



Panorama de la Salud 2017

INDICADORES DE LA OCDE



Panorama de la Salud 2017

INDICADORES DE LA OCDE



Tanto este documento como cualquier mapa que se incluya en él no conllevan perjuicio alguno respecto al estatus o la soberanía de cualquier territorio, a la delimitación de fronteras y límites internacionales, ni al nombre de cualquier territorio, ciudad o área.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Publicado originalmente por la OCDE en inglés y francés con los títulos:

Health at a Glance 2017: OECD Indicators, *Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE*

© 2018, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, París
Todos los derechos reservados.

© 2018, Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), para esta edición en español.

Traducción: CANIFARMA
Edición: CANIFARMA

Créditos fotográficos: Portada: @Santyyaga Shutterstock; Capítulo 3: @evgenyatamanenko iStockphoto.com; Capítulo 4: @Bomshtein Shutterstock.com; Capítulo 5: @wavebreakmedia Shutterstock.com; Capítulo 6: @Guschenkova Shutterstock.com; Capítulo 7: @Valeriya iStockphoto.com; Capítulo 8: @Wavebreakmedia iStockphoto.com; Capítulo 9: @Andrei_Rahalski Shutterstock.com; Capítulo 10: @Gemenacom Shutterstock.com; Capítulo 11: @Barabasa iStockphoto.com.

La OCDE no garantiza la exacta precisión de esta traducción y no se hace de ninguna manera responsable de cualquier consecuencia por su uso o interpretación.
Las correcciones a las publicaciones de la OCDE se encuentran en línea en: www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm.

Prefacio

Panorama de la Salud 2017 presenta la más reciente información comparable y tendencias de resultados de salud pública y sistemas de salud en 35 países miembros de la OCDE. Estos indicadores arrojan luz sobre el desempeño de los sistemas de salud, con algunos que reflejan los resultados de salud, factores no médicos determinantes de la salud, el grado de acceso a servicios de salud, la calidad de la atención, y los recursos materiales y financieros asignados a la salud. También contiene un subconjunto de indicadores con información de países socios, incluyendo a Brasil, China, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Lituania, la Federación de Rusia y Sudáfrica.

La publicación de Panorama de la Salud no hubiese sido posible sin la contribución de los Corresponsales Nacionales de Información de la OCDE, Expertos en Salud, y Expertos en Indicadores de Calidad en Cuidado de la Salud de los 35 países miembros de la OCDE. La OCDE reconoce con gratitud su esfuerzo en proporcionar la mayor cantidad de los datos contenidos en esta publicación. Igualmente, reconoce la contribución de otras organizaciones internacionales, especialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS / WHO, por sus siglas en inglés) y Eurostat, por compartir algunos de los datos presentados en este documento, así como a la Comisión Europea por su apoyo en el trabajo de análisis y desarrollo de la información.

La presente publicación fue preparada por un equipo de la División Salud de la OCDE, coordinado por Chris James. El Capítulo 1 fue preparado por Chris James y Alberto Marino; el Capítulo 2 por Chris James y Marion Devaux; el Capítulo 3 por Eileen Rocard, Chris James, Marie-Clémence Canaud y Emily Hewlett; el Capítulo 4 por Sahara Graf, Marion Devaux y Michel Cecchini; el Capítulo 5 por Alberto Marino, Chris James, Rie Fujisawa, Akiko Maeda, David Morgan y Eileen Rocard; el Capítulo 6 por Ian Brownwood, Frédéric Daniel, Rie Fujisawa, Rabia Khan, Michael Padget y Niek Klazinga; el Capítulo 7 por David Morgan, Michael Mueller y Michael Gmeinder; el Capítulo 8 por Akiko Maeda, Gaëlle Balestat y Michael Gmeinder; el Capítulo 9 por Chris James, Gaëlle Balestat y Alberto Marino; el Capítulo 10 por Rabia Khan, Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud, Michael Mueller, Martin Wenzl, Chris James y Valérie Paris; el Capítulo 11 por Tim Muir, Eileen Rocard, Michael Mueller y Elina Suzuki. Las bases de datos de la OCDE utilizadas en esta publicación son gestionadas por Gaëlle Balestat, Ian Brownwood, Marie-Clémence Canaud, Frédéric Daniel, Michael Gmeinder, Gaétan Lafortune y David Morgan.

La calidad de esta publicación fue mejorada por detallados comentarios por país, así como por las contribuciones de Francesca Colombo, Gaétan Lafortune, Mark Pearson y Stefano Scarpetta. El apoyo de Marlène Mohier, Kate Lancaster y Andrew Esson para la edición y formato del documento son igualmente apreciados.

Índice

Resumen ejecutivo	9
Guía del lector	13
Capítulo 1. Perspectivas generales: instantáneas de la OCDE y tablas por país	17
Instantáneas de la OCDE y tablas por país	18
Estado de salud	20
Factores de riesgo para la salud	23
Acceso a servicios de salud	25
Calidad y resultados de los servicios de salud	27
Recursos para el cuidado de la salud	29
Capítulo 2. ¿Qué factores han impulsado el incremento en la esperanza de vida en décadas recientes? Análisis comparativo entre los países de la OCDE	31
Introducción	32
Comprensión de los factores determinantes de la salud	33
El aumento de la esperanza de vida en el tiempo refleja un mayor gasto en salud, estilos de vida saludables y mejores condiciones socioeconómicas	34
Determinar los mecanismos por los que los factores socioeconómicos y el ambiente de vida de una persona afectan la salud, es esencial para la definición de políticas	39
Conclusiones	41
Notas	42
Referencias	42
Capítulo 3. Estado de salud	47
Esperanza de vida al nacer	48
Esperanza de vida por género y nivel educativo	50
Principales causas de mortalidad	52
Mortalidad por enfermedades circulatorias	54
Mortalidad por cáncer	56
Salud infantil	58
Salud mental	60
Percepción del estado de salud	62
Incidencia de cáncer	64
Prevalencia de diabetes	66
Capítulo 4. Factores de riesgo para la salud	69
Tabaquismo entre adultos	70
Consumo de alcohol entre adultos	72
Consumo de alcohol y tabaco entre adolescentes	74
Estilos de vida saludables entre adultos	76

