

Fomento de la cohesión social y la convergencia

La COVID-19: ¿punto de inflexión para una convergencia al alza en materia salud y asistencia sanitaria en la UE?



Cuando se cite el presente documento normativo se ruega utilizar el siguiente texto:
Eurofound (2021), *COVID-19: ¿punto de inflexión para una convergencia al alza en materia de salud y asistencia sanitaria en la UE?* Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Autores: Anamaria Maftei, Jens Carstens y Massimiliano Mascherini

Director de investigación: Massimiliano Mascherini

Proyecto de investigación: Seguimiento de la convergencia de las condiciones de vida (191003)

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea

El presente resumen de políticas y el material relacionado están disponibles en línea en el siguiente enlace: <http://eurofound.link/ef20026>

© Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2021

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Para cualquier uso o reproducción de fotografías u otro material que no esté sometido a derechos de autor de Eurofound, debe solicitarse autorización directamente a las personas titulares de los derechos de autor.

Imagen de portada: © SHOTPRIME STUDIO/Adobe Stock Photos

Otras imágenes: p. 1 © Светлана Лазаренко/Adobe Stock Photos; p. 2 © Monkey Business/Adobe Stock Photos; p. 5 © GDM photo and video/Adobe Stock Photos; p. 23 © Valerii/Adobe Stock Photos; p. 25 © Thomas Bethge/Shutterstock

Cualquier consulta relacionada con los derechos de autor deberá dirigirse por escrito a la siguiente dirección: copyright@eurofound.europa.eu

Las investigaciones realizadas antes de que el Reino Unido abandonase la Unión Europea el 31 de enero de 2020 y publicadas posteriormente pueden incluir datos relativos a los 28 Estados miembros de la UE. Con posterioridad a esta fecha, las investigaciones solo tienen en cuenta a los 27 Estados miembros de la UE (EU-28 menos el Reino Unido), a menos que se especifique lo contrario.

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) es una agencia tripartita de la Unión Europea creada en 1975. Su función es aportar conocimientos en el ámbito de las políticas sociales, laborales y de empleo, de conformidad con el Reglamento (UE) 2019/127.

Versión impresa: ISBN: 978-92-897-2198-1 ISSN: 2599-8137 doi:10.2806/865450 TJ-AR-21-004-ES-C
PDF: ISBN: 978-92-897-2202-5 ISSN: 2599-817X doi:10.2806/062984 TJ-AR-21-004-ES-N

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo

Teléfono: (+353 1) 204 31 00

Correo electrónico: information@eurofound.europa.eu

Sitio web: www.eurofound.europa.eu



Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha acercado la salud de la población al núcleo de la política social de la UE. En Europa, el derecho a la salud está reconocido por la Carta Social Europea. Por otro lado, el Pilar Europeo de Derechos Sociales menciona en su principio 16 «el derecho a un acceso oportuno a asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad». No obstante, la UE ha desempeñado un papel secundario a la hora de garantizar la cobertura de los europeos en materia de necesidades sanitarias.

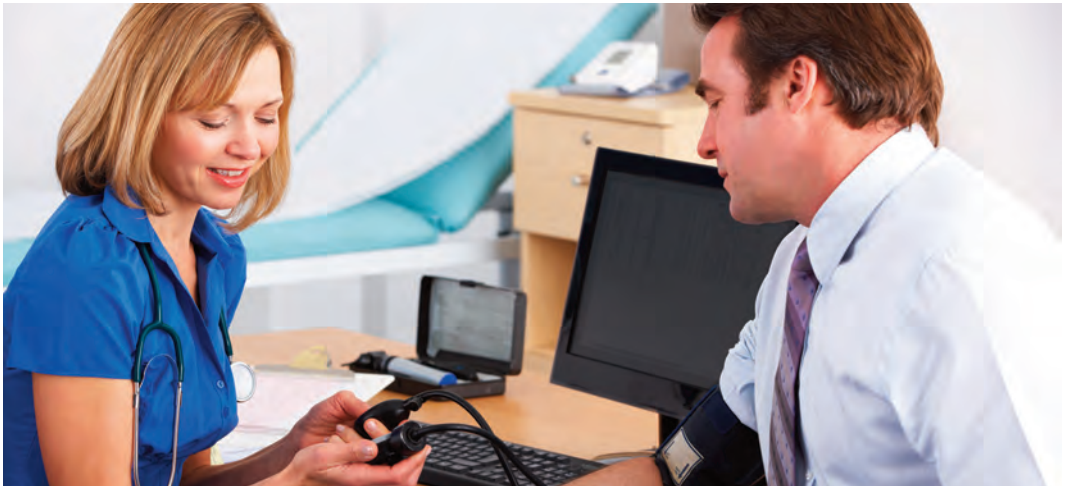
La responsabilidad primordial por lo que a la organización y la prestación de los servicios sanitarios y atención médica se refiere, recae en los Estados miembros. Por este motivo, hay grandes variaciones en el alcance y la estructura de los sistemas sanitarios de los distintos países. Las políticas sanitarias de la UE tienen por objeto complementar las políticas nacionales e integrar la protección de la salud de los ciudadanos en todas las acciones iniciadas a nivel europeo. Sin embargo, el estallido de la pandemia de la COVID-19 puso de manifiesto la necesidad de una mayor coordinación dentro de la UE cuando surge una crisis sanitaria; también puso de manifiesto la necesidad de contar con sistemas sanitarios más resilientes y de estar mejor preparados para futuras pandemias. La UE pretende hacer frente a estos retos mediante la instauración de una Unión Europea de la Salud.

En este contexto, es importante investigar hasta qué punto los Estados miembros han

avanzado en materia de resultados sanitarios y asistencia sanitaria, así como de gasto y prestación de servicios sanitarios, y si los datos evidencian una equiparación en toda la UE en estos ámbitos, es decir, si se ha producido una convergencia al alza.

El presente resumen de políticas pretende, en primer lugar, evaluar si se ha producido una convergencia al alza en diversas dimensiones de la salud y la asistencia sanitaria en la UE, durante el periodo 2008-2019. Para este periodo, se analizan una serie de indicadores relacionados con los resultados sanitarios, el acceso a la asistencia sanitaria, el gasto público en salud y la prestación de asistencia sanitaria. Estas medidas se seleccionan a partir del Cuadro de Indicadores Sociales, que permite efectuar un seguimiento de la actuación de los Estados miembros en relación con el Pilar Europeo de Derechos Sociales, y de los Indicadores Esenciales Europeos de Salud (ECHI), desarrollados para crear un sistema sostenible de vigilancia de la salud que sirva de soporte a la estrategia sanitaria de la UE.

El análisis de la convergencia al alza pasa a centrarse a continuación en las repercusiones sanitarias del brote de la COVID-19 y en las medidas paliativas adoptadas a nivel nacional y de la UE. El ritmo y las disparidades de las campañas de vacunación en los Estados miembros de la UE se comparan con las de Estados Unidos y los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).



Contexto político

Hasta 2019, a la UE se la consideraba un motor de convergencia en muchos ámbitos socioeconómicos, pero no en el ámbito sanitario. La pandemia de la COVID-19 cambió las reglas del juego radicalmente: la Comisión Europea ha emprendido iniciativas sin precedentes destinadas a reforzar el papel de la UE en la protección de la salud de sus ciudadanos y a mejorar la resiliencia de los sistemas sanitarios europeos. El 16 de septiembre de 2020, en su discurso sobre el estado de la Unión, la Presidenta de la Comisión, Ursula von der Leyen, anunció la intención de la Comisión de «construir una Unión Europea de la Salud más fuerte».

Tomando como base las primeras lecciones extraídas de la pandemia de la COVID-19 (necesidad de coordinación en la UE, evaluaciones de riesgo comunes y puesta en común de datos), la Comisión presentó una serie de propuestas para reforzar el marco sanitario europeo de cara a la crisis sanitaria actual y las venideras. La primera propuesta pretende actualizar los reglamentos sobre amenazas transfronterizas graves para la salud mediante la elaboración de un plan de preparación de la UE, el refuerzo de la vigilancia y la mejora en la comunicación de datos relativos a los indicadores de los sistemas sanitarios nacionales.

La segunda iniciativa pretende reforzar las agencias europeas competentes en materia de salud. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) se dotarán de mayores competencias mediante la creación, por ejemplo, de un Grupo Operativo de Salud de la UE. También está previsto crear una nueva agencia de la UE para la preparación biomédica, la Autoridad de Preparación y Respuesta frente a Emergencias Sanitarias (HERA).

Estas iniciativas se financiarán a través del programa UEproSalud para 2021-2027, que canalizará las inversiones hacia los Estados miembros, las organizaciones sanitarias y las organizaciones no gubernamentales (ONG). Con un presupuesto de 5.300 millones de euros, EU4proSalud es el cuarto y mayor de los programas de acción de la UE en el ámbito de la salud desde su creación en 2003.

La creación de una Unión Europea de la Salud reforzará la respuesta política de la UE en un ámbito en el que tradicionalmente tenía competencias limitadas. De acuerdo con el Eurobarómetro Flash 494 de 2021, casi tres cuartas partes de los encuestados están de acuerdo en que la UE debería dotarse de más competencias para hacer frente a crisis como la de la pandemia de la COVID-19, y una cuarta parte piensa que la UE debería otorgar prioridad al desarrollo de una política sanitaria europea.

La actual crisis sanitaria constituye una oportunidad histórica para que los dirigentes de la UE se replanteen el papel de la sanidad pública dentro de la Unión Europea, lo que llevaría a una cooperación más estrecha entre la UE y sus Estados miembros. A pesar de los fallos de coordinación al inicio de la crisis, que llevaron a actuar con retraso, la UE consiguió adaptarse en un ámbito que había sido responsabilidad nacional de los Estados miembros. Mediante una acción centralizada, proporcionó apoyo de emergencia para el suministro de medicamentos, vacunas y equipos de protección a todos los Estados miembros. Dio prueba de su solidaridad frente a sus socios internacionales: la UE es el principal proveedor mundial de dosis de vacunas y uno de los mayores donantes de la iniciativa mundial de vacunas COVAX. También ha incrementado su papel como actor estratégico clave dentro de la Organización

Mundial de la Salud (OMS). Gracias a estos ingentes esfuerzos, la UE reforzó su posición en la mesa de negociación internacional, con el objetivo de convertirse en una voz con más peso en futuras emergencias sanitarias.

La UE perdió la oportunidad de crear una Comunidad Europea de la Salud en 1952, cuando, ante los representantes de los Estados europeos, Robert Schuman propuso que Europa presentara un frente común contra las enfermedades. Sus palabras son hoy más pertinentes que nunca: «En la lucha contra el sufrimiento, no se debería seguir haciendo distinción entre nacionalidades. Es factible que la puesta en común de los recursos destinados a la prevención de las enfermedades, al alivio de los enfermos o de los desvalidos aumente el bienestar moral y físico de todos nuestros pueblos».

