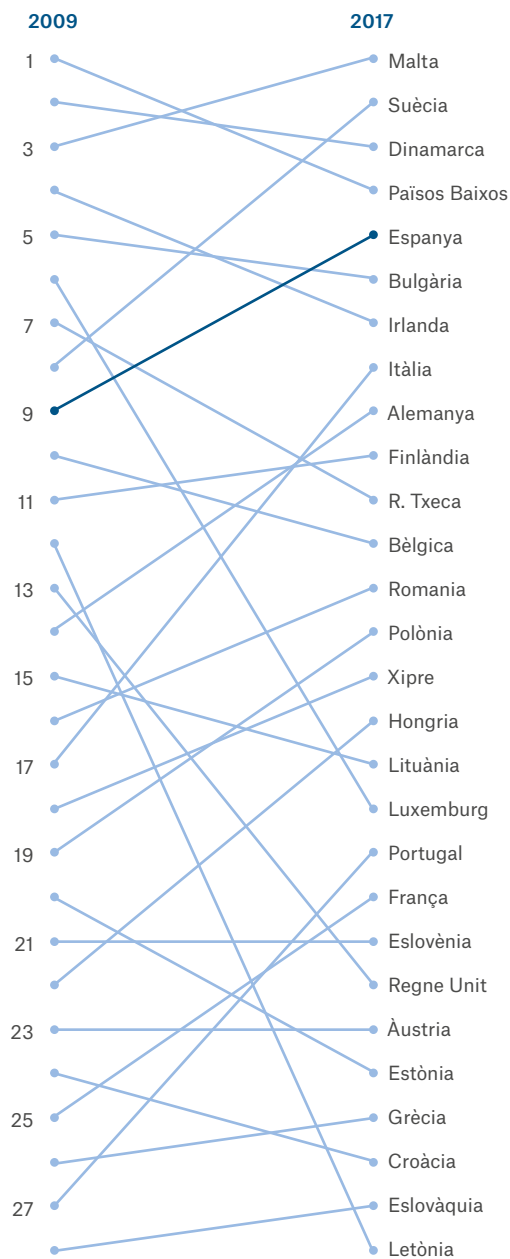
Nota: la dada de Croàcia per al 2009 correspon al 2010. Les dades d'Irlanda, el Regne Unit i Malta del 2017 dels indicadors de mala salut autopercebuda i limitacions de l'activitat quotidiana (gràfic 26) corresponen al 2016.

Gràfic 26. Limitacions per a l'activitat quotidiana



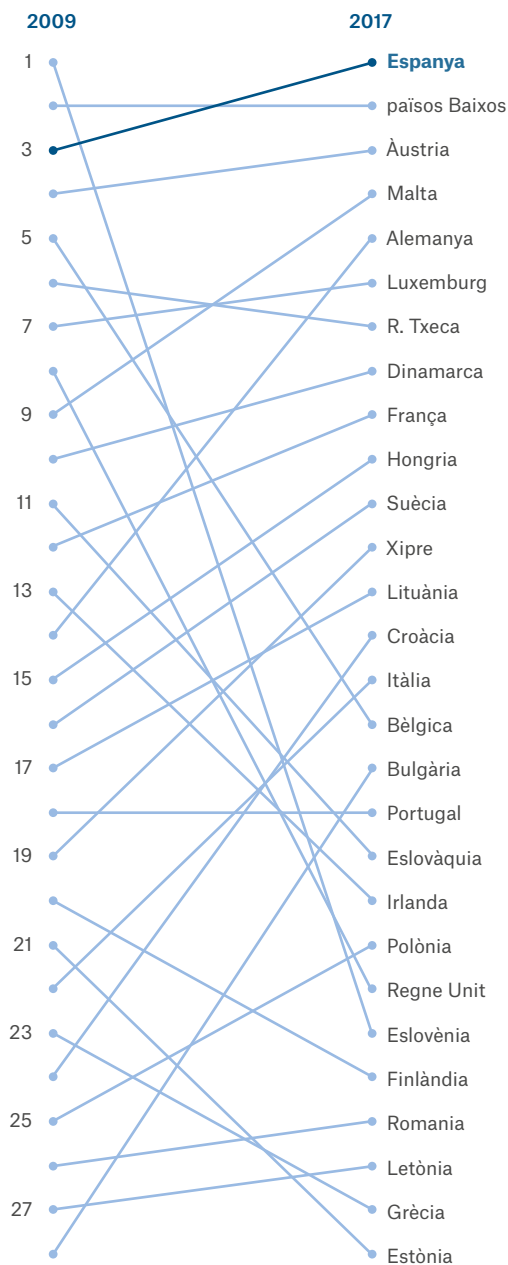
Font: Elaboració pròpia amb dades procedents d'Eurostat (EU-SILC).