Estilos de vida saludables entre adolescentes	78
Sobrepeso y obesidad entre adultos	80
Sobrepeso y obesidad entre adolescentes	82
Contaminación del aire	84
Capítulo 5. Acceso a servicios de salud	87
Cobertura de población en servicios de salud	88
Necesidades de salud no atendidas debido al costo	90
Gasto médico de bolsillo	92
Distribución geográfica de médicos	94
Tiempos de espera para cirugía electiva	96
Capítulo 6. Calidad y resultados de los servicios de salud	99
Experiencias de pacientes con cuidados ambulatorios	100
Prescripción en cuidados primarios	102
Admisiones hospitalarias evitables	104
Cuidado de diabetes	106
Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico	108
Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés)	110
Tasas de mortalidad en hospitales	112
Tiempos de espera para cirugía por fractura de cadera	114
Complicaciones quirúrgicas	116
Trauma obstétrico	118
Cuidados para personas con desórdenes de salud mental	120
Detección, sobrevivencia y mortalidad por cáncer de mama	122
Sobrevivencia y mortalidad por cáncer colorrectal	124
Sobrevivencia y mortalidad por leucemia en niños	126
Vacunación	128
Capítulo 7. Gasto en salud	131
Gasto en salud per cápita	132
Gasto en salud en relación al PIB	134
Financiamiento del cuidado de la salud	136
Fuentes de financiamiento de servicios de salud	138
Gasto en salud por tipo de servicio	140
Gasto en salud por proveedor	142
Inversión en el sector salud	144
Capítulo 8. Fuerza laboral dedicada a la salud	147
Fuerza laboral en salud y trabajo social	148
Médicos (número total)	150
Médicos por edad, género y categoría	152
Graduados de medicina	154
Remuneración de médicos (generales y especialistas)	156
Personal de enfermería	158
Graduados de enfermería	160
Remuneración de personal de enfermería	162
Médicos y personal de enfermería capacitados en el extranjero	164

Capítulo 9. Actividades para el cuidado de la salud	167
Consultas médicas	168
Tecnología médica	170
Camas de hospital	172
Altas en hospitales	174
Tiempo promedio de hospitalización	176
Reemplazo de cadera y rodilla	178
Cesáreas	180
Cirugía ambulatoria	182
Capítulo 10. Sector farmacéutico	185
Gasto en medicamentos	186
Farmacéuticos y farmacias	188
Consumo de medicamentos	190
Genéricos y biosimilares	192
Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico	194
Capítulo 11. Envejecimiento y cuidados de largo plazo	197
Tendencias demográficas	198
Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad	200
Auto-reportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad	202
Prevalencia de demencia	204
Receptores de cuidado de largo plazo	206
Cuidadores informales	208
Trabajadores de cuidados de largo plazo	210
Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales	212
Gasto en cuidados de largo plazo	214

Siga las publicaciones de la OCDE en:



http://twitter.com/OECD_Pubs



<http://www.facebook.com/OECDPublications>



<http://www.linkedin.com/groups/OECD-Publications-4645871>



<http://www.youtube.com/oecdilibrary>




<http://www.oecd.org/oeccdirect/>

Esta publicación tiene...

StatLinks 

¡Un servicio que genera archivos Excel® de la página impresa!

Busque los vínculos de *StatLinks*  en la parte inferior de las tablas o gráficas de esta publicación. Para descargar el correspondiente libro de Excel®, incluya el link en el navegador, empezando con el prefijo <http://dx.doi.org>, o haga clic en el link de la edición electrónica.

Resumen ejecutivo

*P*anorama de la Salud 2017 presenta comparaciones actualizadas sobre el estado de salud de las poblaciones y el desempeño de los sistemas de salud en países miembros de la OCDE y países socios. Además de un análisis por indicador, esta edición ofrece información sucinta y tablas de indicadores que resumen comparativos de desempeño entre países, así como un capítulo especial sobre los factores principales que han generado incrementos en la esperanza de vida.

Los sistemas de salud de la mayoría de los países de la OCDE tienen cobertura universal, lo que promueve acceso equitativo a los servicios de salud requeridos. En general, la calidad de la atención también ha mejorado, lo cual ha tenido un costo, pues actualmente el gasto en salud representa en promedio un 9% del PIB. La inversión en intervenciones productivas para promover el cuidado de la salud es una forma importante de mejorar la rentabilidad y reducir la inequidad en salud.

La gente en los países de la OCDE ahora vive más tiempo, pero la carga de las enfermedades mentales y crónicas está aumentando

- La esperanza de vida al nacer es en promedio de 80.6 años en los países de la OCDE. Japón y España lideran un grupo de 25 países de la OCDE con esperanza de vida mayor a 80 años.
- Turquía, Corea y Chile tienen los incrementos más importantes en esperanza de vida desde 1970.
- El gasto en salud contribuye a la longevidad, pero solo explica parte de las diferencias entre países e incrementos en esperanza de vida a lo largo del tiempo. Nuevos estimados regresivos sugieren que los hábitos saludables y otros determinantes sociales también son factores clave.
- Las mujeres pueden esperar vivir alrededor de cinco años más que los hombres, y la gente con nivel de educación terciario, alrededor de seis años más que quienes tienen el más bajo nivel de educación.
- En los países de la OCDE, la causa de más de una de cada tres muertes es la enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular u otras enfermedades circulatorias; una de cada cuatro muertes es causada por cáncer.
- Las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias se han reducido rápidamente, con 50% menos muertes debidas a enfermedad cardíaca isquémica en promedio desde 1990. Las tasas de mortalidad por cáncer también se han reducido, aunque en menor medida, 18% desde 1990.

Mientras que las tasas de tabaquismo continúan declinando, el combate a la obesidad y el consumo dañino de alcohol no ha sido muy exitoso, y la contaminación del aire es frecuentemente desatendida

- Las tasas de tabaquismo han decrecido en la mayoría de los países de la OCDE, pero el 18% de los adultos aún fuman diariamente. Las tasas más altas se presentan en Grecia, Hungría y Turquía, y las más bajas en México.
- El consumo de alcohol en países de la OCDE es en promedio de 9 litros de alcohol puro por persona por año, equivalente a casi 100 botellas de vino. Esta cifra está fuertemente determinada por el consumo de bebedores consuetudinarios: 30% de los hombres y 12% de las mujeres beben en exceso al menos una vez al mes.
- En 13 países de la OCDE el consumo de alcohol ha aumentado desde 2000, sobre todo en Bélgica, Islandia, Letonia y Polonia.

- Desde finales de los 90, los índices de obesidad han crecido rápidamente en muchos países de la OCDE, y son más del doble en Corea y Noruega, aunque inicialmente tenían niveles bajos.
- Actualmente, el 54% de los adultos en países de la OCDE tienen sobrepeso, incluyendo 19% que son obesos. Los índices de obesidad son superiores al 30% en Hungría, México, Nueva Zelanda y los Estados Unidos.
- Entre la población de 15 años de edad, el 25% tiene sobrepeso, y solo el 15% realiza suficiente actividad física. Adicionalmente, el 12% fuma cada semana y un 22% se han embriagado al menos dos veces en su vida.
- En 21 países, más del 90% de la población está expuesta a niveles riesgosos de contaminación del aire.

La mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal o casi universal de salud, pero el acceso a los servicios aún debe mejorar

- La cobertura de la población para un esquema básico de servicios es de 95% o mayor en todos, excepto siete países de la OCDE, y las coberturas más bajas son las de Grecia, los Estados Unidos y Polonia.
- El gasto de bolsillo en los hogares representa un 20% del gasto total en salud en promedio en los países de la OCDE, y más del 40% en Letonia y México.
- Las preocupaciones respecto al costo ocasionan que alrededor del 10% de la gente no vaya a consulta, y el 7% no compre los medicamentos prescritos. Los hogares más pobres son los más afectados.
- El número de médicos por cada 1000 habitantes es mucho mayor en las capitales y otras ciudades, siendo la variación entre regiones más marcada en los Estados Unidos y los Países Bajos.
- Los tiempos de espera para cirugía electiva son más largos en varios países, particularmente Estonia, Polonia y Chile.