Conclusiones principales

- Entre 2008 y 2019, los resultados sanitarios en la UE presentaron en líneas generales una mejora. Esta tendencia positiva ha ido acompañada de una disminución de las disparidades entre los Estados miembros, en virtud de la cual los países que inicialmente mostraban los peores resultados han registrado un progreso más rápido.
- El producto interior bruto (PIB) de los Estados miembros guarda correlación con la salud de sus ciudadanos, lo que significa que los países más ricos presentan mejores resultados sanitarios. Pero el PIB también jugó un papel importante dentro del proceso en virtud del cual los países con peores resultados convergieron con los que presentaban mejores resultados. El aumento del PIB aceleró el aumento de la esperanza de vida y frenó el incremento de la mortalidad infantil y de las necesidades médicas no cubiertas.
- El gasto público en salud, que depende en gran medida del PIB, creció casi un tercio en la UE durante estos 12 años. Sin embargo, las disparidades en los presupuestos que los Estados miembros destinan a la salud también aumentaron, especialmente durante la Gran Recesión (2008-2013).
- Como nota positiva, los países que presentaban un gasto sanitario relativamente modesto en 2008 (principalmente en Europa central y oriental) aumentaron su gasto sanitario de forma sustancial, lo que les ayudó a mejorar su posición respecto a los que más invierten en la UE. El aumento del PIB per cápita contribuyó a acelerar este proceso. Si bien el aumento de los años de vida disfrutados con buena salud redujo la tasa de crecimiento del gasto sanitario, también lo hizo el aumento de las tasas de desempleo.
- En cuanto a la prestación de servicios sanitarios, el número de médicos y enfermeros en activo registró un crecimiento constante en la UE entre 2008 y 2019, pero la escasez de personal sanitario siguió resultando problemática. Las disparidades entre los Estados miembros en relación con la oferta de personal sanitario aumentaron, en parte debido a la migración de los profesionales sanitarios. Los países con escasez de personal sanitario vieron cómo su situación se deterioraba aún más. La capacidad de camas hospitalarias se redujo de forma continuada durante el periodo 2008-2019, impulsada por los recortes en 24 Estados miembros, mientras que las disparidades entre países registraron un aumento constante.
- La pandemia de la COVID-19 afectó a los países de manera diferente en términos de intensidad y de tiempo, lo que se tradujo en grandes disparidades en los momentos en los que la pandemia alcanzó su cota máxima. La esperanza de vida al nacer se redujo significativamente en 2020 (la mayor caída en la historia de la UE), y el desigual impacto de la crisis sobre los Estados miembros provocó divergencias entre ellos en relación con este indicador.
- Las estrategias de mitigación de la COVID-19 adoptadas por los Estados miembros se basaron en gran medida en intervenciones no farmacéuticas que variaron entre los países en lo relativo a intensidad, rigor, número y marco temporal. A pesar de esta diversidad y de la gravedad de las olas de infección, las disparidades entre los Estados miembros se mantuvieron constantes, lo que indica la necesidad de una posible estrategia de salida coordinada en toda Europa para lograr un progreso más rápido en el control de la pandemia.
- Fue trabajoso el inicio de la distribución de vacunas en la UE, que se quedó rezagada respecto a Estados Unidos y la OCDE. Además, a medida que los programas de vacunación avanzaban, las discrepancias entre los Estados miembros aumentaban, y si en unos países las tasas de vacunación eran elevadas, en otros, una importante capa de la población se mostraba indecisa. Desde mayo hasta mediados de junio de 2021, la UE superó a Estados Unidos y a la OCDE por lo que al número de vacunas diarias administradas por millón de personas se refiere, manteniendo las disparidades en niveles comparables. Durante el verano de 2021, se apreció una tendencia general a la baja en el ritmo de vacunación en la mayoría de los países de la UE.



Análisis de los datos

Análisis de la convergencia al alza en salud y asistencia sanitaria

Medición de la salud y la asistencia sanitaria

El análisis del presente resumen de políticas consta de dos partes. La primera parte examina la convergencia al alza de los resultados en materia de salud y asistencia sanitaria en la UE, entre 2008 y 2019. Las tendencias en la salud de la población se investigan utilizando cuatro indicadores: la esperanza de vida al nacer, la percepción de la propia salud, la mortalidad infantil y las necesidades médicas no cubiertas. El análisis examina a continuación el impacto del PIB en la convergencia de la salud y del gasto sanitario en la UE. También aborda la convergencia en la prestación de asistencia sanitaria utilizando tres indicadores: la dotación de médicos, de enfermeras y de camas de hospital.

La segunda parte se centra en la pandemia de la COVID-19, examinando la divergencia entre los Estados miembros por lo que se refiere a infecciones, tasas de mortalidad y esperanza de vida al nacer desde principios de 2020. A continuación, se analizan las respuestas de la UE y los Estados miembros a la crisis sanitaria por lo que se refiere a intervenciones no farmacéuticas y a la distribución de vacunas. Por último, compara las tendencias y

disparidades de los programas de vacunación entre los países de la UE, Estados Unidos y la OCDE.

Medición de la convergencia al alza

Eurofound define como convergencia al alza de un indicador determinado la mejora de los resultados de los Estados miembros en ese indicador, acercándose a un objetivo político, junto con una reducción de las disparidades entre ellos. La mejora de los indicadores seleccionados se mide a través de la variación de la media a nivel de la UE-27. Se utiliza la media no ponderada para dar a cada país la misma representación e importancia a la hora de determinar la tendencia general.

Los patrones de convergencia o divergencia entre países se miden utilizando la desviación estándar –una medida estadística de dispersión– del indicador. Una disminución de la desviación estándar a lo largo del tiempo indica convergencia (también denominada convergencia sigma). Una medida adicional de convergencia (convergencia beta) refleja si los Estados miembros con niveles de resultados inicialmente bajos se están poniendo al día progresando en sus resultados más rápidamente que los países que presentan los mejores resultados. Cuando las características estructurales del Estado miembro influyen en este proceso de convergencia (acelerándolo o frenándolo), se produce una «convergencia beta condicional».

De la última crisis mundial a la actual

Mejora de los resultados sanitarios y disminución de las disparidades

Esperanza de vida al nacer

Existen varios indicadores que pueden describir el estado de salud de una población, como la esperanza de vida, las tasas de mortalidad y la incidencia de enfermedades mentales y físicas. Entre ellas, la esperanza de vida al nacer ocupa un lugar esencial, ya que mide el número medio de años que una persona puede esperar vivir, basándose en las tasas de mortalidad por edad. Desde el inicio de la Gran Recesión en 2008 hasta 2019, la vida de los ciudadanos de la UE se alargó un promedio de casi dos años y medio (de 78 años en 2008 a unos 80,5 en 2019). Las disparidades entre los Estados miembros también se redujeron en este periodo, como muestra el gráfico 1.a. Además, los países que inicialmente presentaban la menor esperanza

de vida al nacer (como los países bálticos) son los que más progresaron (gráfico 1.b).

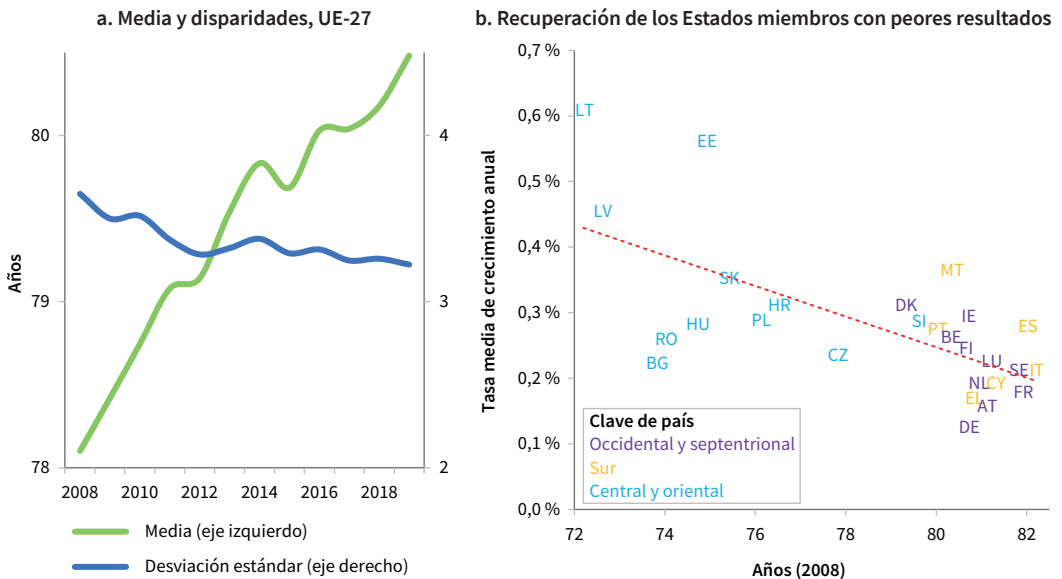
Este proceso de convergencia tiene una dimensión geográfica: Los Estados miembros de Europa central y oriental (excepto Eslovenia) estaban todos por debajo de la media de la UE en 2008 y, por lo general, registraron mayores avances en la esperanza de vida en comparación con el resto de países de la UE.

Percepción de la propia salud

Junto a la medida objetiva de la esperanza de vida, una evaluación subjetiva de la salud puede complementar la visión de la convergencia en los resultados sanitarios. Para esto, es útil observar el estado de salud declarado por la población de la UE.

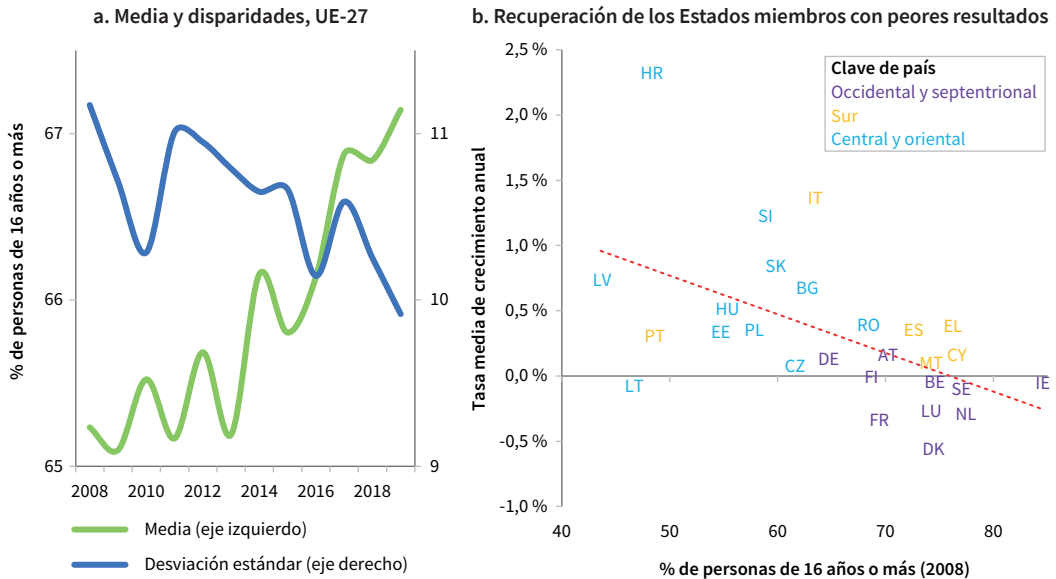
En consonancia con la esperanza de vida, la proporción de europeos que perciben su salud como buena o muy buena aumentó a lo largo de la década, del 65% en 2008 al 67% en 2019, mientras que las disparidades entre países disminuyeron (gráfico 2.a). En cuanto a la

Gráfico 1: Convergencia de la esperanza de vida al nacer, 2008-2019



Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

Gráfico 2: Convergencia en la percepción de la propia salud, 2008-2019



Nota: Porcentaje de personas de 16 años o más que declaran que su salud es buena o muy buena. En los casos en que faltan datos (HR: 2008 y 2009), se supone que los valores no varían en el siguiente ejercicio.

Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

dinámica de los países, una vez más, fue menor el número de personas de Europa central y oriental que evaluaron su salud como buena en 2008, en comparación con la media de la UE (gráfico 2.b). Pero, a lo largo de estos 12 años, los mayores repentes de la percepción de la propia salud se produjeron en estos países (excepto en Lituania, donde el porcentaje disminuyó), lo que hizo subir la media de la UE. En el extremo opuesto, los habitantes de la mayoría de los Estados miembros de Europa occidental y septentrional, aunque eran positivos sobre su estado de salud en 2008, lo eran menos en 2019.

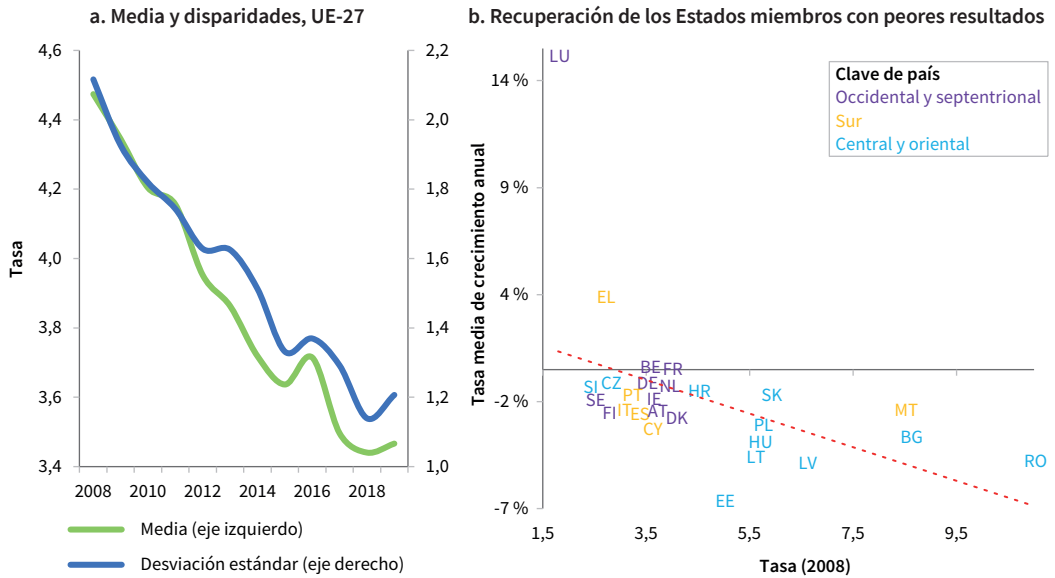
Mortalidad infantil

Otro indicador importante de la salud general de una sociedad es la tasa de mortalidad infantil, que mide el número de muertes de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

La tasa media de mortalidad infantil dentro de la UE se redujo significativamente, del 4,5% en 2008 al 3,5% en 2019, a la vez que también disminuyeron las disparidades entre los Estados miembros (gráfico 3.a).