Gràfic 27. Persones grans greument limitades



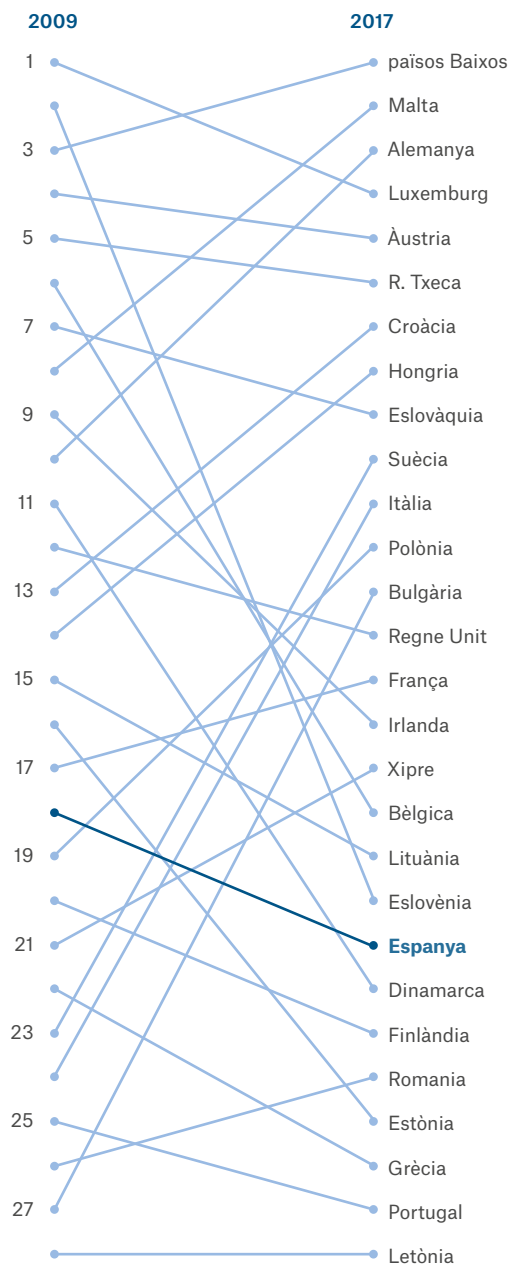
Font: Elaboració pròpia amb dades procedents d'Eurostat (EU-SILC).

Gràfic 28. Inaccessibilitat a l'atenció mèdica



Font: Elaboració pròpia amb dades procedents d'Eurostat (EU-SILC).

Gràfic 29. Inaccessibilitat a l'atenció dental



Font: Elaboració pròpia amb dades procedents d'Eurostat (EU-SILC).

POLÍTIQUES PÚBLIQUES



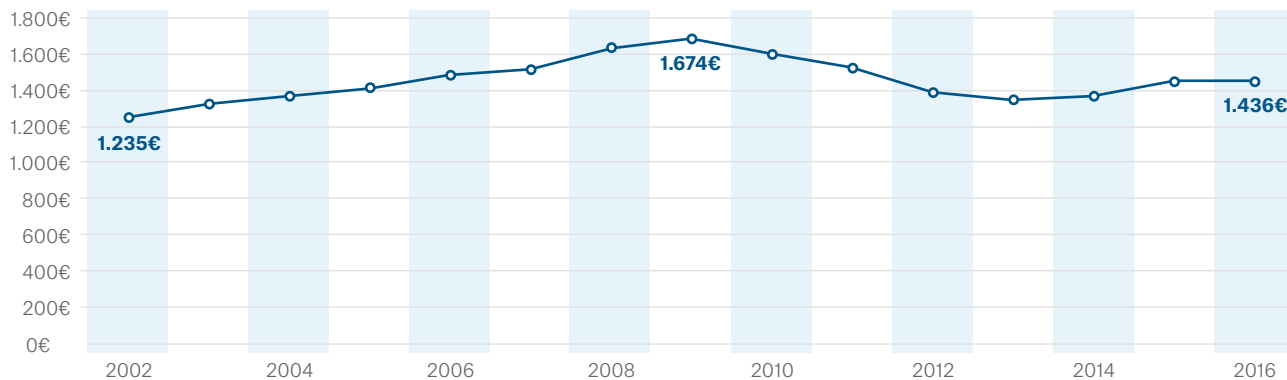
Despesa i recursos sanitaris

Del conjunt de despeses de les administracions públiques a Espanya, una de les més rellevants és la sanitària, amb un nivell pròxim al 6,3% del PIB. Les dues últimes dècades el sistema s'ha expandit per diversos motius. D'una banda, el caràcter universal del sistema, encara que limitat en algunes fases per la introducció de criteris més restrictius d'accés, ha fet que el volum de població atesa hagi augmentat de manera continuada en el temps. D'altra banda, els canvis en l'estructura d'edats de la població, amb un pes cada vegada més important dels majors de 65 anys, han representat un augment de les malalties cròniques i de llarga durada, cosa que al seu torn augmenta la pressió a l'alça de la despesa.

La tensió entre la universalitat del sistema, la demanda creixent d'atenció sanitària i les restriccions pressupostàries que afecten el conjunt de les polítiques de despesa pública no sempre s'ha resolt en un augment de la dotació de recursos pressupostaris. Fins a l'inici de la passada crisi econòmica, el volum de despesa per habitant va mantenir en el temps una clara tendència de creixement en termes reals. La deterioració de l'activitat econòmica i el procés posterior de consolidació pressupostària van estroncar aquesta tendència, amb una important caiguda de l'indicador fins a tornar als nivells de feia una dècada. A partir del 2013 l'indicador va tornar a créixer, encara que a un ritme més contingut que durant l'etapa de bonança econòmica anterior a la crisi.