Las experiencias de los pacientes y los resultados de los servicios de salud han mejorado, con tasas de mortalidad menores después de un infarto o accidente vascular, y mayores índices de sobrevivencia para pacientes con cáncer

- Más del 80% de los pacientes reportan experiencias positivas en términos del tiempo que el médico les dedicó, claridad de las explicaciones e involucramiento en las decisiones sobre el tratamiento.
- Las admisiones evitables en hospitales por condiciones crónicas han disminuido en la mayoría de los países de la OCDE, lo que indica una mejora en la calidad de cuidados primarios.
- En términos de cuidados intensivos, menos gente muere debido a infartos o accidentes cerebrovasculares. Las mejoras son particularmente notables en pacientes con infarto en Finlandia, y pacientes con accidente cerebrovascular en Australia.
- El cronograma de cirugía de cadera por fractura, que es una medida de la seguridad del paciente, ha mejorado en la mayoría de los países, con el 80% ocurriendo en los primeros dos días desde la admisión.
- Las tasas de trauma obstétrico han permanecido sin cambios relativamente, con desgarre de perineo en 5.7% de los partos naturales asistidos con instrumental quirúrgico.
- En los países de la OCDE, las tasas de sobrevivencia de cinco años por cáncer de mama fueron del 85%, y superiores al 60% por cáncer de colon y rectal, y en la mayoría de los países mejoraron a lo largo del tiempo.
- La vacunación infantil es casi universal en la mayoría de los países de la OCDE, aunque la cobertura de sarampión ha decrecido levemente en Australia e Italia en años recientes.

Es crítico contar con suficientes recursos financieros y materiales para el buen funcionamiento de los sistemas de salud. Los recursos deben ser usados sensatamente para evitar gasto ineficaz

- El gasto en salud en los países de la OCDE fue de alrededor de USD 4 000 por persona en promedio (ajustado por la paridad de poder adquisitivo, PPA). En los Estados Unidos el gasto es de casi USD 10 000 por persona.

- El promedio del gasto en salud en los países de la OCDE fue del 9% del PIB, con variación de 4.3% en Turquía a 17.2% en los Estados Unidos.
- En todos los países, excepto en los Estados Unidos, los esquemas gubernamentales y el seguro de gastos médicos obligatorio son las principales fuentes de financiamiento del cuidado de la salud.
- Los hospitales representan cerca del 40% del gasto total en salud.
- Desde 2000, el número de médicos y enfermeros ha crecido en casi todos los países de la OCDE. Hay del orden de tres enfermeros por cada médico, y la proporción enfermero-médico es más alta en Japón, Finlandia y Dinamarca.
- Exceptuando Corea y Turquía, el número de camas de hospital per cápita ha decrecido en los países de la OCDE, debido a menores tasas de hospitalización y mayor número de cirugías ambulatorias.
- El incremento generalizado en el uso de medicamentos genéricos en casi todos los países de la OCDE ha generado ahorros, aunque este tipo de producto aún representa menos del 25% del volumen de medicamentos vendidos en Luxemburgo, Italia, Suiza y Grecia.
- El envejecimiento de la población ha incrementado la demanda de cuidados de largo plazo, y el gasto en este rubro ha aumentado más que en cualquier otro tipo de servicios de salud.
- En promedio, 13% de las personas de 50 años de edad y mayores proporcionan cuidados semanales a un pariente dependiente o un amigo, y 60% de los cuidadores informales son mujeres.

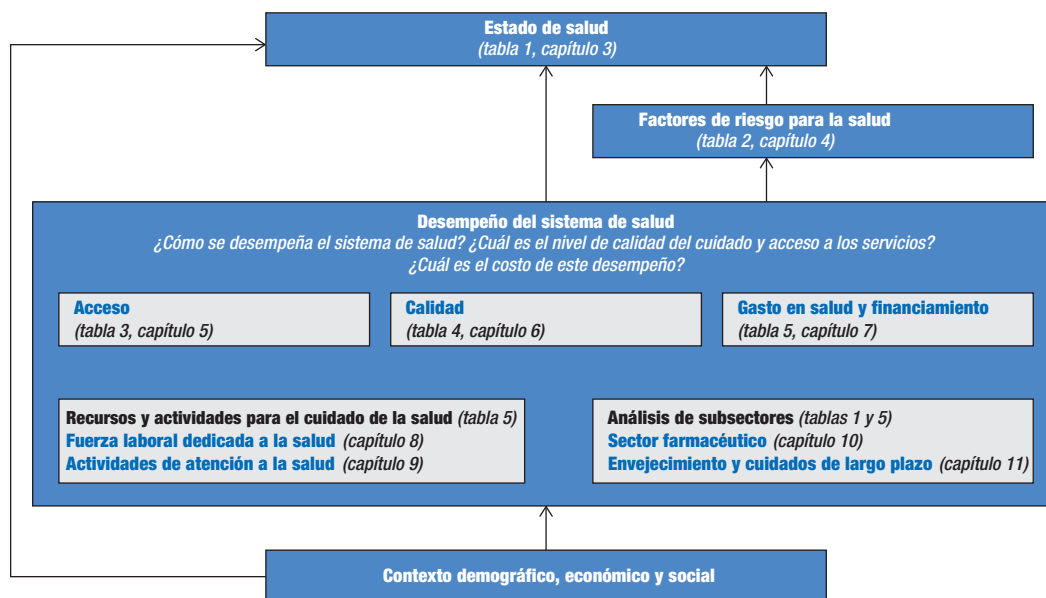
Guía del lector

Panorama de la Salud 2017 presenta comparativos de indicadores clave de salud y desempeño de los sistemas de salud de los 35 países miembros de la OCDE. Los países candidatos y socios clave se incluyeron cuando ha sido posible (Brasil, China, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Lituania, la Federación de Rusia y Sudáfrica). La información presentada en esta publicación proviene de estadísticas oficiales de los países, a menos que se indique otra cosa.

Estructura de la publicación

El marco general de esta publicación evalúa el desempeño de los sistemas de salud en el contexto de una visión más amplia de la salud pública (Figura O.1). Se basa en un marco que ha sido avalado y actualizado para el proyecto Indicadores de la Calidad del Cuidado de la Salud de la OCDE (OECD Health Care Quality Indicators project) (ver la fuente de la Figura O.1). Este marco reconoce que el objetivo último de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de la población. Éste es impactado por muchos factores, incluyendo aquellos que están fuera del control de los sistemas de salud, como el entorno físico en el que la gente vive, y los estilos de vida y comportamientos individuales. El contexto demográfico, económico y social también afecta la demanda y oferta de servicios de salud y finalmente el estado de salud.