Casi todos los países de la UE avanzaron notablemente en la reducción del número de muertes por nacidos vivos, con la excepción de Luxemburgo y Grecia, donde la tasa aumentó en 3 y 1 puntos porcentuales, respectivamente. Las reducciones de las tasas de mortalidad infantil fueron especialmente importantes en Europa central y oriental (gráfico 3.b). Aunque en muchos las tasas eran superiores a la media de la UE en 2008, estos Estados miembros lograron las mayores reducciones, lo que significó que convergieron en relación con los que presentaban mejores resultados.

Gráfico 3: Convergencia de la tasa de mortalidad infantil, 2008-2019



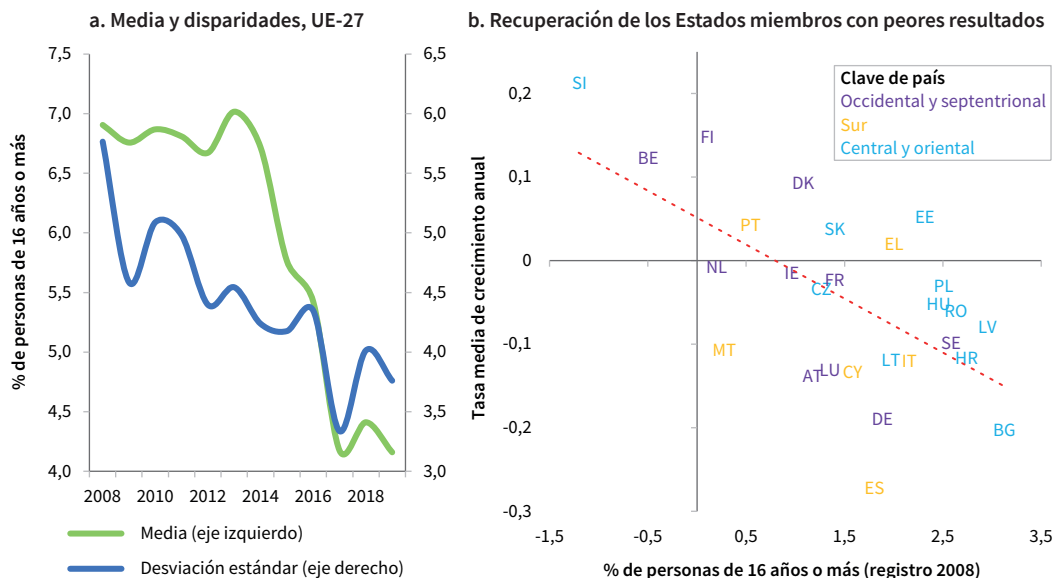
Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

Necesidades de atención médica no cubiertas

La salud de una población se ve afectada por el grado de accesibilidad, disponibilidad y satisfacción en relación a los servicios sanitarios. Desde esta perspectiva, es interesante observar la proporción de la población que declara no haber podido recibir tratamiento médico cuando lo necesitaba. Este indicador recoge las necesidades no satisfechas de reconocimiento médico y atención sanitaria, por cualquier motivo – desde los elevados costes y la distancia del viaje hasta no conocer a un buen especialista o el temor a los hospitales– en los 12 meses anteriores a la encuesta.

Alcanzando un pico en 2013, las necesidades médicas no cubiertas disminuyeron en general en la UE, en casi un 40%, pasando del 6,9% en 2008 al 4,2% en 2019. A ello se sumó la reducción de las disparidades entre los Estados miembros (gráfico 4.a). Sin embargo, el porcentaje de ciudadanos de la UE que declaran necesidades de atención médica no cubiertas aumentó considerablemente en ocho países a lo largo del periodo, tres de los cuales tenían la menor prevalencia de necesidades médicas no cubiertas en 2008: Eslovenia, Bélgica y Finlandia (gráfico 4.b). Por otro lado, los países rezagados en 2008 lograron avances impresionantes, especialmente Bulgaria, donde la cuota pasó del 22,4% al 2,4% en 2019. Estos avances permitieron a los países rezagados recuperar posiciones respecto a los que ocupaban los primeros puestos, lo que condujo a la convergencia en la UE.

Gráfico 4: Convergencia en las necesidades no cubiertas de reconocimiento médico y atención sanitaria, 2008-2019



Nota: En los casos en que faltan datos (HR: 2008 y 2009), se supone que los valores no varían en el siguiente ejercicio.

Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

La riqueza nacional está vinculada a la mejora de la salud y la convergencia

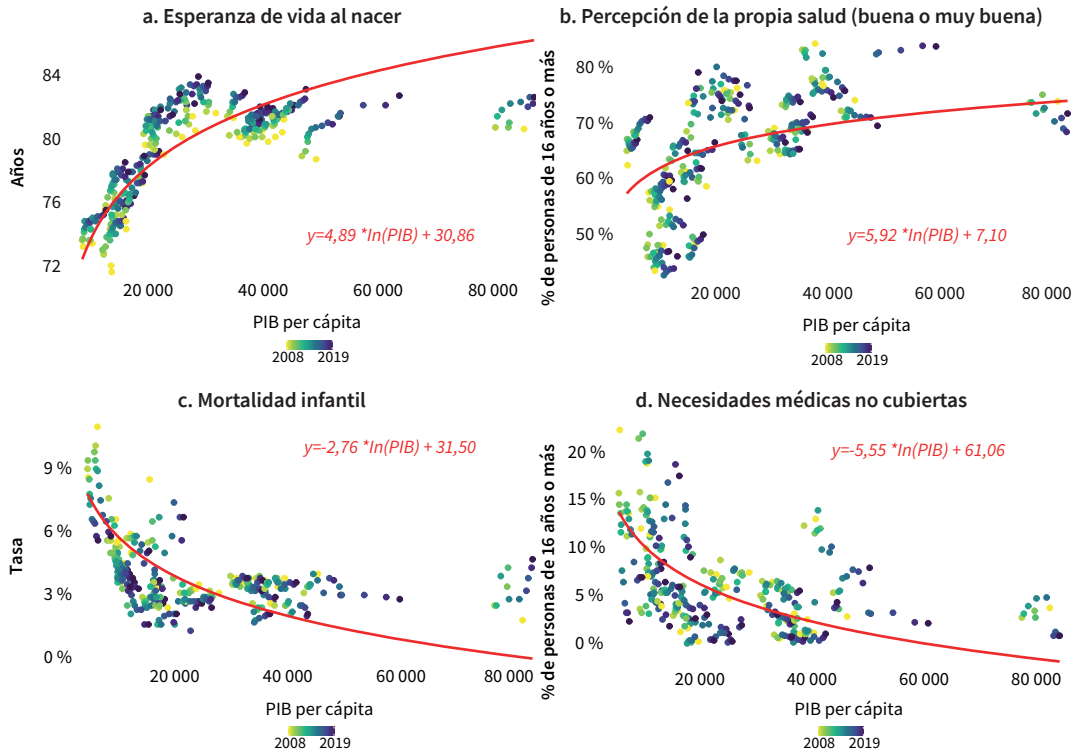
El período 2008-2019 estuvo marcado por una evolución económica ambivalente que afectó a los Estados miembros de forma desigual: una recesión de dos fases de 2008 a 2013 para la mayoría de los países, seguida de una recuperación económica. ¿Guarda relación el comportamiento económico de un país relacionado con la salud de sus ciudadanos?

Múltiples estudios muestran una fuerte relación entre el PIB y la esperanza de vida. Por ejemplo, la curva de Preston indica que los individuos nacidos en países más ricos pueden esperar vivir más tiempo que los nacidos en países más pobres. En la misma línea, existe una relación significativa entre el PIB per cápita y los indicadores de salud analizados anteriormente. El gráfico 5 representa estos indicadores anuales para cada Estado miembro durante el periodo 2008-2019 (en el eje vertical) frente al PIB de los países en el año respectivo (en el eje horizontal). La tendencia creciente de los puntos en los gráficos 5.a y 5.b,

y la tendencia decreciente en los gráficos 5.c y 5.d, muestran que los resultados sanitarios son mucho mejores en los países con PIB más alto. Más en concreto, las líneas de regresión revelan que, si un país es dos veces más rico que otro, los individuos tienen una mayor esperanza de vida al nacer (de casi 5 años más), una mayor proporción de personas perciben que su salud es buena o muy buena (en unos 6 puntos porcentuales más), la tasa de mortalidad infantil es menor (2,8 puntos porcentuales menos) y una menor proporción de personas declaran tener necesidades médicas no cubiertas (en 5,6 puntos porcentuales menos).

Pero el PIB no sólo está relacionado con los resultados sanitarios de un país, sino que también influye en la rapidez con la que los países con peores resultados alcanzan a los más avanzados. Para ilustrar esto, hacemos una regresión de las tasas de crecimiento anual de los indicadores de salud con respecto a los valores del año anterior y el PIB del año en curso. En consonancia con los resultados presentados anteriormente, el cuadro 1

Gráfico 5: Impacto del PIB per cápita (en euros) en los indicadores de salud, UE-27, 2008-2019



Nota: Los coeficientes de regresión son estadísticamente significativos al nivel del 0,1% y se calculan con el logaritmo natural del PIB per cápita. El análisis se realizó sobre el conjunto de los 27 Estados miembros a lo largo de 12 años.
Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

confirma que los Estados miembros situados por detrás en los cuatro indicadores de salud en 2008 progresaron mucho más que los que obtuvieron los mejores resultados de la UE (y, a la inversa, que los que iban en cabeza se ralentizaron –primera fila), y que el PIB desempeñó un papel significativo en este proceso de convergencia (segunda fila).

Más en concreto, existe una relación negativa entre el valor de los indicadores de salud en el año anterior y el grado de variación anual al año siguiente; así, un país con un indicador mayor en un 1% tiene una tasa de crecimiento más lenta, en torno al -0,3% para la esperanza de vida al nacer, la percepción de la propia salud y las necesidades médicas no cubiertas, y

Cuadro 1: Determinantes del crecimiento anual de los indicadores de salud, UE-27, 2008-2019

	Esperanza de vida al nacer	Percepción de la propia salud (buena o muy buena)	Mortalidad infantil	Necesidades médicas no cubiertas
Indicador de salud (año t-1)	-0,26***	-0,33***	-0,74***	-0,26***
PIB per cápita	0,01***	0,03	-0,61***	-0,83**

Nota: Los coeficientes de regresión son estadísticamente significativos al nivel del 0,1% (***) y del 1% (**) y se calculan con el logaritmo natural de las variables. El análisis se realizó sobre el conjunto de los 27 Estados miembros a lo largo de 12 años.
Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

el -0,7% para la mortalidad infantil. El PIB influye en la velocidad de estas tasas de crecimiento anual en los siguientes términos: un aumento del 1% del PIB per cápita se traduce en un incremento más rápido de la esperanza de vida al nacer (en un 0,01%) y un aumento más lento en mortalidad infantil (en un -0,6%) y en necesidades médicas no cubiertas (en un -0,8%). Sin embargo, la riqueza de un país no influye en la rapidez con la que aumenta la proporción de personas que perciben su propia salud como buena (lo que indica la ausencia de una relación estadísticamente significativa).