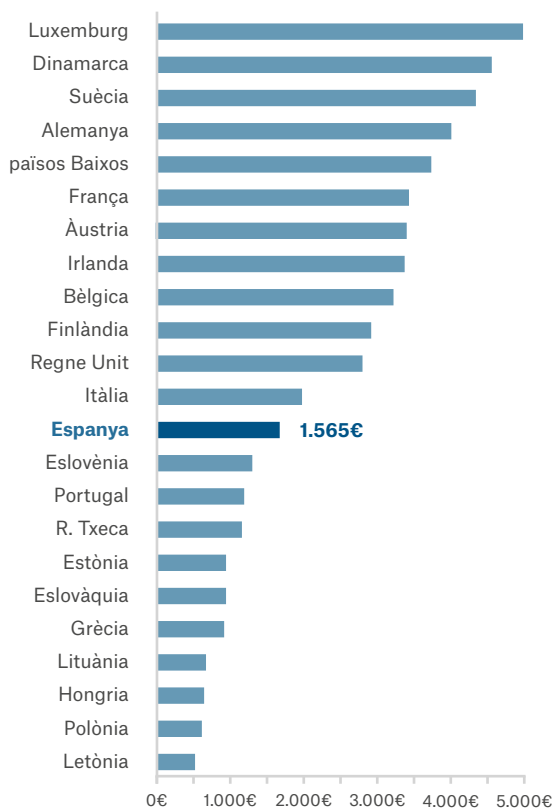
Els indicadors més habituals per comparar la despesa en sanitat als països europeus mostren que el nivell d'Espanya es troba per sota de la mitjana, encara que en termes de la posició en el rànquing de països, Espanya se situa just a la meitat d'aquesta distribució. El nivell relatiu de despesa és molt semblant al d'Itàlia i Portugal, la qual cosa conforma un cert model mediterrani quant a la intensitat relativa dels recursos públics dedicats a aquesta funció. Cal remarcar que, en general, hi ha una correlació estreta entre aquest indicador i el nivell de riquesa dels països, i els de l'est d'Europa es troben molt lluny de la mitjana europea. Aquesta posició d'Espanya en un lloc intermedi en la classificació de països de la Unió Europea es confirma també quan, en lloc d'analitzar la despesa en relació amb la població, es fa amb el PIB de cada país. Es produeix, en tot cas, una certa millora dels sistemes mediterranis, llevat de Grècia. La despesa pública sanitària, però, ha augmentat molt lentament a Espanya respecte al PIB els darrers anys, amb valors que el 2017 (6,3%) eren inferiors als del 2009 (6,8%).

Gràfic 30. Espanya: despesa pública sanitària per habitant en termes reals (any de referència: 2016)



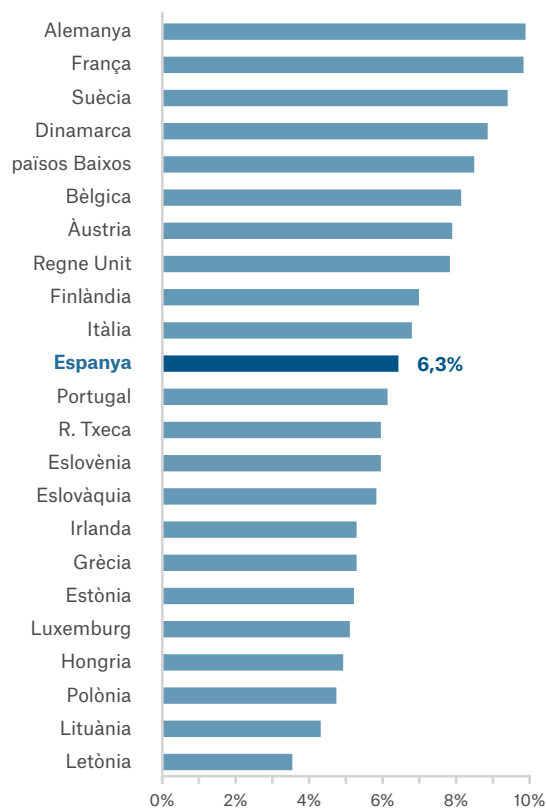
Font:
Indicadors clau de l'SNS (MSSSI).

Gràfic 31. Unió Europea: despesa pública sanitària per habitant, 2017 (en euros)



Font: OECD Health Statistics, 2018.

Gràfic 32. Unió Europea: despesa pública sanitària com a percentatge del PIB, 2017



Font: OECD Health Statistics, 2018.

El finançament de la despesa farmacèutica

La factura farmacèutica ha tingut a Espanya, tradicionalment, un pes elevat i superior a la mitjana europea dins la despesa pública sanitària total. La part d'aquesta factura assumida pels pacients era relativament petita, en part a causa de l'exempció dels pensionistes, que concentren una proporció elevada i creixent del consum de medicaments.

Aquesta situació va canviar amb la reforma introduïda a través del Reial decret 16/2012 de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions. Des d'aleshores, els pensionistes paguen el 10% dels medicaments, llevat que guanyin més de 100.000 euros l'any, cas en què hi contribueixen amb el 60%.

Es van fixar límits mensuals de 8 euros (ingressos inferiors a 22.000 euros), 18 euros (fins a 100.000 euros) i 60 euros mensuals (rendes superiors als 100.000 euros). Per la seva banda, els actius paguen, segons els mateixos trams de renda, el 40%, el 50% o el 60% del preu, sense límit mensual. Hi ha exempcions per a grups com són els pensionistes no contributius, els aturats que han exhaurit les seves prestacions o els tractaments derivats d'una malaltia professional, i es fixa un límit de 4,13 euros per recepta per als malalts crònics. És important remarcar que els funcionaris, en actiu o jubilats, queden al marge de la reforma del copagament i continuen contribuint amb el 30% del preu sense límit de despesa, independentment del nivell d'ingressos.