Figura O.1. Marco conceptual para la evaluación del desempeño del sistema de salud



Fuente: Adaptado de Carinci, F. et al. (2015), "Towards Actionable International Comparisons of Health System Performance: Expert Revision of the OECD Framework and Quality Indicators", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27, núm. 2, pp. 137-146

El desempeño de los sistemas de salud es claramente crucial. Las dimensiones centrales del mismo incluyen el grado de acceso a los servicios y la calidad de la atención proporcionada. La medida del desempeño debe tomar en cuenta los recursos financieros necesarios para alcanzar los objetivos de acceso y calidad. El desempeño de los sistemas de salud también depende de manera crítica de la fuerza laboral dedicada a la salud, y de los bienes y servicios de que disponen.

Panorama de la Salud 2017 compara a los países de la OCDE en cada componente de este marco general. El documento consta de once capítulos. Los dos primeros ofrecen una perspectiva general de salud y desempeño de sistemas de salud. Los siguientes nueve capítulos presentan comparativos detallados entre países en una gama de indicadores de salud, incluyendo cuando es posible, análisis de tendencias en el tiempo.

En el Capítulo 1, una serie de **tablas** presentan las fortalezas y debilidades relativas de los sistemas de salud de los países de la OCDE, junto con un resumen de datos de todos los miembros. Estas tablas se refieren a un conjunto de indicadores que se presentan en mayor detalle en capítulos posteriores.

El Capítulo 2 presenta un **análisis temático** complementario sobre los factores determinantes de la salud en los países de la OCDE. Se evalúan las contribuciones relativas de los sistemas de salud frente a factores sociales más amplios que afectan la esperanza de vida.

En seguida de estos capítulos de perspectiva general, el Capítulo 3 sobre el **estado de salud**, hace énfasis en las variaciones entre países en esperanza de vida, las principales causas de mortalidad y otras medidas del estado de salud de la población. Este capítulo también incluye medidas de inequidad en sistemas de salud por nivel de educación y de ingresos para indicadores clave como la esperanza de vida y la percepción del estado de salud.

El Capítulo 4 examina los principales **factores de riesgo para la salud**. Se enfoca en el impacto en la salud de estilos de vida y comportamientos, la mayoría de los cuales pueden ser modificados por políticas de prevención y salud pública. Incluye los más importantes factores de riesgo para enfermedades no transmisibles relacionadas con el tabaquismo, el alcohol y la obesidad para niños y adultos. Al mismo tiempo, se evalúan los estilos de vida saludables en términos de nutrición y actividad física. La exposición de la población a la contaminación del aire también se analiza.

El Capítulo 5 sobre **acceso a servicios de salud**, presenta un conjunto de indicadores relacionados con factores financieros, geográficos y la oportunidad de acceso (tiempos de espera). Esto incluye el análisis de necesidades de cuidado médico no satisfechas reportadas por los usuarios. Se presentan también las medidas generales de cobertura de la población.

El Capítulo 6 evalúa la **calidad y los resultados de los servicios de salud** en términos de efectividad clínica, seguridad del paciente, y la respuesta personal al tratamiento. El capítulo pretende reflejar el ciclo del servicio de salud presentando indicadores relacionados con cuidados preventivos, primarios, crónicos e intensivos. Esto incluye análisis de experiencias de pacientes, prácticas de prescripción, manejo de enfermedades crónicas, cuidados intensivos para infarto y accidente cerebrovascular, seguridad del paciente, salud mental, tratamiento de cáncer y prevención de enfermedades transmisibles.

El Capítulo 7 sobre el **gasto en salud y financiamiento**, compara los montos de gasto de los países tanto per cápita como en relación con su PIB. El capítulo analiza cómo se pagan los servicios de salud a través de una mezcla de fondos gubernamentales, seguros de gastos médicos voluntarios y obligatorios, y gasto de bolsillo directo de los hogares. También se examina el desglose del gasto por proveedor y tipo de servicio proporcionado.

El Capítulo 8 se enfoca en la **fuerza laboral dedicada a la salud**, particularmente el suministro y remuneración de médicos y enfermeros. Asimismo, presenta datos sobre el número de graduados de escuelas de medicina y enfermería, e indicadores sobre la migración internacional de médicos y enfermeros, comparando países en términos de su

dependencia de profesionales capacitados en el extranjero, así como tendencias en el tiempo.

El Capítulo 9, sobre **actividades de cuidado de la salud**, describe algunas de las características principales de la prestación de servicios de salud. Comienza con el número de consultas médicas, que con frecuencia es el “punto de acceso” de los pacientes a los sistemas de salud. Se incluyen igualmente comparativos entre países sobre altas de hospital, tiempos de hospitalización, tasas de utilización de procedimientos quirúrgicos, y el incremento de cirugías ambulatorias para procedimientos menores.

El Capítulo 10 revisa detalladamente al **sector farmacéutico**. El análisis del gasto en medicamentos da una idea de la variación del tamaño del mercado en diferentes países. También se revisan el número de farmacéuticos y de farmacias, el consumo de ciertos productos de alta demanda y el uso de medicamentos genéricos y biosimilares. Finalmente, se evalúa el gasto en investigación y desarrollo en el sector farmacéutico.

El Capítulo 11 se centra en **envejecimiento y cuidados de largo plazo**. Evalúa los factores clave que afectan la demanda actual y futura de cuidados de largo plazo, incluyendo tendencias demográficas, e indicadores del estado de salud para poblaciones de edad avanzada como esperanza de vida y medidas de salud y discapacidad auto-reportadas a los 65 años de edad. Se comparan datos de demencia entre países en términos de prevalencia en la actualidad y en el futuro, y en términos de indicadores de la calidad del cuidado. Los receptores de cuidados de largo plazo y los cuidadores formales e informales a su cargo también se reportan, así como las tendencias de gasto en cuidados de largo plazo en diferentes países.

Presentación de los indicadores

Con excepción de los primeros dos capítulos, los indicadores incluidos en el resto del documento se presentan en dos páginas. En la primera se define el indicador, se incluye un breve comentario que resalta los hallazgos clave que las cifras transmiten, y se señalan variaciones significativas de la definición por país, que pudieran afectar la comparabilidad de los datos. La segunda página presenta un conjunto de gráficos que típicamente muestran los niveles del indicador en la actualidad y cuando es posible, las tendencias en el tiempo. Cuando se incluye un promedio de la OCDE en algún gráfico, se trata del promedio no ponderado de los países de la OCDE incluidos, a menos que se especifique otra cosa. El número de países considerados en los promedios OCDE se indica en el mismo gráfico, y para tablas que muestran más de un año, el número se refiere al último año.

Limitaciones en la información

Las limitaciones en la comparabilidad de los datos se indican tanto en el texto (en el recuadro “Definición y comparabilidad”), como al pie de los gráficos.