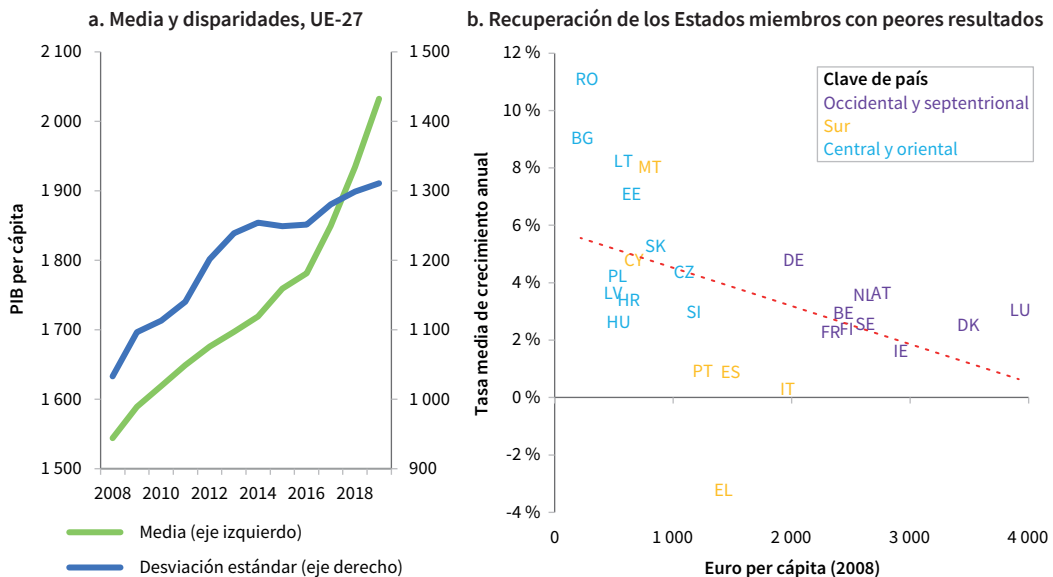
Los que gastan poco en sanidad progresan relativamente más que el resto de la UE

Un gasto elevado en sanidad es un requisito previo para que el sector sanitario funcione correctamente (siempre que no haya fallos en los mercados sanitarios que provoquen una atención sanitaria innecesaria o precios inflados). El gasto en asistencia sanitaria per cápita aumentó casi un tercio en la UE entre 2008 y 2019, pero los Estados miembros difieren cada vez más en cuanto a la cantidad que destinan a la salud (gráfico 6.a). Fue sobre

todo durante la Gran Recesión (2008-2013) cuando aumentaron las disparidades entre países, y el crecimiento del gasto sanitario se desaceleró en comparación con los años anteriores y posteriores.

La razón de esta evolución se debe a la fuerte relación entre el PIB y el gasto público en salud. Los datos de los 27 Estados miembros a lo largo de los 12 años muestran que existe una elevada correlación entre ambos indicadores. Esto significa que los Estados miembros ricos de Europa occidental y septentrional fueron los que más gastaron en asistencia sanitaria y, por el contrario, los países más afectados por la Gran Recesión (en particular los Estados miembros del sur de Europa) fueron los que recortaron su gasto sanitario (gráfico 6.b). Los Estados miembros de Europa central y oriental, aunque tenían un gasto relativamente modesto al inicio del periodo, aumentaron considerablemente su gasto sanitario: Rumanía, Bulgaria, Lituania y Estonia tuvieron tasas de crecimiento anual de al menos el 7%. Esto significa que redujeron la diferencia con los países punteros de la UE (Luxemburgo, Dinamarca e Irlanda), que mantuvieron una tasa de crecimiento relativamente estable, inferior al 3% anual.

Figura 6: Convergencia del gasto público en salud, 2008-2019



Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

Se produjeron grandes variaciones no sólo en el nivel de gasto sanitario entre los Estados miembros, sino también en las tasas de crecimiento anual del gasto. La variación porcentual del gasto sanitario de un año a otro depende de un amplio abanico de factores que afectan a la convergencia en la UE. El cuadro 2 muestra cómo un pequeño aumento de una serie de indicadores demográficos, sociales y económicos (manteniendo el resto constante) influyó directamente en el crecimiento del gasto sanitario (los coeficientes de regresión reflejan las relaciones positivas o negativas y el grado de incidencia).

Se presentan dos especificaciones del modelo. En el modelo 1, la fila 1 confirma que los países con menor gasto en el año anterior convergieron en relación con los que más gastan en la UE a través de una mayor tasa de crecimiento (la relación es negativa). La fila 2 indica que un aumento del 1% del PIB per cápita aceleró el incremento del gasto sanitario en aproximadamente un 0,4%. El hecho de que la población viva más tiempo con buena salud frenó la tasa de crecimiento del gasto público en un -0,27% (fila 3), mientras que el aumento del desempleo provocó una reducción del 0,06% (fila 4).

El modelo 2 incluye dos factores adicionales: el envejecimiento de la población (la proporción de personas mayores en la población total) y el progreso tecnológico (entendido como la proporción de empleo en actividades que requieren un alto nivel de conocimientos).

Estos factores no tuvieron una relación estadísticamente significativa en relación al ritmo de crecimiento del gasto sanitario, lo que indica que no tienen un efecto sobre este.

Divergencia de la prestación de servicios sanitarios entre los Estados miembro

La dotación de personal sanitario y de camas hospitalarias son factores importantes para evaluar la accesibilidad de los servicios sanitarios y la eficacia de su prestación. Sin embargo, estos indicadores deben interpretarse con precaución, ya que los países aplican técnicas de medición diferentes, lo que puede dar lugar a subestimaciones o sobreestimaciones. Además, las densidades medias de un país no ofrecen una imagen completa de los medios disponibles en zonas remotas y escasamente pobladas.

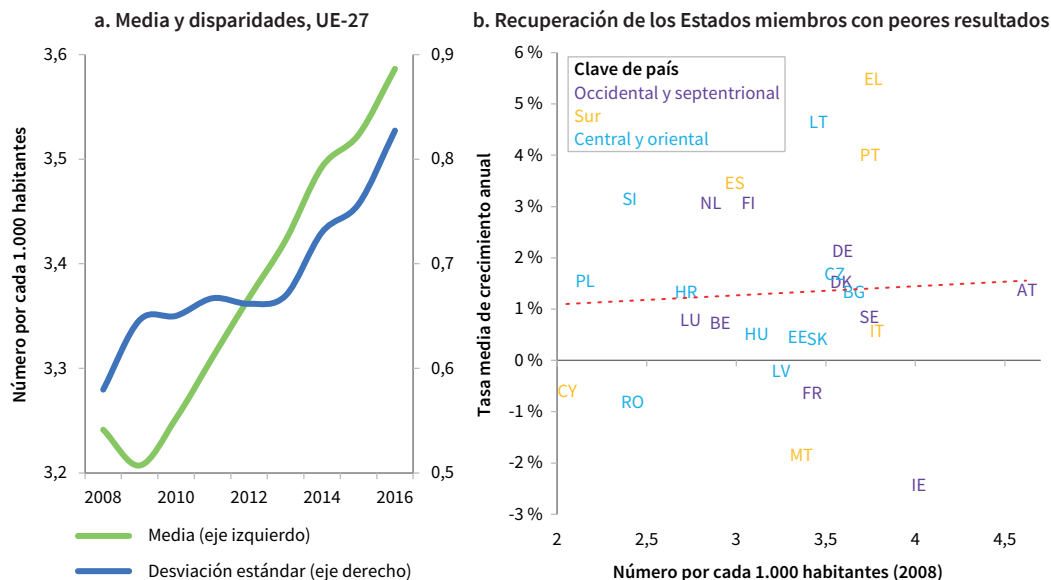
El acceso adecuado a la asistencia sanitaria depende de la disponibilidad de médicos y enfermeras en todo el territorio de un país. La OMS calcula que se necesitan al menos 2,5 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y matronas) por cada 1.000 habitantes para proporcionar una cobertura adecuada en atención primaria (OMS, 2006), un umbral que todos los países de la UE superan como promedio. El número de médicos en ejercicio no parece guardar relación con el PIB de un país, pero existe una relación positiva entre el número de enfermeras y el PIB per cápita.

Cuadro 2: Determinantes del crecimiento anual del gasto sanitario per cápita, UE-27, 2008-2019

	Indicadores	Modelo 1	Modelo 1
1.	Gasto sanitario per cápita (año t-1)	-0,28***	-0,29***
2.	PIB per cápita	0,41***	0,36***
3.	HAños de vida con buena salud	-0,27**	-0,28**
4.	Tasa de desempleo	-0,06***	-0,07***
5.	Población de edad avanzada (% de la población total)		0,06
6.	Actividades de alto nivel de conocimientos (% del empleo total)		0,04

Nota: Los coeficientes de regresión son estadísticamente significativos al nivel del 0,1% (***) y del 1% (**) y se calculan con los logaritmos naturales de las variables. El análisis se realizó sobre el conjunto de los 27 Estados miembros a lo largo de 12 años.

Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

Gráfico 7: Convergencia en la dotación de médicos, 2008-2016

Nota: *En los casos en que faltan datos (BG: 2016, MT: 2016, RO: 2014 y 2015), se supone que los valores no varían en relación con los ejercicios anteriores o posteriores.*

Fuente: *Datos de la OMS y de los países de la OCDE; cálculos realizados por los autores*

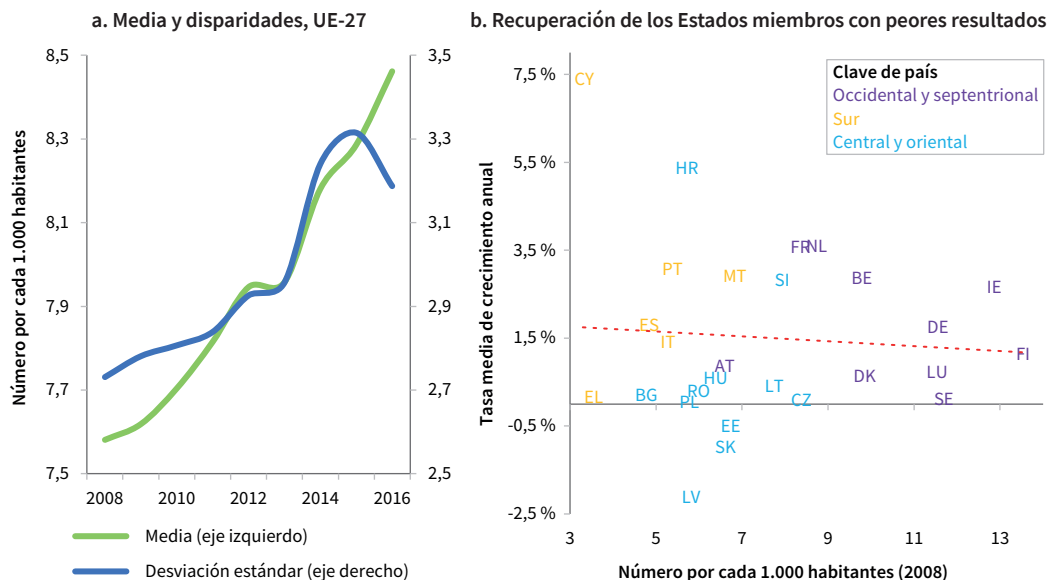
Dotación de médicos

Entre 2008 y 2016 (año de los últimos datos disponibles), el número de médicos (generalistas y especialistas) creció de forma constante en la UE, pero el aumento fue modesto: de 3,2 a casi 3,6 médicos por cada 1.000 habitantes (gráfico 7.a). A nivel de los Estados miembros, los países que lideran el número de efectivos sanitarios, como Grecia, Portugal y Lituania, registraron el mayor crecimiento de personal (más del 4% anual), mientras que Chipre y Rumanía, que tienen el menor número de efectivos sanitarios, vieron cómo su situación se deterioraba aún más (gráfico 7.b). Esta evolución profundizó las disparidades existentes entre los países (sobre todo después de la Gran Recesión) y dificultó la capacidad de los países con menor número de efectivos para ponerse al nivel del resto de la UE. La dinámica por país se explica en parte por la migración de profesionales sanitarios de los países de Europa central y oriental a los demás Estados miembros, lo que ha provocado una escasez de personal sanitario en los primeros (Eurofound, 2013).