El repte de l'atenció de llarga durada

L'atenció de llarga durada és, segons l'OCDE, el component de la despesa en salut que ha experimentat un creixement més alt els darrers anys, a causa de l'envel·liment demogràfic. Les últimes projeccions calculen que la part del PIB dedicada a aquesta atenció es podria multiplicar per dos o fins i tot més cap a l'any 2060 (OCDE, 2017).

Actualment hi ha importants diferències en els recursos públics assignats a aquesta política als diversos països de l'OCDE. Alguns països del nord d'Europa se situen al capdavant de la classificació, amb més del 2% del PIB. Espanya, malgrat l'increment de la despesa des de la implantació del SAAD el 2007, queda força lluny de la mitjana, ja que només hi destina el 0,8%. Aquest percentatge és quasi cinc vegades més baix del que hi dediquen els Països Baixos. A Espanya també hi ha menys cuidadors formals per cada mil habitants, i menys places a les institucions d'atenció, que la mitjana dels 18 països de l'OCDE per als quals disposem de dades comparables.

L'organització del sistema d'atenció condiciona el nivell i l'estructura de la despesa als diferents països. Espanya dedica aproximadament dues terceres parts de la despesa a persones que resideixen en institucions, un percentatge semblant a la mitjana de l'OCDE. Aquest percentatge és superior al de països com ara el Canadà, Estònia, Islàndia o Hongria, però molt inferior al d'altres com Dinamarca, Polònia o Finlàndia.

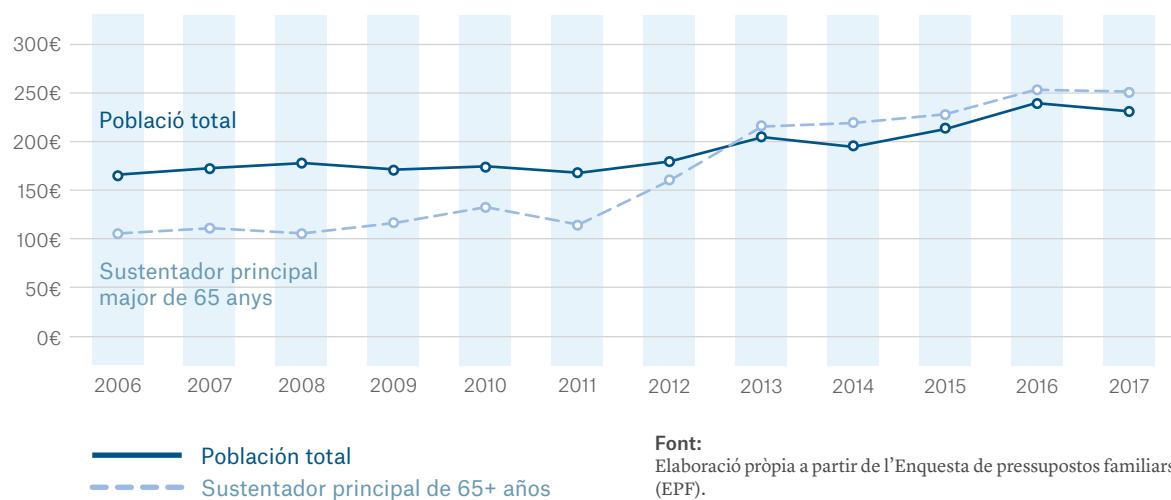
LA DESPESA DE LES FAMÍLIES EN FARMÀCIA AUGMENTA DESPRÉS DE LA REFORMA DEL COPAGAMENT

La reforma del copagament del 2012 va incrementar el percentatge efectiu del cost dels medicaments cobert pels usuaris, especialment en el cas dels pensionistes. Aquest canvi ha tingut un reflex en la despesa farmacèutica mitjana per llar, que va passar, a les famílies encapçalades per persones majors de 65 anys, d'uns 100 euros el 2011 a uns 220 euros el 2013, segons dades de l'Enquesta de pressupostos familiars (EPF).

Això implica que els medicaments absorbeixen una part més gran de la renda familiar després de la reforma del copagament. Segons el nivell d'ingressos, l'in-

crement més gran ha tingut lloc a les llars situades als decils segon, tercer i quart, que són els que concentren la gran majoria de pensionistes. Encara que el nou copagament té, respecte a l'anterior, l'avantatge d'estar graduat segons la renda, hi ha alguns aspectes que han estat qüestionats pels experts en salut. Un n'és l'absència de límits mensuals per als treballadors i desocupats, que pot arribar a convertir el copagament en un autèntic «impost sobre la malaltia» per a les persones que acumulen patologies múltiples. Un altre és la no aplicació del mecanisme general al mutualisme administratiu.