Fuentes de información

Se invita a los lectores interesados en el uso de la información presentada en este documento para análisis posteriores e investigación a consultar la documentación completa de definiciones, fuentes y métodos presentada en las Estadísticas de Salud de la OCDE (OECD Health Statistics) en OECD.Stat (<http://stats.oecd.org/index.aspx>; seleccionar “Health”). También hay más información sobre Estadísticas de Salud de la OCDE disponible en <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

Datos de población

Los datos de población usados para calcular las tasas per cápita a lo largo de la publicación provienen de Eurostat para países europeos, y de datos de la OCDE basados en *UN Demographic Yearbook* y en *UN Population Prospects* (diferentes ediciones), o estimados por país para miembros de la OCDE no europeos (datos extraídos a principios de junio de 2017), y se refieren a estimados de mitad del año. Los estimados de población están

sujetos a revisión, pues pueden diferir de los números más recientes publicados por las dependencias de estadísticas de los países miembros de la OCDE.

Debe notarse que algunos países como Francia, el Reino Unido y los Estados Unidos, tienen colonias, protectorados o territorios, y sus poblaciones son generalmente excluidas. El cálculo del PIB per cápita y otros indicadores económicos pueden sin embargo, estar basados en diferentes poblaciones en estos países, dependiendo de la cobertura de datos.

Códigos ISO de los países miembros de la OCDE

Alemania	DEU	Israel	ISR
Australia	AUS	Italia	ITA
Austria	AUT	Japón	JPN
Bélgica	BEL	Letonia	LVA
Canadá	CAN	Luxemburgo	LUX
Chile	CHL	México	MEX
Corea	KOR	Noruega	NOR
Dinamarca	DNK	Nueva Zelanda	NZL
Estonia	EST	Países Bajos	NLD
Eslovenia	SVN	Polonia	POL
España	ESP	Portugal	PRT
Estados Unidos	USA	Reino Unido	GBR
Finlandia	FIN	República Checa	CZE
Francia	FRA	República Eslovaca	SVK
Grecia	GRC	Suecia	SWE
Hungría	HUN	Suiza	CHE
Irlanda	IRL	Turquía	TUR
Islandia	ISL		

Códigos ISO de los países socios de la OCDE

Brasil	BRA	Indonesia	IDN
China	CHN	Lituania	LTU
Colombia	COL	Federación de Rusia	RUS
Costa Rica	CRI	Sudáfrica	ZAF
India	IND		

Capítulo 1

Perspectivas generales: instantáneas de la OCDE y tablas por país

Este capítulo presenta un conjunto de indicadores de salud y desempeño de sistemas de salud, diseñado para arrojar luz sobre la efectividad de su función en cinco dimensiones: estado de salud, factores de riesgo para la salud, acceso a servicios, calidad y resultados de los servicios, y recursos para el cuidado de la salud. Estos indicadores, tomados de los principales capítulos de la publicación, se presentan como instantáneas de la OCDE y tablas por país. Las primeras ilustran las tendencias en el tiempo para la OCDE en conjunto, con un vistazo a los últimos datos disponibles (promedio de la OCDE, países con el más alto y más bajo desempeño). Las tablas resumen el desempeño por país en todos los indicadores en comparación con el promedio de la OCDE.

La selección de indicadores presentada en este capítulo se basó en la relevancia de la política, disponibilidad de datos y facilidad de interpretación. La selección y comparación de indicadores pretende plasmar las fortalezas y debilidades relativas de los países para ayudarles a identificar posibles áreas prioritarias de acción. No se pretende identificar a los países con los mejores sistemas de salud en general.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Instantáneas de la OCDE y tablas por país

Los encargados de la formulación de políticas de los países de la OCDE tienen gran interés en comprender la efectividad de sus sistemas de salud. El análisis de los indicadores contenidos en esta publicación muestra que se ha alcanzado un avance significativo. La población de los países de la OCDE vive más que nunca antes, con una esperanza de vida promedio al nacer que sobrepasa los 80 años, gracias a que cuentan con mejores condiciones de vida y niveles de escolaridad, y también con estilos de vida más saludables y avances en la atención a la salud.

En la mayoría de los países la cobertura universal de salud proporciona protección financiera contra el costo de la enfermedad y promueve el acceso al cuidado de la salud para toda la población. La calidad de la atención también ha mejorado, como lo indica el menor número de muertes por ataque cardíaco y accidente cerebrovascular, y la detección más oportuna y mejor tratamiento para enfermedades como diabetes y cáncer. Sin embargo, estas mejoras han tenido un costo: el gasto en salud representa en promedio cerca del 9% del PIB en países de la OCDE, y es superior al 10% en muchos de ellos. El incremento en el gasto en salud no es en sí un problema, siempre y cuando los beneficios excedan los costos, pero existe amplia evidencia de desigualdad e ineficiencia en salud. Es necesario alcanzar un mejor balance entre el gasto en atención curativa y en cuidados preventivos.

A pesar de estas mejoras, aún existen cuestionamientos importantes sobre el alcance de los logros en las diferentes dimensiones del desempeño de los sistemas de salud. Por ejemplo, ¿cuáles son los principales factores que explicarían las diferencias en el estado de salud y esperanza de vida entre países de la OCDE? ¿Acaso la mayor prevalencia de ciertos factores de riesgo como la obesidad, contrarresta los beneficios de haber reducido otros factores de riesgo como el tabaquismo? ¿En qué grado tienen todos los ciudadanos acceso oportuno y adecuado a la prestación de servicios, así como una buena protección financiera contra el costo del cuidado de la salud? ¿Qué información tenemos sobre la calidad y seguridad de la atención prestada a la población con diferentes problemas comunes de salud? ¿Cuáles son los recursos financieros, humanos y técnicos asignados a los sistemas de salud en diferentes países?

La respuesta a estas preguntas no es de ninguna manera tarea fácil, pero la información contenida en este capítulo puede clarificar en algún grado el nivel de efectividad de los países en el fomento de la salud de su población y en las diferentes dimensiones del desempeño de sus sistemas de salud. Esta información no pretende identificar a los países que tienen el mejor sistema de salud en general, sino que resume algunas de las fortalezas y debilidades relativas de los países de la OCDE en una serie de indicadores de salud y desempeño de sistemas de salud, y puede ser útil para determinar posibles áreas prioritarias de acción, pero deberá complementarse con una revisión más profunda de los datos y los factores que determinan las variaciones entre países, lo que se presenta en los demás capítulos del documento.

Este capítulo presenta cinco conjuntos de indicadores que se discuten a profundidad en los capítulos que se mencionan entre paréntesis, resaltando la efectividad de los países en las siguientes dimensiones:

- Estado de salud (Capítulos 3 y 11)
- Factores de riesgo para la salud (Capítulo 4)
- Acceso a servicios de salud (Capítulo 5)
- Calidad del servicio (Capítulo 6)
- Recursos para el cuidado de la salud (Capítulos 7, 8 y 9)

Para cada una de estas dimensiones, se presenta un conjunto de 4 o 5 indicadores relevantes, como *instantáneas de la OCDE y tablas por país*. Estos indicadores se han seleccionado según la relevancia de sus políticas y su importancia como factores clave a monitorear en un sistema de salud, pero también dependiendo de la disponibilidad y facilidad de interpretación de los datos. Por lo tanto, se ha dado prioridad a los indicadores para los que el nivel nacional de cobertura es mayor, a fin de incrementar la comparabilidad.