Dotación de enfermeras y matronas

Las enfermeras y los auxiliares sanitarios son esenciales para el cuidado diario de los pacientes en hospitales e instituciones de cuidados de larga duración. Superan ampliamente a los médicos en la UE (en 2016, había 8,5 enfermeras y matronas por cada 1.000 habitantes frente a 3,6 médicos), y su número creció un 12% entre 2008 y 2016 (gráfico 8.a). No obstante, existe una escasez de enfermeras a largo plazo que se ve agravada por el envejecimiento de nuestras sociedades (Eurofound, 2014). La creciente demanda de enfermeras ha sido abordada por algunos Estados miembros mediante la contratación en el extranjero (OCDE, 2019). Sin embargo, para los países emisores (especialmente los de Europa central y oriental, donde los salarios son más bajos), este flujo de salida agravó la escasez existente (Eurofound, 2020). Esta evolución se muestra en el gráfico 8.b, que muestra que los países occidentales y septentrionales (que tenían el mayor número de enfermeras y matronas en 2008) registran mayores aumentos de personal en comparación con los Estados miembros de Europa central y oriental, que ya tenían dificultades. Como consecuencia de esto, las disparidades entre los Estados miembros siguieron aumentando.

Gráfico 8: Convergencia en la dotación de enfermeras y matronas, 2008-2016



Nota: En los casos en que faltan datos (BG: 2016, FI: 2015, LU: 2008, MT: 2016, NL: 2009-2013, RO: 2014 y 2015), se supone que los valores no varían respecto a ejercicios anteriores o posteriores, o se imputan como medias de los años más cercanos.

Fuente: Datos de la OMS y de los países de la OCDE; cálculos realizados por los autores

Dotación de camas hospitalarias

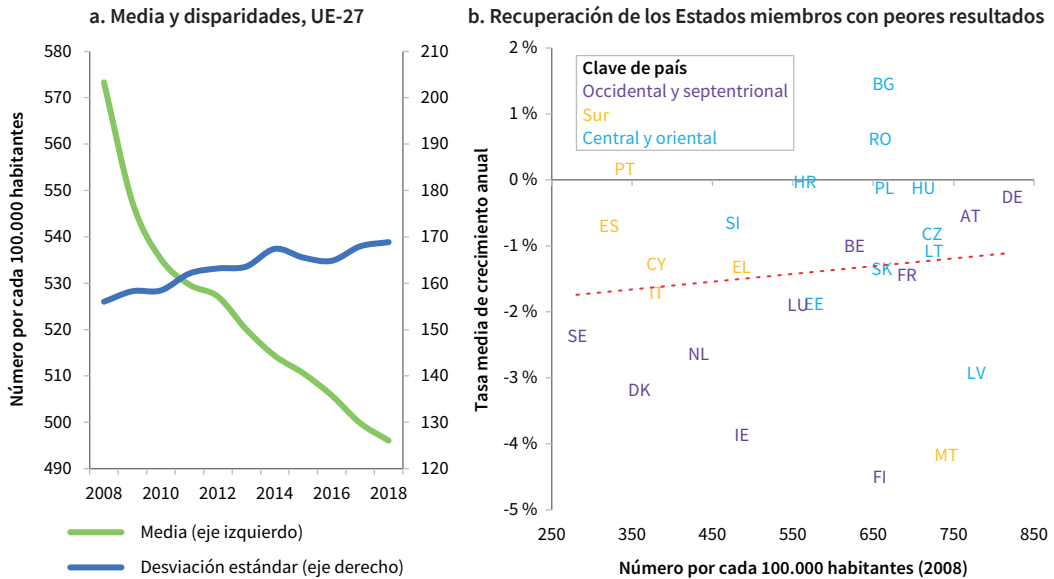
Dada la escasez de personal sanitario y el aumento de los costes de la atención hospitalaria, la dotación de camas hospitalarias desempeña un papel fundamental en la planificación estratégica hospitalaria. Sin embargo, determinar el número óptimo de camas es complejo, ya que un número insuficiente puede provocar la anulación de operaciones quirúrgicas, retrasos en los ingresos de urgencia y altas prematuras, mientras que un número excesivo puede inflar los costes y provocar un estancamiento del capital (Ravaghi et al, 2020). Además, a la hora de evaluar el número adecuado de camas de hospital hay que tener en cuenta las necesidades de los pacientes, los cambios demográficos y tecnológicos, los modelos de atención, las políticas nacionales así como otros factores contextuales.

La UE ha experimentado un descenso continuo de la dotación de camas hospitalarias desde 2008 hasta 2018. El número de camas

disponibles se redujo un 13%, pasando de 573 a 496 por cada 100.000 habitantes, mientras que las disparidades entre países aumentaron de forma constante (gráfico 9.a). La tendencia a la baja, señalada por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud desde 2004, se vio impulsada por los recortes realizados en 24 Estados miembros (gráfico 9.b). Las reducciones fueron especialmente importantes en países con un número de camas ya bajo, como los países del sur y del norte de Europa. En cambio, los países con mayor número de camas registraron recortes insignificantes o incluso aumentos, lo que provocó tendencias divergentes en la UE.

Es importante que el examen de la dotación de camas hospitalarias tenga en cuenta la disponibilidad de recursos humanos y físicos y el acceso a la atención primaria. Por ejemplo, Rumanía fue uno de los pocos países que aumentó el número de camas de hospital, pero también fue uno de los pocos que experimentó un déficit de médicos (debido a la emigración).

Gráfico 9: Convergencia en la dotación de camas hospitalarias, 2008-2018



Nota: En los casos en que faltan datos, los valores se imputan como medias del ejercicio más cercano (DK: 2012) o se suponen invariables con respecto al ejercicio anterior (DE: 2018).

Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

Resumen

En el periodo 2008-2019 se produjo una mejora general del estado de salud de la población de la UE y un aumento del gasto sanitario en todos los Estados miembros, especialmente en los países de Europa central y oriental, que mejoraron su posición respecto al nivel del resto de la UE. Por otro lado, los países del sur de Europa, que se vieron perjudicados por la Gran Recesión, registraron las subidas más modestas en el gasto sanitario; Grecia experimentó incluso un descenso. Las tendencias en la prestación de servicios sanitarios también fueron menos positivas, marcadas por las crecientes divergencias entre los Estados miembros que aumentaron la brecha entre el este y el oeste de la UE.

Repercusión de la COVID-19

La pandemia de la COVID-19 causó, y sigue causando, un inmenso sufrimiento humano, llevando a los sistemas sanitarios de la UE a situaciones límite. La investigación de Eurofound muestra que, entre marzo y julio de 2020, más del 20% de las personas de la UE que necesitaban un examen o tratamiento

médico no lo recibieron, principalmente porque los servicios sanitarios estaban desbordados por la pandemia (Eurofound, 2021a). En cuanto a las medidas políticas, como parte de la construcción de una Unión Europea de la Salud, el nuevo marco de seguridad sanitaria de la UE exigirá a los Estados miembros que realicen informes más exhaustivos sobre los indicadores de sus sistemas sanitarios, como el número de personal con formación médica, la disponibilidad de camas hospitalarias y la capacidad de las unidades de cuidados intensivos.

En esta sección se examina en primer lugar el efecto de la pandemia en la esperanza de vida y se analizan los patrones de convergencia en las infecciones y muertes por COVID-19. A continuación, traslada el análisis a las medidas paliativas adoptadas por la UE y los gobiernos nacionales para contener la propagación del virus, tanto intervenciones no farmacéuticas como la distribución de vacunas. Por último, se compara el avance y la convergencia de los programas de vacunación en los países de la UE, Estados Unidos y la OCDE.

Gran desigualdad en las repercusiones sanitarias en los Estados miembros

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer sufrió un importante descenso en 2020, el mayor de la historia de la UE, con un -0,92%, según los datos disponibles. Esta cifra sólo ha sido superada, a nivel de país, por Portugal en 1961, Alemania en 1991, Lituania en 1993 y Estonia en 1994 (todos ellos por debajo del -2%). Entre 2019 y 2020, la esperanza de vida bajó de 80,48 años (la más alta jamás alcanzada) a 79,74 (gráfico 10.a). Además, las diferencias entre los países de la UE no habían aumentado tan drásticamente desde 1994 (un 6,5%).

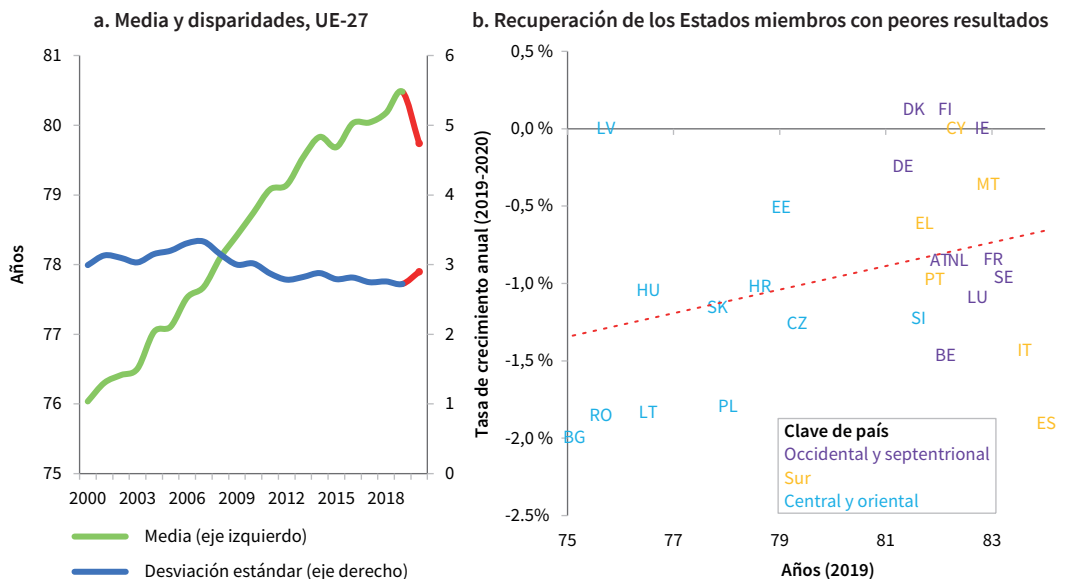
Esta tendencia divergente a la baja fue provocada por el impacto extremadamente desigual de la pandemia entre los Estados miembros (gráfico 10.b): la esperanza de vida aumentó moderadamente en Finlandia y Dinamarca, se mantuvo sin cambios en Chipre y Letonia, y se redujo en los 22 países restantes (no se dispuso de datos para Irlanda). Los mayores descensos se registraron no solo en

los Estados miembros más castigados, con una esperanza de vida tradicionalmente alta (España, Italia y Bélgica), sino sobre todo en los países de Europa central y oriental que ya estaban muy por debajo de la media de la UE en 2019: Bulgaria, Rumanía, Lituania y Polonia.

Infecciones y muertes por COVID-19

La esperanza de vida al nacer se calcula a partir de las tasas de mortalidad actuales, y las cifras de mortalidad e infección por COVID-19 fueron extremadamente altas en la UE. Desde el inicio de 2020 hasta el 11 de agosto de 2021 (fecha de los últimos datos disponibles), se produjeron 35 millones de casos de infección y 747.000 muertes, según los datos diarios comunicados por el Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins, en Estados Unidos. El número de muertos puede ser incluso mayor, dadas las diferentes técnicas de medición aplicadas por los países, la tardía tramitación de los certificados de defunción y la falta de tratamiento de otras enfermedades durante la pandemia. La gran desigualdad del impacto que tuvo la crisis de la COVID-19 tanto en las