Gràfic 33. Despesa farmacèutica mitjana per llar, 2006-2017



Cobertura del sistema sanitari

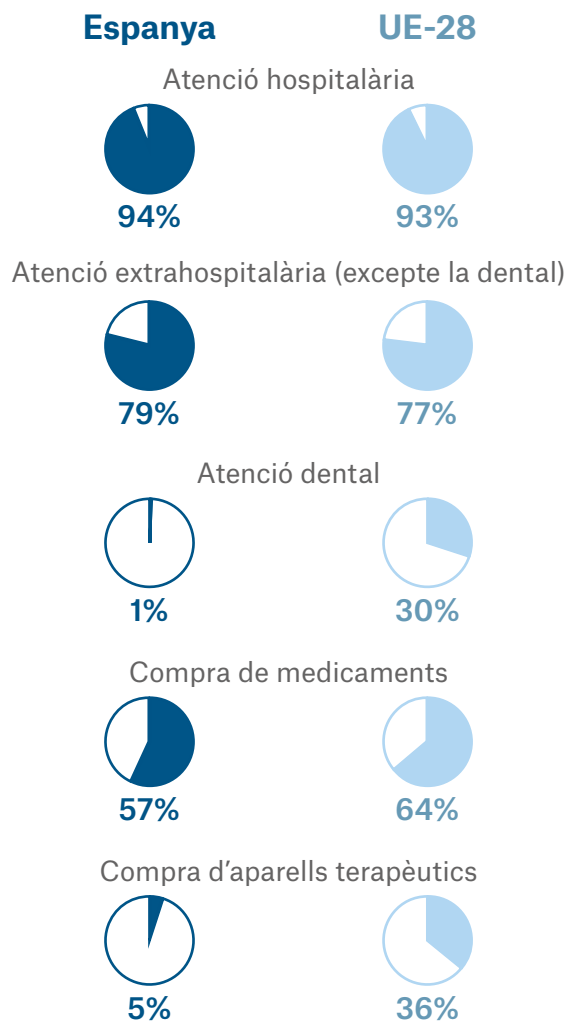
Comparativament, Espanya pertany al grup majoritari de països de la Unió Europea que tenen sistemes sanitaris de cobertura universal o quasi universal. L'extensió de les assegurances mèdiques privades (15% de la població) és més gran que en països com ara Suècia, Lituània o Bulgària, on tenen un paper gairebé inexistent. En el context europeu hi ha països en què més de la meitat de la població té cobertura privada complementària o suplementària de la pública (França, Països Baixos, Eslovènia, Bèlgica i Croàcia). En el cas de França, pràcticament tots els ciutadans tenen una assegurança mèdica privada que cobreix els copagaments del sistema públic.

L'abast de la cobertura proporcionada depèn del percentatge de població coberta (amplitud de la cobertura), però també del tipus de serveis i prestacions inclosos (intensitat de la cobertura) i de la proporció de costos coberta (dimensions de la cobertura). L'OCDE compara la cobertura global per a cinc funcions centrals, delimitades segons les definicions del Sistema de Comptes de Salut: 1) atenció hospitalària, 2) atenció extrahospitalària (excepte la dental), 3) atenció dental, 4) compra de medicaments, i 5) compra d'aparells terapèutics (audiòfons, ulleres, etc.). Per a això, examina el percentatge de la despesa total de cada funció que és finançat públicament.

Espanya se situa entorn de la mitjana en atenció sanitària hospitalària i extrahospitalària, però per sota en la compra de medicaments. Així mateix, el pes del finançament públic en l'atenció dental i l'adquisició d'aparells terapèutics és residual i es troba molt lluny de la mitjana europea.

Gràfic 34. Cobertura sanitària de determinats béns i serveis, 2016

Despesa pública i d'assegurances obligatòries de salut en proporció a la despesa total per tipus de servei



Font:
OCDE/EU (2018).

Una altra mena d'indicadors que permeten interpretar la cobertura que ofereix el sistema públic de salut són, respectivament, la dotació de personal sanitari i la prevenció de malalties a través dels programes de vacunació. Els darrers anys hi ha hagut un augment progressiu del personal sanitari, tot i que molt moderat, sobretot en el període de la crisi. En els programes de vacunació més generalitzats el resultat és dispar, sense canvis ressenyables en la primovacunació, però amb una davallada important des del començament de la crisi en la cobertura de la vacunació contra la grip dels majors de 64 anys.

Gràfic 35. Cobertura de personal sanitari i de vacunació

	2006	2009	2014	2016
Personal mèdic en atenció especialitzada per cada mil habitants	1,64	1,81	1,81	1,90
Personal mèdic en atenció primària per cada mil persones assignades	0,73	0,74	0,76	0,77
Cobertura (%) de persones més grans de 64 anys vacunades contra la grip	67,6%	65,7%	56,2%	55,5%
Cobertura (%) de vacunació contra el xarampió, la rubèola, la parotiditis (primovacunació)	96,9%	97,4%	96,1%	96,7%
Cobertura (%) de vacunació contra la poliomielitis (primovacunació 0-1 anys)	97,6%	95,9%	96,6%	97,2%

Font:
Indicadors clau de l'SNS (MSSSI).

L'eficàcia del sistema públic de salut

Un resultat comú de les anàlisis comparades dels sistemes de salut ha estat, tradicionalment, una millor posició d'Espanya en els indicadors d'eficàcia que no en els de despesa. Un dels possibles indicadors que podem fer servir per mesurar aquests resultats és la mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable (MIPSE). Sovint se n'ha fet ús per analitzar la qualitat i els resultats dels sistemes sanitaris.