Las recientemente incluidas *instantáneas de la OCDE* proporcionan estadísticas resumidas para indicadores clave en las cinco dimensiones previamente mencionadas. Complementan las tablas por país al permitir visualizar:

- el más reciente promedio de la OCDE (para comparación rápida con números por país en las tablas)
- la distribución de los valores superiores e inferiores (para tener un sentido general de la dispersión alrededor de cada indicador)
- la tendencia general de la OCDE desde 2005 (para resaltar los cambios en el tiempo)

Las instantáneas complementan las tablas por país al permitir al lector evaluar inicialmente el desempeño de un país contra el promedio de la OCDE y el rango de valores, antes de revisar en detalle los indicadores en otros capítulos de la publicación.

Las *tablas por país* comparan el desempeño entre ellos y contra el promedio de la OCDE. Los países se clasifican para cada indicador en tres grupos con un código de color:

- Azul, cuando el desempeño del país es equivalente al promedio de la OCDE
- Verde, cuando el desempeño del país es considerablemente superior al promedio de la OCDE
- Rojo, cuando el desempeño del país es considerablemente inferior al promedio de la OCDE

La única excepción a esta forma de agrupar está en la tabla sobre recursos para el cuidado de la salud (Tabla 1.5), donde los indicadores presentados no pueden ser estrictamente clasificados como mejor o peor desempeño. Por esta razón, el código de color en esta tabla utiliza tonos más tenués o más oscuros de azul para señalar que un país está muy por encima o por debajo del promedio de la OCDE en conjunto.

Metodología, interpretación y uso

Instantáneas de la OCDE

Para cada indicador se muestran el promedio de la OCDE, y los valores más alto y más bajo para el último año disponible, que corresponden con los datos presentados en los principales capítulos del documento. Las líneas al lado derecho muestran las tendencias en la OCDE en conjunto en años recientes. Éstas se calculan con base en una media no ponderada de los datos disponibles para cada año (cuando están disponibles son linealmente interpolados para asegurar la consistencia, con respecto al número de países usado para las medias). Con estas líneas se espera dar una visión amplia de las tendencias, dadas las diferencias potenciales en metodología o composición de países en el tiempo.

Tablas por país

La clasificación de países como superiores, inferiores o equivalentes al promedio de la OCDE se basa en la desviación estándar de cada indicador. Se ha preferido este método en lugar de un porcentaje fijo o un número fijo de países por categoría, pues refleja la variación (qué tan lejos está un país del promedio de la OCDE) de una forma dinámica.

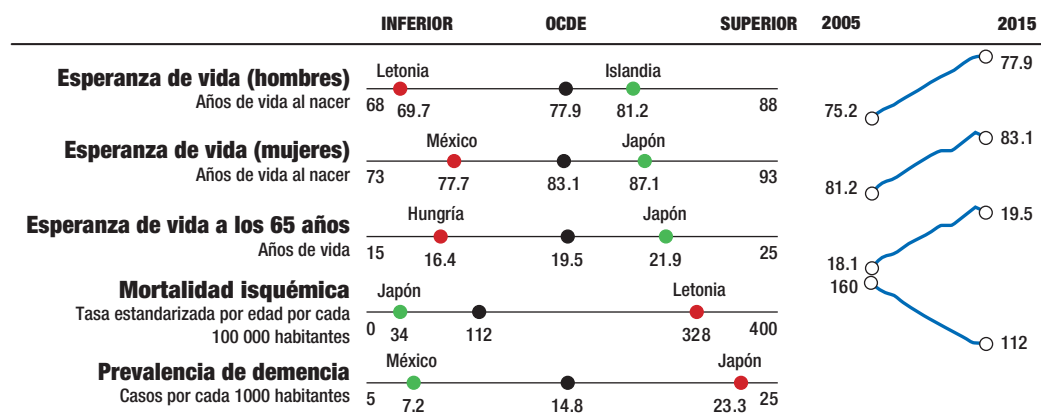
Es común usar la desviación estándar como indicador estadístico de variación en una distribución, pues mide qué tan cercanos a la tendencia central son los valores. Los países se clasifican como “cercaños al promedio de la OCDE” (azul), cuando el valor para cualquier indicador está dentro de una desviación estándar de la media de la OCDE para el año más reciente. En raros casos, valores que son particularmente atípicos se excluyen del cálculo de la desviación estándar. Estas excepciones se muestran al pie de las tablas relevantes.

Para un indicador típico, alrededor del 65% de los países (23 países) serán equivalentes al promedio de la OCDE, y el restante 35% serán significativamente superiores (verde) o inferiores (rojo). Cuando el número de países equivalentes al promedio de la OCDE es mayor (menor) a 23, significa que la variación entre países es relativamente baja (alta) para ese indicador. Por ejemplo, un indicador como la esperanza de vida para hombres y el consumo de alcohol muestra que el de 28 países es equivalente al promedio de la OCDE, lo que indica que los países muestran una variación relativamente menor en comparación con otros indicadores.

Estado de salud

La esperanza de vida es un indicador clave para comprender el estado general de salud de una población. Por lo tanto, es central para esta sección, con otros tres indicadores que reflejan esperanzas de vida específicas según el género y la edad. Se muestran igualmente indicadores más específicos de mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica y prevalencia de demencia, que son dos causas principales de mortalidad y morbilidad en la actualidad y en el futuro. La Figura 1.1 muestra el estado de salud en los países de la OCDE en conjunto, y la Tabla 1.1 comparaciones más detalladas entre países.

Figura 1.1. Instantánea del estado de salud en los países de la OCDE



Nota: El eje Y para las tendencias de la OCDE, está estandarizado para tener altura fija con base en los valores mínimo y máximo del indicador. El eje X inferior - superior, está estandarizado con distancias constantes del promedio de la OCDE cuando el indicador no se trunca en 0.

En general, Japón, Francia y España tienen los mejores resultados en salud en términos de esperanza de vida y mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica. Hungría, Letonia, México y la República Eslovaca están consistentemente debajo del promedio de la OCDE para estos indicadores. En los países de la OCDE la esperanza de vida se ha incrementado de forma permanente en el tiempo, aunque aproximadamente la mitad de los países reportaron ligeras disminuciones en la esperanza de vida entre 2014 y 2015. Al mismo tiempo, algunos de los países con los más altos índices de prevalencia de demencia son los que tienen mayor esperanza de vida, como Japón e Italia. La prevalencia de demencia muestra la mayor variación entre países considerando estos indicadores.

Existen importantes variaciones en **esperanza de vida** por género y edad. Las mujeres en Japón, España y Francia viven mucho más tiempo que el promedio de la OCDE, mientras que la esperanza de vida para hombres en Islandia es particularmente alta. La esperanza de vida a los 65 años de edad es considerablemente inferior al promedio de la OCDE en 12 países, y notablemente superior al promedio en Japón, Francia y España. Hay una serie de factores inherentes y ajenos los sistemas de salud que afectan la esperanza de vida. Un mayor gasto en salud per cápita se asocia positivamente con la esperanza de vida, aunque esta relación es menos pronunciada en países con los más elevados gastos en salud, como Luxemburgo, Noruega, Suiza y los Estados Unidos. Las diferencias en comportamientos riesgosos, como el tabaquismo y la obesidad, que tienen un mayor impacto en la salud, también pueden explicar parcialmente la variación entre países y las diferencias en esperanza de vida. Los factores ajenos a los sistemas de salud son también determinantes, como el nivel de ingreso, de escolaridad y otros factores socioeconómicos.