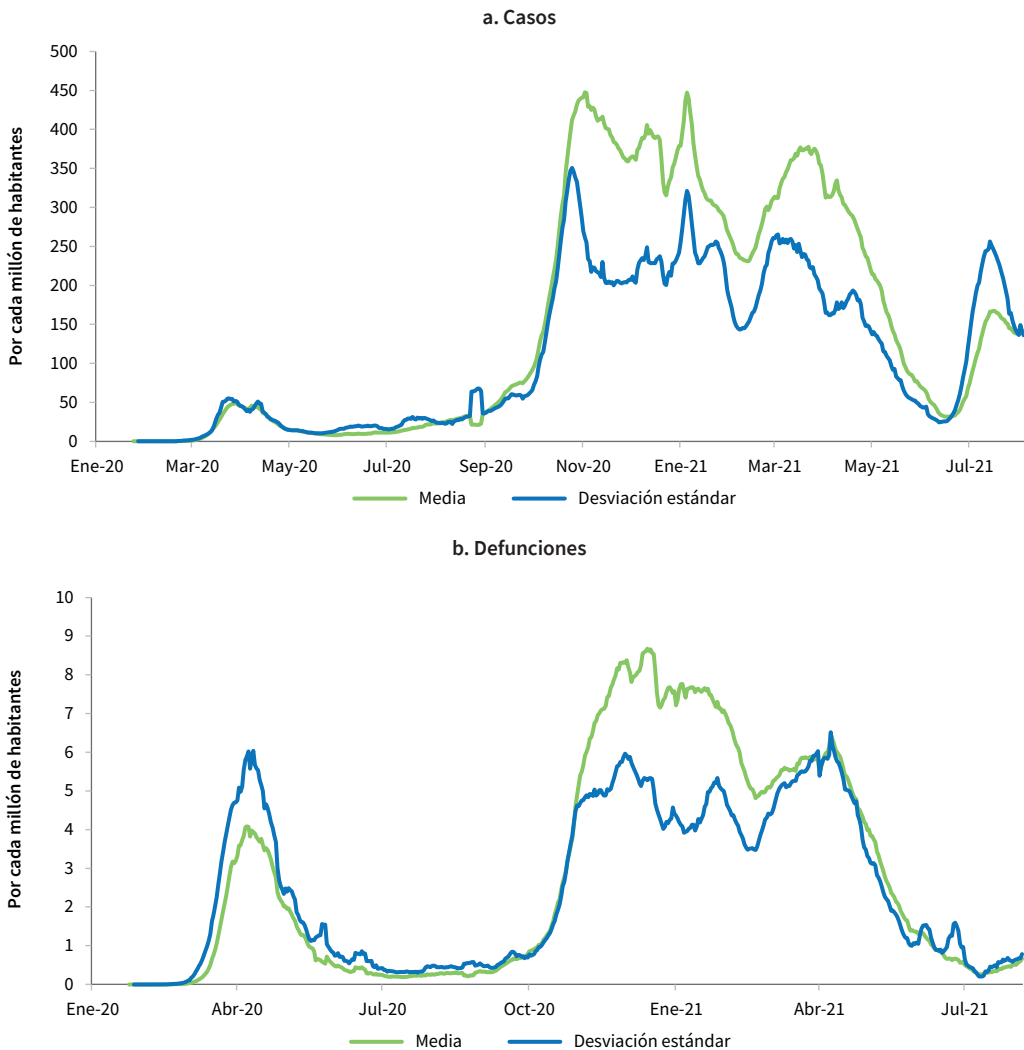
Gráfico 10: Convergencia de la esperanza de vida al nacer, 2019-2020



Nota: En los casos en que faltan datos (HR: 2000, LV: 2000 and 2001, IE: 2020), se supone que los valores no varían en relación a ejercicios anteriores o posteriores.

Fuente: Eurostat, cálculos realizados por los autores

Gráfico 11: COVID-19 – nuevos casos y muertes por millón, EU-27, de enero 2020 al 11 de agosto 2021



Nota: Los datos se presentan como el valor medio de un intervalo de siete días.

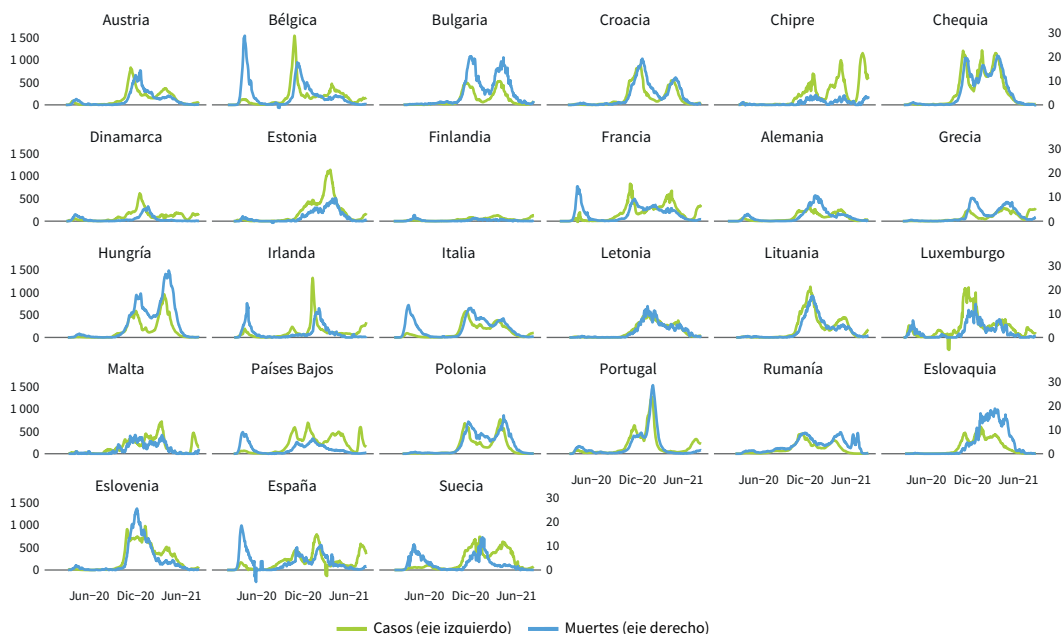
Fuente: Datos sobre la COVID-19 del CSSE de la Universidad Johns Hopkins; cálculos realizados por los autores

tasas de infección como en las de mortalidad entre los países es evidente por las grandes disparidades registradas en la primavera y el otoño de 2020, en el invierno de 2020-2021 y en el verano de 2021, cuando la pandemia alcanzó sus cotas máximas (gráfico 11).

Las mayores incidencias de casos y muertes por COVID-19 se registraron en diferentes momentos según el país y con distinta intensidad (gráfico 12). En la primavera de 2020, Bélgica, Francia, Italia y España fueron

los países que más víctimas mortales registraron, con más de 10 muertes diarias por millón de habitantes. En el otoño de 2020, se produjo un segundo aumento brusco en la mayoría de los Estados miembros, especialmente en Bulgaria, Croacia, Chequia y Eslovenia. Eslovaquia se vio gravemente afectada en el invierno de 2020-2021, y Hungría y Portugal en la primavera de 2021. Finlandia tuvo el menor número de víctimas mortales durante toda la pandemia.

Gráfico 12: COVID-19 – Nuevos casos y muertes por millón por Estado miembro, de enero de 2020 a 11 de agosto de 2021



Nota: Los datos se presentan como el valor medio de un intervalo de siete días. Los valores negativos corrigen las sobreestimaciones anteriores de los países.

Fuente: Datos sobre la COVID-19 del CSSE de la Universidad Johns Hopkins; cálculos realizados por los autores

Los patrones en el número de nuevas infecciones por millón de habitantes también difieren entre los países, con grandes picos en otoño para Bélgica y Chequia; en el invierno de 2020-2021 y la primavera de 2021 para Estonia, Portugal e Irlanda; y, más recientemente, en el verano de 2021 para Chipre, los Países Bajos, España y Malta.

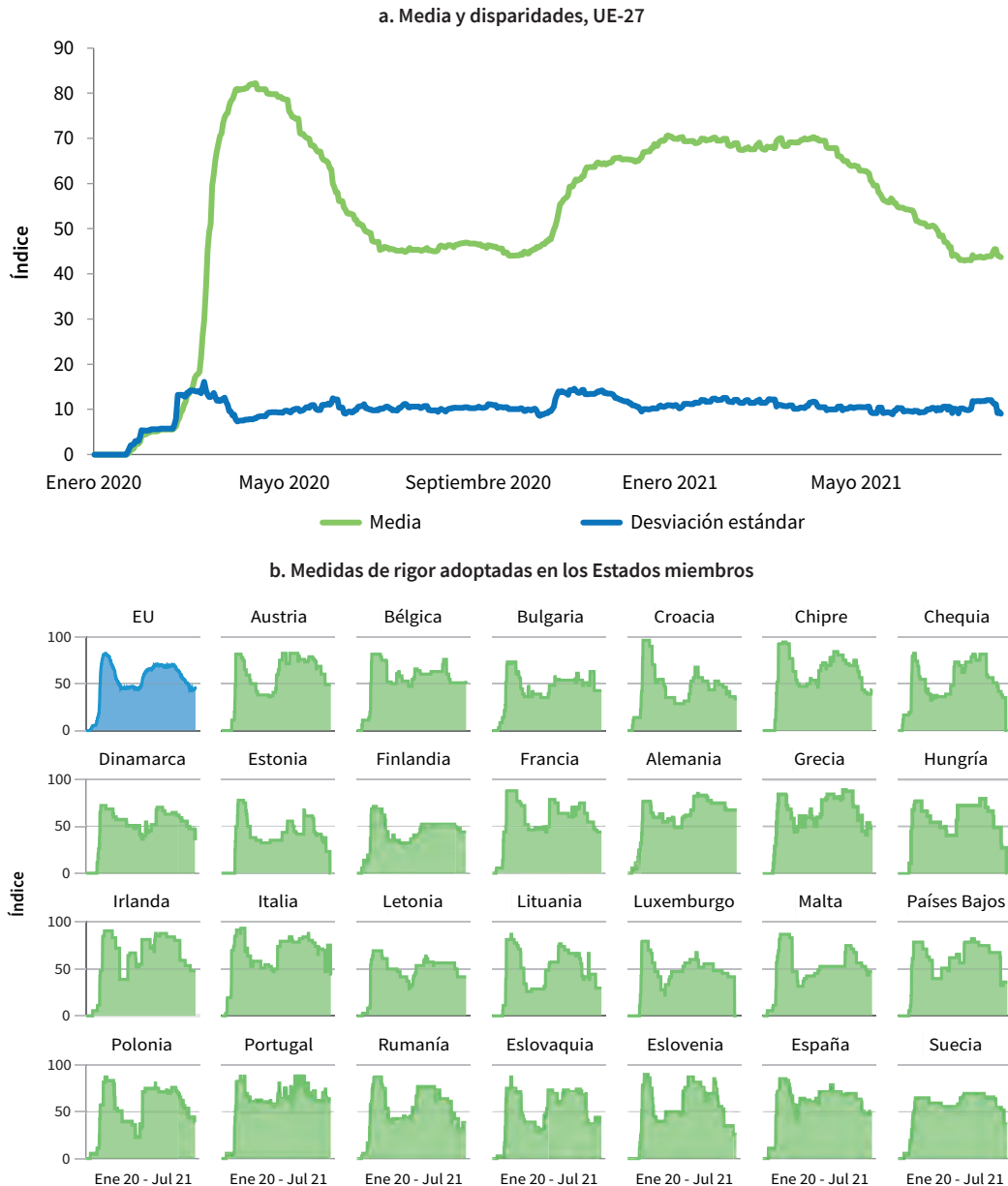
Intervenciones armonizadas, pero distribución de vacunas divergente

Intervenciones de los gobiernos

Las estrategias de mitigación de la COVID-19 adoptadas por los gobiernos se basan principalmente en medidas de distanciamiento social y en el refuerzo del sistema sanitario. En la actualidad es difícil evaluar las medidas de refuerzo de los hospitales en la UE (en términos de personal, equipamiento o productos sanitarios), pero sí es posible analizar el efecto de las intervenciones no farmacéuticas inmediatas empleadas por los Estados miembros para frenar las tasas de infección y descongestionar los sistemas sanitarios.

Estas medidas paliativas varían en intensidad, rigor, número y marco temporal entre los Estados miembros. El índice de rigor desarrollado por la Universidad de Oxford, ilustrado en el gráfico 13.b, refleja estas diferencias, desde la primera reacción de Italia en marzo de 2020 hasta las medidas más relajadas en la mayoría de los países el 1 de agosto de 2021 (fecha de los últimos datos disponibles para la mayoría de los Estados miembros).

Sin embargo, cuando se observa a nivel de la UE (gráfico 13.a), queda claro que las diferencias entre los Estados miembros permanecieron casi constantes, a pesar de las diferentes olas de infección y de las diversas intervenciones no farmacéuticas adoptadas por los países. Esto indica la necesidad de una posible estrategia de salida coordinada en toda Europa para lograr un progreso más rápido en el control de la pandemia. Un estudio de Ruktanonchai et al (2020) lo ilustra utilizando datos de movilidad de los teléfonos inteligentes para estimar los desplazamientos en toda Europa antes y después de la puesta en marcha de intervenciones no farmacéuticas. Demuestra que, si los países no coordinan sus medidas al relajar el confinamiento, el resurgimiento de la enfermedad se produce más rápidamente.