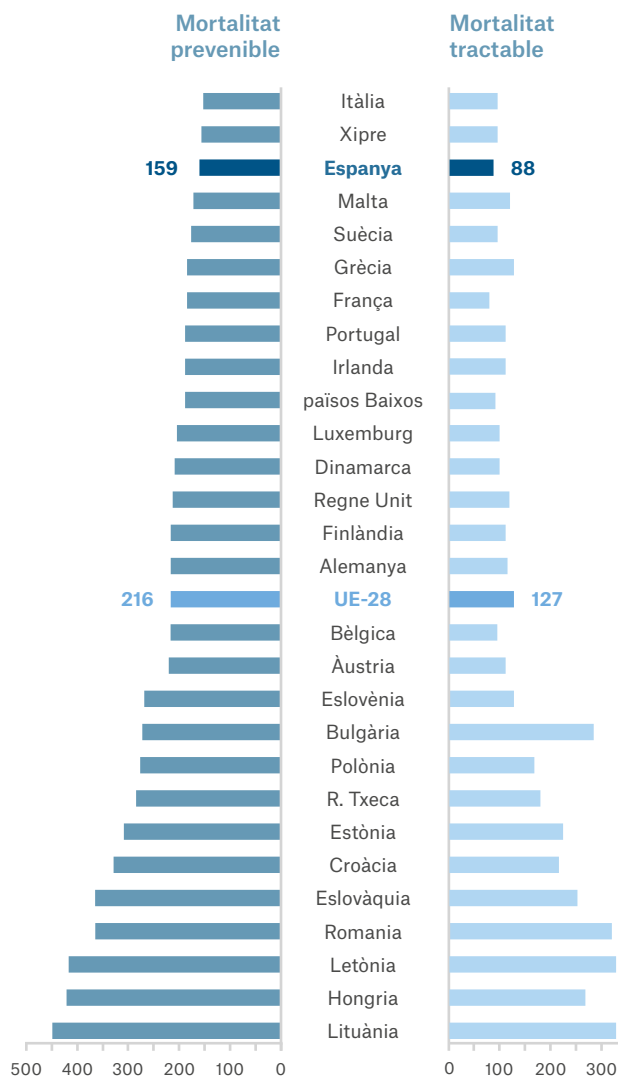
Aquest indicador permet distingir entre la mortalitat tractable i la mortalitat prevenible. Una mort és tractable si, a la llum dels coneixements mèdics i de la tecnologia actuals, la totalitat o la majoria de les morts per aquesta causa –tenint en compte els límits d'edat, si s'escau– es podrien evitar gràcies a una assistència sanitària de qualitat. Una mort és prevenible si, a la llum dels coneixements actuals dels determinants de la salut, la totalitat o la majoria de les morts per aquesta causa –tenint en compte els límits d'edat, si s'escau– es podrien evitar mitjançant intervencions de salut pública en el sentit més ampli. Mentre que el primer d'aquests indicadors fa referència a mancances atribuïbles al sistema sanitari, el segon té relació amb la capacitat de les polítiques sanitàries.

Com mostren alguns estudis, a Espanya tradicionalment es registraven més morts tractables que les classificades com a prevenibles (Oliva et al., 2016). No obstant això, les diferències han anat minvant en el temps, bàsicament a causa d'una baixada més acusada de les primeres, dins una línia general de reducció de totes dues causes. La crisi, però, va representar un fre a aquesta tendència, i fins i tot es va registrar algun augment de la mortalitat prevenible durant aquests anys.

Quan comparem les dades d'Espanya amb les d'altres països europeus, destaca la bona posició que ocupa en la classificació, amb resultats sensiblement millors que els dels països amb una despesa relativa en sanitat més gran. Com assenyala l'OCDE (2017), aquest bon resultat s'explica en gran manera per les baixes –i decreixents– taxes de mortalitat per cardiopaties isquèmiques i accidents cerebrovasculars.

Gràfic 36. Mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable, 2015

Taxes estandarditzades per 100.000 habitants



Font:
OECD Health Statistics 2018.

Grau de satisfacció dels usuaris del sistema de salut

Un dels pilars de qualsevol sistema sanitari és la percepció que tenen els ciutadans de la qualitat dels serveis sanitaris que reben del sistema públic. Generalment, la valoració que rep el sistema és alta per comparació a altres despeses públiques. Els baròmetres fiscals, de fet, com ara el de l'Institut d'Estudis Fiscals, solen identificar la despesa sanitària com una de les poques per les quals els ciutadans espanyols estarien disposats a pagar més impostos.

Com veiem al gràfic 37, les dades que resumeixen la satisfacció general amb el sistema sanitari en l'última dècada són força estables, cosa que sembla indicar, llevat d'una lleu reducció en els moments més greus de la crisi, que la profunda deterioració econòmica registrada durant aquest període no va erosionar decisivament la valoració pública sobre el sistema. No obstant això, quan desagreguem aquesta valoració diferenciant les diverses àrees, la percepció que tenen els ciutadans sobre la qualitat dels serveis prestats mostra una insatisfacció creixent. En el cas de l'atenció primària, el percentatge d'enquestats que creuen que aquest tipus de serveis van empitjorar va augmentar més de vint punts durant la crisi. I aquesta xifra va augmentar en quasi trenta punts a la resta d'àrees. En totes les àrees, la percepció sobre l'empitjorament del sistema és considerablement més alta que la que hi havia abans de la crisi.