La **enfermedad cardíaca isquémica** continúa siendo la causa más frecuente de mortalidad en la mayoría de los países de la OCDE, aunque ha habido una disminución en promedio de más del 50% desde 1990. Las tasas de mortalidad de cinco países son considerablemente superiores al promedio de la OCDE, siendo las más altas las de Letonia, la República Eslovaca y Hungría; mientras que son relativamente inferiores en Japón, Corea, Francia y los Países Bajos.

La prevalencia de **demencia**, una variedad de desórdenes mentales entre los cuales la enfermedad de Alzheimer es la forma más común, es un indicador central para monitorear la salud de poblaciones que envejecen. La prevalencia de demencia es notablemente superior al promedio de la OCDE en siete países, siendo la más alta la de Japón, Italia y Alemania. Los países con poblaciones más jóvenes, tienen típicamente menor prevalencia de demencia, siendo las tasas menores las de México, Turquía y la República Eslovaca.

Tabla 1.1. Estado de salud

✔ Mejor que el promedio de la OCDE
● Cercano al promedio de la OCDE
✘ Peor que el promedio de la OCDE
– Datos no disponibles

	ESPERANZA DE VIDA (H)	ESPERANZA DE VIDA (M)	ESPERANZA DE VIDA (65)	MORTALIDAD ISQUÉMICA	PREVALENCIA DE DEMENCIA
	Años de vida al nacer, hombres	Años de vida al nacer, mujeres	Años de vida a los 65 años, total	Tasa estandarizada por edad en 100 000 habitantes	Casos en 1 000 habitantes
OCDE	77.9	83.1	19.5	112	14.8
Alemania	78.3 ●	83.1 ●	19.5 ●	106 ●	20.2 ✘
Australia	80.4 ●	84.5 ●	20.9 ●	85 ●	14.2 ●
Austria	78.8 ●	83.7 ●	19.7 ●	131 ●	18.0 ●
Bélgica	78.7 ●	83.4 ●	19.9 ●	54 ●	18.0 ●
Canadá	79.6 ●	83.8 ●	20.2 ●	93 ●	13.0 ●
Chile	76.5 ●	81.7 ●	18.5 ●	64 ●	11.7 ●
Corea	79.0 ●	85.2 ●	20.3 ●	38 ✔	9.6 ✔
Dinamarca	78.8 ●	82.7 ●	19.4 ●	60 ●	16.4 ●
Estonia	73.2 ✘	82.2 ●	18.1 ✘	211 ✘	14.7 ●
Eslovenia	77.8 ●	83.9 ●	19.5 ●	82 ●	11.8 ●
España	80.1 ●	85.8 ✔	21.0 ✔	53 ●	19.4 ✘
Estados Unidos	76.3 ●	81.2 ●	19.3 ●	113 ●	11.6 ●
Finlandia	78.7 ●	84.4 ●	20.1 ●	147 ●	18.5 ●
Francia	79.2 ●	85.5 ✔	21.5 ✔	39 ✔	19.7 ✘
Grecia	78.5 ●	83.7 ●	19.9 ●	82 ●	19.6 ✘
Hungría	72.3 ✘	79.0 ✘	16.4 ✘	288 ✘	10.6 ●
Irlanda	79.6 ●	83.4 ●	19.7 ●	127 ●	11.5 ●
Islandia	81.2 ✔	83.8 ●	20.4 ●	100 ●	13.0 ●
Israel	80.1 ●	84.1 ●	20.2 ●	64 ●	10.5 ●
Italia	80.3 ●	84.9 ●	20.6 ●	84 ●	22.5 ✘
Japón	80.8 ●	87.1 ✔	21.9 ✔	34 ✔	23.3 ✘
Letonia	69.7 ✘	79.5 ✘	16.6 ✘	328 ✘	14.6 ●
Luxemburgo	80.0 ●	84.7 ●	20.4 ●	59 ●	13.3 ●
México	72.3 ✘	77.7 ✘	17.7 ✘	144 ●	7.2 ✔
Noruega	80.5 ●	84.2 ●	20.3 ●	72 ●	15.1 ●
New Zelanda	79.9 ●	83.4 ●	20.4 ●	129 ●	13.5 ●
Países Bajos	79.9 ●	83.2 ●	19.8 ●	46 ✔	16.1 ●
Polonia	73.5 ✘	81.6 ●	17.9 ✘	98 ●	9.9 ✔
Portugal	78.1 ●	84.3 ●	19.9 ●	55 ●	19.9 ✘
Reino Unido	79.2 ●	82.8 ●	19.7 ●	98 ●	17.1 ●
República Checa	75.7 ●	81.6 ●	17.7 ✘	237 ✘	10.4 ✔
República Eslovaca	73.1 ✘	80.2 ✘	16.9 ✘	291 ✘	8.3 ✔
Suecia	80.4 ●	84.1 ●	20.2 ●	95 ●	18.1 ●
Suiza	80.8 ●	85.1 ●	20.9 ●	78 ●	17.2 ●
Turquía	75.3 ●	80.7 ✘	17.8 ✘	146 ●	8.0 ✔

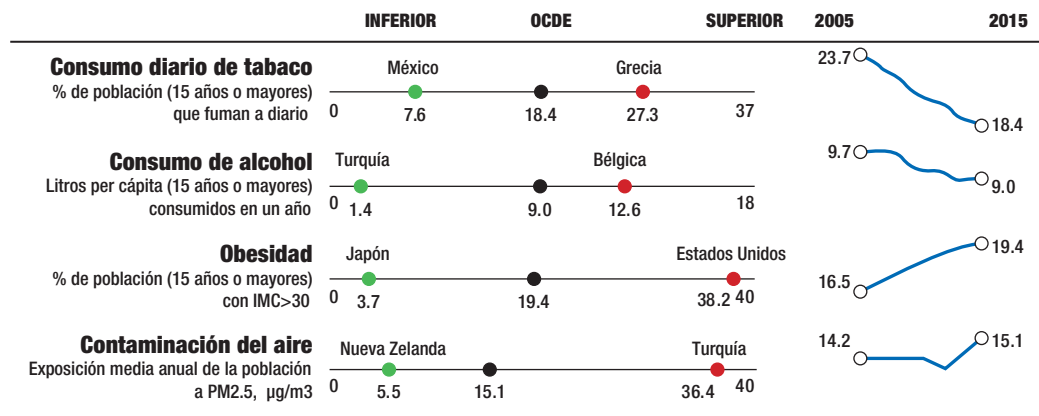
Nota: Todos los datos se refieren a 2015 o el año más cercano, excepto para prevalencia de demencia, que se refiere a 2017. Los indicadores provienen del Capítulo 3 (esperanza de vida, hombres y mujeres; mortalidad isquémica) y el Capítulo II (esperanza de vida a los 65 años; prevalencia de demencia).