Gráfico 13: COVID-19 – convergencia en el índice de rigor, de enero 2020 al 1 agosto 2021

Nota: El índice de rigor no refleja la eficacia de la respuesta de un país a la crisis ni los patrones de movilidad de la población. Para el 1 de agosto, se utilizaron los últimos datos disponibles para LU: 19 de julio, CZ: 22 de julio, EE: 26 de julio, HU: 27 de julio.
Fuente: Monitor de seguimiento de Oxford de las respuestas de los gobiernos a la COVID-19, cálculos realizados por los autores

Programas de vacunación

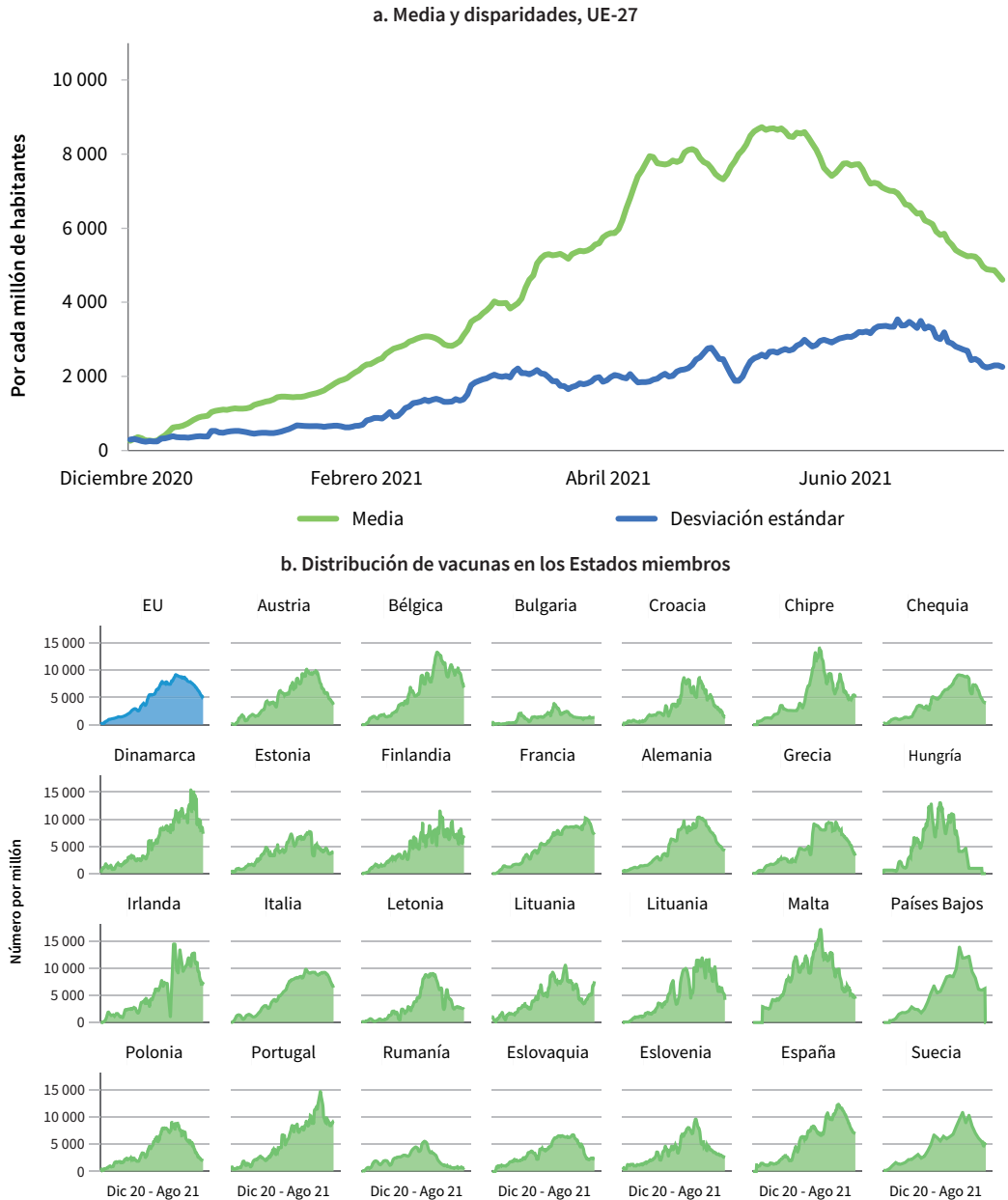
Además de estas medidas de contención, el enfoque más prometedor para frenar la pandemia, que la UE (y todos los países del mundo) persiguen con ahínco, son los

programas de vacunación. A medida que avanzaba la distribución de vacunas en la UE, las diferencias entre países aumentaron hasta mediados de julio de 2021, tras lo cual la tendencia divergente comenzó a disminuir

(gráfico 14.a). El aumento de la tasa de vacunación en la mayoría de los países durante las primeras semanas de abril, mayo y junio de 2021 redujo ligeramente las disparidades entre los Estados miembros.

A 10 de agosto de 2021, el promedio de nuevas vacunaciones registradas diariamente a nivel de la UE era de aproximadamente 4.600 por millón de personas, disminuyendo constantemente desde el 9 de junio, cuando alcanzó su cota máxima de 8.700 por millón de

Figura 14: COVID-19 – nuevas vacunas diarias, del 28 de diciembre de 2020 al 10 de agosto de 2021



Nota: Los datos se presentan como el valor medio a un intervalo de siete días. Para el 10 de agosto, se utilizaron los últimos datos disponibles para HU: 1 de agosto, y NL: 8 de agosto.

Fuente: Mathieu et al (2021); cálculos realizados por los autores

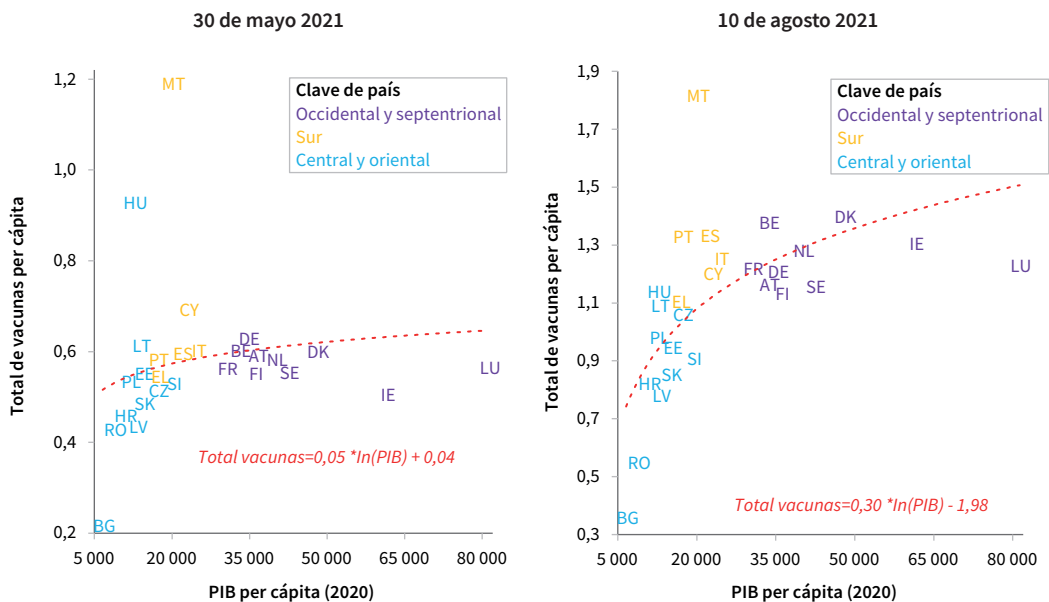
personas. Son muchos los factores, relacionados con la geografía de un país y con su población y sistemas sanitarios, que influyen en el suministro de vacunas. Malta, un país con poca población y geográficamente compacto, fue el que más dosis administró (gráfico 14.b). En el extremo opuesto, en Rumanía y Bulgaria, las dudas sobre las vacunas hicieron que el número de dosis fuera inferior a 700 y 1.400 por millón de personas, respectivamente, a 10 de agosto.

Incluso antes de la pandemia, las tasas de vacunación contra otras enfermedades infecciosas variaban significativamente entre los Estados miembros, dependiendo del presupuesto del país, su infraestructura, la pauta vacunal elegida, la situación socioeconómica, la confianza en la profesión sanitaria y otros factores (Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2018). En general, se espera que los países ricos estén mejor preparados para hacer frente a un brote significativo de una enfermedad infecciosa. En 2019, el Índice de Seguridad Sanitaria Global evaluó los sistemas sanitarios de todo el mundo en cuanto a su preparación

en caso de pandemia. En la clasificación de la UE, 7 de los 10 países mejor preparados eran de Europa occidental y septentrional, mientras que los Estados miembros de Europa central y oriental quedaban rezagados.

Durante la pandemia de la COVID-19, el PIB no resultó ser un factor significativo que tuviera un impacto sobre la distribución de las vacunas en los primeros meses de 2021. El gráfico 15.a muestra que, a 30 de mayo de 2021, los países más ricos habían administrado casi el mismo número de dosis que los Estados miembros con menor PIB per cápita. Sin embargo, para el 10 de agosto de 2021, las diferencias entre los países del este y del oeste de Europa aumentaron, dificultando el proceso de convergencia (gráfico 15.b). Esta evolución se debe muy probablemente a la mayor incidencia de las dudas respecto a las vacunas entre los ciudadanos en Europa central y oriental, como se desprende de la encuesta de Eurofound realizada en abril de 2021 (Eurofound, 2021b) y de la encuesta Flash Eurobarómetro realizada a finales de mayo de 2021 (Comisión Europea, 2021).

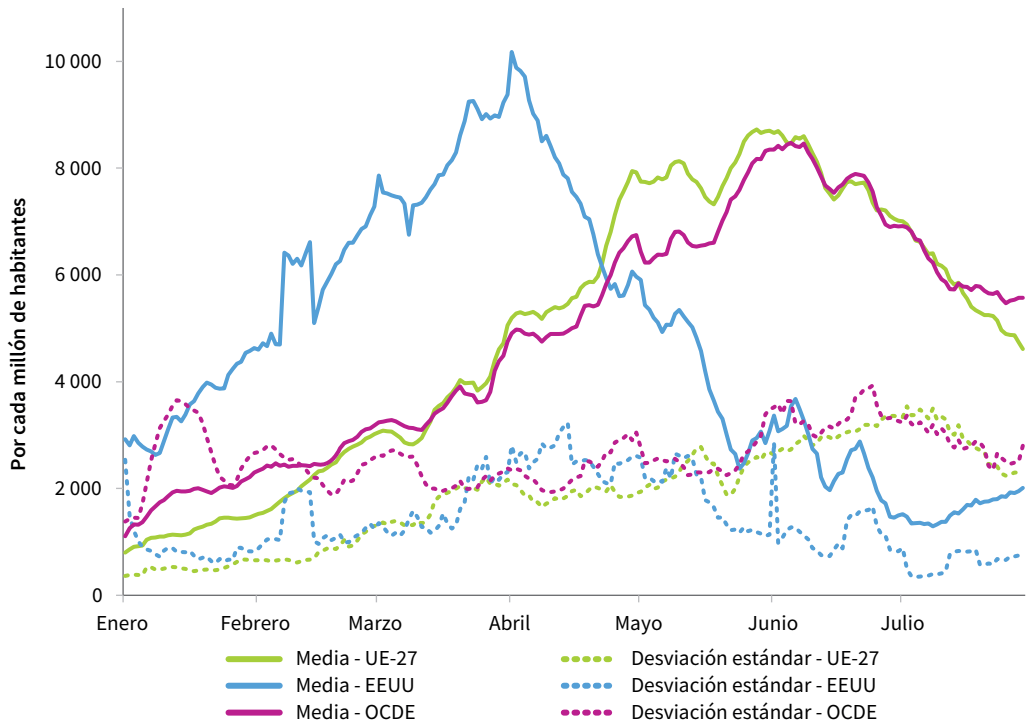
Gráfico 15: COVID-19 – total de vacunas administradas por PIB per cápita (en euros), UE-27, 30 de mayo y 10 de agosto de 2021



Nota: Para el 30 de mayo, se utilizaron los últimos datos disponibles para EL, FI y LU: 29 de mayo; para el 10 de agosto, se utilizaron los últimos datos disponibles para HU: 1 de agosto, y NL: 8 de agosto. El coeficiente de regresión del PIB per cápita del 10 de agosto es estadísticamente significativo al nivel del 0,1%.