Gràfic 37. Percepció sobre el sistema sanitari
Satisfacció general amb el sistema sanitari públic (d'1 a 10, 1: molt insatisfet; 10: molt satisfet)



Percepció sobre el sistema sanitari

Percentatge d'enquestats que creuen que...

	2006	2009	2012	2014	2016
...l'atenció primària ha empitjorat	5,2%	8,3%	19,8%	29,7%	21,2%
...les consultes d'atenció especialitzada han empitjorat	6,5%	9,7%	22,1%	37,3%	28,7%
...l'hospitalització ha empitjorat	5,3%	8,9%	21,1%	35,6%	27,3%
...les urgències han empitjorat			28,3%	43,1%	35,2%

Font:

Baròmetre Sanitari (Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social).

L'AVALUACIÓ DEL GRAU DE PROTECCIÓ FINANCERA: LA DESPESA SANITÀRIA CATASTRÒFICA

El grau de protecció financera en salut s'ha mesurat mitjançant els indicadors de «despesa catastròfica» (quan la despesa sanitària de la llar absorbeix més del 10% del seu pressupost) i els de «despesa empobridora» (la que deixa la família amb recursos insuficients per cobrir les seves necessitats bàsiques).

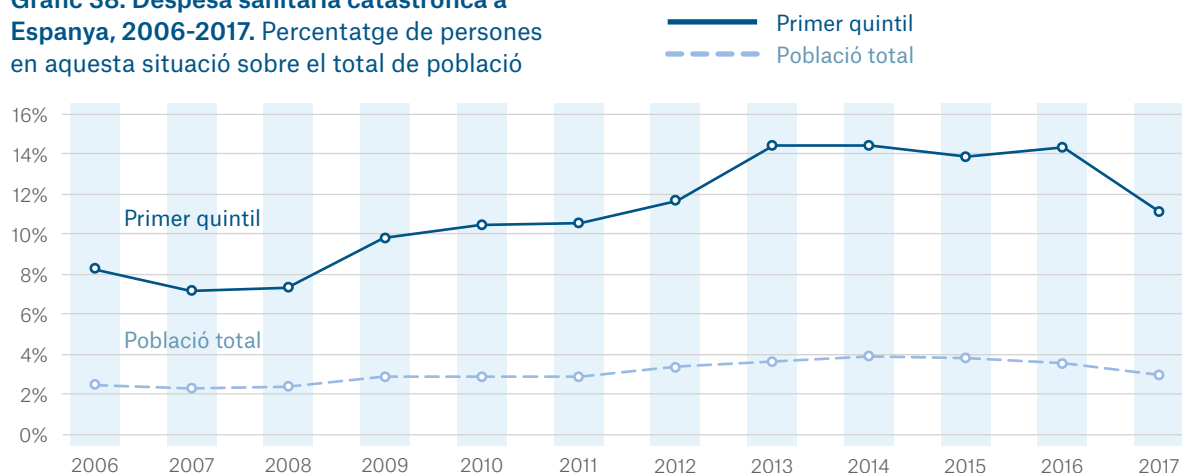
Recentment, l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut ha desenvolupat una metodologia aplicable a les dades de les enquestes de pressupostos familiars d'Espanya. La capacitat de pagament de cada llar es calcula restant dels seus recursos una quantitat estàndard per cobrir el cost de l'alimentació, l'habitatge, l'energia i l'aigua (uns 450 euros mensuals el 2017, per a una llar uniper-

sonal). Es considera que la llar incorre en una despesa sanitària catastròfica quan els pagaments superen el 40% d'aquesta capacitat.

Amb aquesta definició, la incidència de la despesa catastròfica al nostre país va augmentar entre el 2006 i el 2016, amb dos moments clars d'impacte associats a l'inici de la crisi econòmica i a la reforma del copagament (2013). L'augment va ser especialment notable entre les famílies amb menys nivell socioeconòmic.

A les llars amb capacitat de pagament negativa (amb recursos que no cobreixen ni tan sols el cost de les necessitats bàsiques), qualsevol pagament en salut resulta, per definició, catastròfic.

Gràfic 38. Despesa sanitària catastròfica a Espanya, 2006-2017. Percentatge de persones en aquesta situació sobre el total de població



Font: Elaboració pròpia amb dades de les enquestes de pressupostos familiars (EPF).

CONCLUSIONS

1 Bon estat de salut de la població

Un dels objectius més importants de la cobertura de les necessitats socials a qualsevol país és la millora de l'estat de salut de la població. El conjunt de dades representatives de l'estat de salut de la població espanyola mostra una millora notable en els últims anys. També s'ha reduït el percentatge de persones amb limitacions per al desenvolupament de l'activitat diària a causa de la mala salut i el de malalts crònics diagnosticats d'hipertensió. Augmenten, però, altres malalties com ara la diabetis, la hipercolesterolèmia o els problemes d'ansietat, depressió i altres trastorns mentals.

2 Estils de vida més saludables

Així mateix, hi ha hagut millores en la promoció d'estils de vida saludables. Els darrers anys, el sedentarisme ha minvat notablement, alhora que ha augmentat la proporció de població que segueix una dieta saludable, un factor clau a l'hora de prevenir les malalties cròniques i altres problemes de salut. Ha augmentat, però, la incidència de l'obesitat, i és especialment preocupant la prevalença que té en la infància, a causa de les conseqüències per a la salut, tant a curt com a llarg termini, i dels costos directes i indirectes substancials per al sistema sanitari.