Fuente: Mathieu et al (2021) y Eurostat; cálculos realizados por los autores

Gráfico 16: COVID-19 – nuevas vacunaciones diarias en la UE-27, Estados Unidos y la OCDE, de 13 de enero de 2021 a 10 de agosto de 2021



Nota: Los datos se presentan como el valor medio de un intervalo de siete días. Para el 10 de agosto se utilizaron los últimos datos disponibles para Hungría: 1 de agosto, Islandia: 6 de agosto, Chile y Países Bajos: 8 de agosto, Colombia: 9 de agosto.
Fuente: Mathieu et al (2021); cálculos realizados por los autores

La prueba de que la UE ha conseguido dotar a sus Estados miembros de vacunas de forma relativamente uniforme (a pesar de los problemas iniciales de suministro) también se aprecia al comparar la distribución de vacunas con la de Estados Unidos y la de los países de la OCDE. Sin embargo, esta comparación debe tener en cuenta varios factores políticos y económicos. Por ejemplo, Estados Unidos tiene un gobierno federal con un presupuesto centralizado, lo que le permite avanzar más rápidamente de manera coordinada. En la UE, muchas decisiones relacionadas con la salud se toman a nivel de los Estados miembros, lo que ralentiza las negociaciones y el acuerdo sobre la adquisición compartida de vacunas. Además, la UE exportó una mayor proporción de sus vacunas contra el coronavirus producidas en Europa (convirtiéndose en el principal proveedor de dosis del mundo), mientras que Estados Unidos privilegió el suministro de vacunas a su mercado interior.

La comparación con la OCDE, aunque presenta dificultades dada la gran variedad de especificidades de los países, es relevante para garantizar una comparación global con otras naciones desarrolladas (aunque cinco países de la UE no son miembros de la OCDE).

Como se puede observar en el gráfico 16, en el primer trimestre de 2021, la UE quedó por detrás de Estados Unidos en la distribución de vacunas COVID-19, con casi un tercio de las dosis diarias administradas por Estados Unidos por millón de habitantes. La OCDE también obtuvo mejores resultados, gracias sobre todo a Israel (líder mundial en distribución de vacunas), pero también a Chile, Reino Unido y Estados Unidos. A principios de mayo, la situación se invirtió: la UE pasó a liderar los esfuerzos en materia de vacunación. Esto se debió a un descenso significativo de la tasa media de vacunación en Estados Unidos a partir de mediados de abril. Poco después,

también se produjo un descenso continuado en la UE y la OCDE, mientras que el ritmo de vacunación empezó a repuntar en Estados Unidos a partir de la segunda quincena de julio. En cuanto a las disparidades entre países, al inicio de la pandemia eran mucho mayores dentro de la OCDE, debido a que sus miembros

están presentes en los cinco continentes. Para el 10 de agosto, las discrepancias en la UE y la OCDE estaban en niveles comparables. En Estados Unidos, el descenso general de las tasas de vacunación redujo las disparidades entre sus estados componentes.



Indicadores políticos

- La pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto que la UE carecía de las herramientas adecuadas para hacer frente a la crisis de salud pública más grave que haya vivido jamás. Como consecuencia, la UE ha sentado las bases de una Unión Europea de la Salud para aumentar su preparación ante futuras crisis sanitarias. Para marcar una diferencia fundamental y duradera, la UE debe construir la Unión Europea de la Salud sobre la base de elementos significativos que proporcionen un medio democrático y científico para alcanzar el consenso. Una mayor coordinación a nivel de la UE (teniendo en cuenta el principio de subsidiariedad) podría mejorar la calidad y la resiliencia de los servicios sanitarios en Europa, impulsando así la convergencia de los indicadores de salud y asistencia sanitaria. La Conferencia sobre el Futuro de Europa que se está celebrando actualmente es una excelente oportunidad para que los ciudadanos de la UE opinen sobre las prioridades sanitarias en Europa, hasta que la conferencia alcance sus conclusiones en la primavera de 2022.
- En 2020, la Comisión Europea formuló recomendaciones específicas en función de las particularidades de cada uno de los Estados miembros para mejorar la resistencia de sus sistemas sanitarios. Como parte de su agenda de mejora y modificación del Semestre Europeo, la Comisión podría incorporar elementos de la Unión Europea de la Salud en este ciclo anual de coordinación de políticas, por ejemplo, incluyendo los indicadores nacionales de salud que deben comunicar periódicamente los Estados miembros. Podrían utilizarse los datos sobre las necesidades y los medios disponibles a nivel local y regional para tomar decisiones más centralizadas en respuesta a emergencias sanitarias transfronterizas. También ayudarían a evaluar las capacidades de los sistemas sanitarios de los Estados miembros en distintos ámbitos, como la escasez de mano de obra agravada por el flujo asimétrico de personal altamente cualificado entre los países de la UE.
- La crisis puso de manifiesto, más que nunca, las desigualdades estructurales en las capacidades sanitarias, con grandes variaciones entre los Estados miembros. Según el Pilar Europeo de Derechos Sociales, toda persona tiene derecho a una asistencia sanitaria asequible, preventiva y curativa de buena calidad. Durante los momentos críticos de la pandemia, la falta de unidades de cuidados intensivos enfrentó a los profesionales sanitarios con el dilema moral de dar atención prioritaria a determinados pacientes, mientras que ciertas regiones y grupos socioeconómicos

estaban crónicamente desatendidos. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de las Naciones Unidas aspira a lograr la cobertura sanitaria universal y a proporcionar acceso a medicamentos y vacunas seguros y eficaces para todos.

El cumplimiento de este objetivo implica incrementar las capacidades sanitarias y abordar la fragmentación en la cobertura de la población (por ejemplo, a través de servicios digitalizados), para no dejar a nadie atrás, durante una crisis y tras ella.



Recursos

Todas las publicaciones de Eurofound están disponibles en línea www.eurofound.europa.eu

Eurofound sobre el «Fomento de la cohesión social y la convergencia»:

<http://eurofound.link/socialcohesionconvergence>

Eurofound sobre la «COVID-19»: <http://eurofound.link/covid19>

Eurofound sobre «Cuidados»: <https://www.eurofound.europa.eu/topic/care>

Eurofound (2013), *Mobility and migration of healthcare workers in central and eastern Europe*, Dublin, disponible en <http://eurofound.link/ef1335>

Eurofound (2014), *Access to healthcare in times of crisis*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, disponible en <http://eurofound.link/ef1442>

Eurofound (2020), *Long-term care workforce: Employment and working conditions*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, disponible en <http://eurofound.link/ef20028>

Eurofound (2021a), «Protecting access to healthcare during COVID-19 and beyond», blog post, 18 de enero, disponible en <http://eurofound.link/ef21014>

Eurofound (2021b), *La vida, el trabajo y la COVID-19 (actualización de abril de 2021): La salud mental y la pérdida de confianza en toda la UE al iniciar otro año de pandemia*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, disponible en <http://eurofound.link/ef21064>

Comisión Europea (2020), *Construir una Unión Europea de la Salud: reforzar la resiliencia de la UE ante las amenazas transfronterizas para la salud*, COM(2020)724 final, Bruselas.

Comisión Europea (2021), *Flash Eurobarómetro 494: Attitudes on vaccination against Covid-19*, Unión Europea, Bruselas.

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union*, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, Copenhague.

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y McKee, M. (2004), *Reducing hospital beds: What are the lessons to be learned?* Policy brief No. 6, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, Copenhague.

Parlamento Europeo (2021), *Eurobarómetro: Resilience and recovery – Public opinion one year into the pandemic*, Bruselas.

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C. et al (2021), «A global database of COVID-19 vaccination», *Nature Human Behaviour*, Vol. 5, pp. 947-953.

OCDE (2019), *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students*, OECD Publishing, París.

Ravaghi, H., Alidoost, S., Mannion, R. y Bélorgeot, V. D. (2020), «Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: A systematic scoping review», *BMC Health Services Research*, Vol. 20, No. 186.

Ruktanonchai, N. W., Floyd, J. R., Lai, S., Ruktanonchai, C. W., Sadilek, A., Rente-Lourenco, P. et al (2020), «Assessing the impact of coordinated COVID-19 exit strategies across Europe», *Science*, Vol. 369, No. 6510, pp. 1465-1470.

Schuman, R. (1952), «Notes et documents concernant la Communauté européenne de la Santé», *Notes et Études Documentaires*, n° 1718, La Documentation française, Paris, disponible en http://www.cvce.eu/obj/expose_de_robert_schuman_a_la_conference_preparatoire_a_la_communaute_europeenne_de_la_sante_paris_12_decembre_1952-fr-1fba65da-1ae8-45a4-beb5-e299ed4b4c6c.html

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2006), *Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Códigos de los países

AT	Austria	ES	España	LV	Letonia
BE	Bélgica	FI	Finlandia	MT	Malta
BG	Bulgaria	FR	Francia	NL	Países Bajos
CY	Chipre	HR	Croacia	PL	Polonia
CZ	Chequia	HU	Hungría	PT	Portugal
DE	Alemania	IE	Irlanda	RO	Rumanía
DK	Dinamarca	IT	Italia	SE	Suecia
EE	Estonia	LU	Luxemburgo	SI	Eslovenia
EL	Grecia	LT	Lituania	SK	Eslovaquia

Ponerse en contacto con la unión europea

En persona

En la Unión Europea existen cientos de centros de información Europe Direct. Puede encontrar la dirección del centro más cercano en: https://europa.eu/european-union/contact_es

Por teléfono o por correo electrónico

Europe Direct es un servicio que responde a sus preguntas sobre la Unión Europea. Puede acceder a este servicio:

- marcando el número de teléfono gratuito: 00 800 6 7 8 9 10 11 (algunos operadores pueden cobrar por las llamadas);
- marcando el siguiente número de teléfono: +32 22999696; o
- por correo electrónico: https://europa.eu/european-union/contact_es

Buscar información sobre la unión europea

En línea

Puede encontrar información sobre la Unión Europea en todas las lenguas oficiales de la Unión en el sitio web Europa: https://europa.eu/european-union/index_es

Publicaciones de la Unión Europea

Puede descargar o solicitar publicaciones gratuitas y de pago de la Unión Europea en: <https://op.europa.eu/es/publications>. Si desea obtener varios ejemplares de las publicaciones gratuitas, póngase en contacto con Europe Direct o su centro de información local (https://europa.eu/european-union/contact_es).

Derecho de la Unión y documentos conexos

Para acceder a la información jurídica de la Unión Europea, incluido todo el Derecho de la Unión desde 1952 en todas las versiones lingüísticas oficiales, puede consultar el sitio web EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>

Datos abiertos de la Unión Europea

El portal de datos abiertos de la Unión Europea (<http://data.europa.eu/euodp/es>) permite acceder a conjuntos de datos de la Unión. Los datos pueden descargarse y reutilizarse gratuitamente con fines comerciales o no comerciales.

El impacto de la COVID-19 ha hecho que la salud pública pase a ocupar un lugar destacado en la agenda de la política social de la UE. Mientras la UE dirige sus esfuerzos hacia el establecimiento de una Unión Europea de la Salud para protegerse frente a futuras crisis sanitarias, este resumen de políticas examina hasta qué punto la UE logró una convergencia al alza en términos de resultados sanitarios y de asistencia sanitaria, así como de gastos y prestaciones sanitarias, con anterioridad a la pandemia. También examina los patrones de convergencia en las infecciones y muertes por COVID-19 y en las medidas paliativas adoptadas por la UE y los gobiernos nacionales.

Los resultados indican que, entre 2008 y 2019, la salud de los ciudadanos de la UE mejoró en general y los Estados miembros convergieron en sus resultados sanitarios, pero las disparidades en el gasto público y la prestación de servicios sanitarios siguieron aumentando. En este contexto, la pandemia de la COVID-19 provocó una mayor divergencia, ya que el número de muertes e infecciones varió enormemente de un país a otro. El informe destaca que lo ideal sería que la Unión Europea de la Salud no sólo reforzara la preparación de la UE ante las crisis, sino que también permitiera, en última instancia, la convergencia de los indicadores de salud y asistencia sanitaria en todos sus Estados miembros.

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) es una agencia tripartita de la Unión Europea creada en 1975. Su función es aportar conocimientos en el ámbito de las políticas sociales, laborales y de empleo, de conformidad con el Reglamento (UE) 2019/127.