3 Poques barreres d'accés al sistema sanitari

Espanya és el país que presenta el millor accés al sistema de tot Europa, és a dir, on la població té menys problemes per accedir als serveis sanitaris. La cobertura universal fa que pràcticament ningú hagi de renunciar a anar al metge per diners, distància o perquè no li donen cita. Aquesta cobertura no implica, però, garantia d'accés efectiu al paquet de serveis necessari per preservar la salut. En algunes àrees, com en el cas de les visites al dentista o la compra de medicaments, els problemes d'accés són una mica més elevats que la mitjana europea, sobretot per motius econòmics. Les famílies d'ingressos baixos incorren de vegades en costos sanitaris excessius en relació amb la seva capacitat de pagament. Aquests problemes es van multiplicar per dos durant la crisi, a causa de l'impacte combinat de la caiguda de rendes i la reforma del copagament farmacèutic. Altres vegades les barreres d'accés són degudes a les llistes d'espera, un problema que també es va agreujar durant el període de crisi.

4 L'augment de l'atenció a la dependència

La posada en marxa del sistema públic d'atenció a la dependència ha millorat la cobertura de la necessitat social d'atenció de llarga durada. No obstant això, hi ha encara una demanda no atesa de cura i una professionalització insuficient de l'atenció prestada. Un dels problemes del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència ha estat l'elevada demora per rebre les prestacions. En tot cas, encara que el percentatge de persones grans dependents ha minvat lleument els últims anys, l'envelliment demogràfic exigeix, inevitablement, augmentar tant la cobertura com la intensitat de l'atenció prestada.

5 Millor respecte a Europa

En general, la satisfacció d'alguns dels reptes que afecten les diverses necessitats socials lligades a la salut és més gran a Espanya que no pas al conjunt d'Europa. Els indicadors objectius, com ara l'esperança de vida, la mortalitat o la morbiditat, però també la mateixa percepció dels ciutadans, reflecteixen un millor estat de salut que a la majoria de països europeus. Comparativament, també hi ha menys persones més grans de 65 anys que declaren patir limitacions greus en la vida diària a causa de problemes de salut, a banda que hi apreciem una millora durant l'última dècada.

6 Pitjor respecte a Europa

La situació no és tan favorable en els hàbits de vida saludables, amb una posició intermèdia en el context europeu. La dieta espanyola és més sana, però també és més alt el consum de drogues il·legals, com la cocaïna o el cànnabis. En canvi, no hi ha gaires diferències respecte a altres països d'Europa en el percentatge de persones que fumen diàriament ni en el consum d'alcohol, però sí, negativament, a l'hora de fer activitats físiques beneficioses per a la salut, en la incidència de l'obesitat i en el consum de drogues il·legals entre els joves.

7 Tendències en la despesa sanitària

Els nivells de despesa sanitària els darrers anys han estat compromesos per la tensió entre el caràcter universal del sistema, la demanda creixent d'atenció sanitària i les restriccions pressupostàries que afecten el conjunt de les polítiques de despesa pública. El volum de despesa per habitant va augmentar fins a la crisi, quan aquesta tendència es va estroncar. Amb la recuperació econòmica ha tornat a créixer, tot i que a un ritme més baix que en l'etapa expansiva anterior. Malgrat la tendència d'augment a llarg termini, Espanya continua ocupant un lloc intermedi entre els països europeus, tant en despesa per habitant com en relació amb el PIB.

8 La factura farmacèutica i el copagament

Una part important de la despesa sanitària a Espanya prové de la factura farmacèutica, que, tradicionalment, ha tingut un pes elevat i superior a la mitjana europea dins la despesa pública sanitària total. Fins no fa gaire, la part d'aquesta factura assumida pels pacients era relativament petita, a causa en part de l'exempció dels pensionistes, que concentren una proporció elevada i creixent del consum de medicaments. La introducció del copagament, però, va incrementar el percentatge del cost cobert pels usuaris, sobretot en el cas dels pensionistes. Aquest canvi ha representat un augment de la despesa farmacèutica mitjana per llar, ja que els medicaments absorbeixen una part més gran de la renda familiar a les llars que se situen en els estrats mitjans i baixos de renda.

9 Eficàcia en la despesa sanitària

Malgrat la menor dotació pressupostària del sistema sanitari públic, Espanya apareix en les classificacions europees com un dels països on aquesta despesa és més eficaç. Els indicadors de mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable, tot i que van frenar la millora durant la crisi, són molt inferiors als d'altres països amb una despesa sanitària més elevada. Aquesta eficàcia més gran, però, com també la tendència de millora, no sembla que siguin percebudes per la població, que creu que els serveis sanitaris han empitjorat a la majoria d'àrees principals.

BIBLIOGRAFIA

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.

OECD (2017): Health at a Glance, París: OECD.

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

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

THOMSON, S., T. EVETOVITS, J. CYLUS i M. JAKAB (2016): «Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe», Public Health Panorama, 2(3).

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

WATERHOUSE, J.A.H., C.S. MUIR, P. CORREA i J. POWELL (eds.) (1976): Cancer incidence in five continents, IARC Scientific Publications, vol. III, núm. 15, Lió: IAR.