Fuente: OECD Health Statistics 2017; análisis de la OCDE de información del World Alzheimer Report 2015 y de las Naciones Unidas (para prevalencia de demencia).

Factores de riesgo para la salud

El tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad son tres factores importantes de riesgo para enfermedades no transmisibles. La exposición de la población a la contaminación del aire es también un determinante no médico crítico para la salud. La Figura 1.2 muestra una instantánea de factores de riesgo para la salud en la OCDE en conjunto, y la Tabla 1.2 presenta comparativos más detallados entre países.

Figura 1.2. Instantánea de factores de riesgo para la salud en la OCDE



Nota: El eje Y para las tendencias de la OCDE está estandarizado para tener altura fija, con base en los valores mínimo y máximo del indicador. El eje X inferior - superior, está estandarizado con distancias constantes del promedio de la OCDE cuando el indicador no se trunca en 0. La contaminación del aire muestra datos para 2005 y de 2010 a 2015.

Estos indicadores son en general buenos para Islandia, Noruega y Suecia. Las tasas de **tabaquismo** son considerablemente inferiores al promedio de la OCDE en México, Islandia, Suecia, los Estados Unidos, Noruega y Australia; mientras que son muy superiores en Grecia, Turquía, Hungría, Austria y Letonia. Aunque la mayoría de los países han logrado reducir las tasas de tabaquismo en décadas recientes, aún hay mucho por hacer. La OMS estima que el consumo de tabaco causa 7 millones de muertes cada año, y sin embargo un promedio de 18.5% de los adultos en países de la OCDE reportan fumar a diario.

El consumo excesivo de **alcohol** es también una carga considerable para la salud, pues se asocia con un riesgo más elevado de enfermedades como cáncer, accidente cerebrovascular, enfermedades hepáticas, así como problemas sociales, y causa un estimado de 2.3 millones de muertes al año. Las poblaciones de Bélgica, Austria y Francia consumen considerablemente más litros per cápita que el promedio de la OCDE, en tanto que el consumo es inferior en Turquía, Israel, México y Noruega. El consumo de alcohol ha fluctuado en los últimos 15 años, con una ligera reducción en los países de la OCDE en el promedio de litros consumidos (con base en estadísticas de ventas). El consumo compulsivo de alcohol es particularmente preocupante en algunos países, notablemente Alemania, Finlandia, Luxemburgo y Dinamarca, y es más predominante entre hombres.

La **obesidad** es un importantísimo factor de riesgo para muchas enfermedades crónicas, incluyendo diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Las tasas de obesidad se han incrementado en décadas recientes en casi todos los países de la OCDE con un promedio de 54% de población con sobrepeso, del cual 19% son obesos. Las tasas de obesidad son considerablemente superiores al promedio en cinco países, siendo las más altas las de los Estados Unidos y México. Las más bajas son las de Japón, Corea, Italia y Suiza. La medida que se reporta es para adultos obesos, con base en datos medidos y auto-reportes. La comparación entre países con diferencias reportadas debe hacerse con cautela, pues los datos medidos son en general mucho más altos y confiables.

La **contaminación del aire** es una importante amenaza ambiental, relacionada con problemas como cáncer pulmonar, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, bajo peso al nacer, demencia y otros problemas de salud. La exposición de la población a micro-partículas (PM2.5) es particularmente alta en Turquía, Corea, Polonia y Hungría. Es considerablemente inferior al promedio de la OCDE en Australia, Nueva Zelanda, Suecia, Canadá, Finlandia e Islandia. Aunque en general la tendencia es decreciente desde 1990, han habido algunos aumentos en la exposición de la población a PM2.5 en años recientes.

Tabla 1.2. Factores de riesgo para la salud

	✔ Mejor que el promedio de la OCDE		● Cercano al promedio de la OCDE		✘ Peor que el promedio de la OCDE		– Datos no disponibles	
	TABAQUISMO		ALCOHOL		OBESIDAD		CONTAMINACIÓN DEL AIRE	
	% de la población que fuma diariamente		Litros per cápita consumidos en un año		% de la población con IMC>30		Exposición media anual a PM2.5, µg/m3	
OCDE	18.4		9.0		19.4		15.1	
Alemania	20.9	●	11.0	●	23.6	●	14.0	●
Australia	12.4	✔	9.7	●	27.9	✘	5.9	✔
Austria	24.3	✘	12.3	✘	14.7	●	17.0	●
Bélgica	18.9	●	12.6	✘	18.6	●	15.6	●
Canadá	14.0	●	8.1	●	25.8	●	7.2	✔
Chile	–		7.2	●	–		20.9	●
Corea	17.3	●	9.1	●	5.3	✔	28.7	✘
Dinamarca	17.0	●	9.4	●	14.9	●	11.0	●
Estonia	21.3	●	10.3	●	18.0	●	9.4	●
Eslovenia	18.9	●	11.5	●	19.2	●	20.3	●
España	23.0	●	9.3	●	16.7	●	9.7	●
Estados Unidos	11.4	✔	8.8	●	38.2	✘	8.4	●
Finlandia	17.4	●	8.5	●	24.8	●	7.4	✔
Francia	22.4	●	11.9	✘	17.0	●	12.4	●
Grecia	27.3	✘	7.5	●	17.0	●	13.5	●
Hungría	25.8	✘	10.9	●	30.0	✘	23.1	✘
Irlanda	19.0	●	10.9	●	23.0	●	9.8	●
Islandia	10.2	✔	7.5	●	19.0	●	7.8	✔
Israel	19.6	●	2.6	✔	16.6	●	21.1	●
Italia	20.0	●	7.6	●	9.8	✔	19.9	●
Japón	18.2	●	7.2	●	3.7	✔	13.3	●
Letonia	24.1	✘	10.8	●	23.2	●	20.4	●
Luxemburgo	14.9	●	11.1	●	22.6	●	16.6	●
México	7.6	✔	5.2	✔	33.3	✘	20.2	●
Noruega	12.0	✔	6.0	✔	12.0	✔	9.1	●
Nueva Zelanda	14.2	●	8.9	●	31.6	✘	5.5	✔
Países Bajos	19.0	●	8.0	●	12.8	●	14.6	●
Polonia	22.7	●	10.5	●	16.7	●	24.3	✘
Portugal	16.8	●	9.9	●	16.6	●	9.8	●
Reino Unido	16.1	●	9.5	●	26.9	✘	12.4	●
República Checa	18.2	●	11.5	●	18.7	●	21.4	●
República Eslovaca	22.9	●	10.2	●	16.3	●	20.5	●
Suecia	11.2	✔	7.2	●	12.3	✔	6.2	✔
Suiza	20.4	●	9.5	●	10.3	✔	12.9	●
Turquía	27.3	✘	1.4	✔	22.3	●	36.4	✘

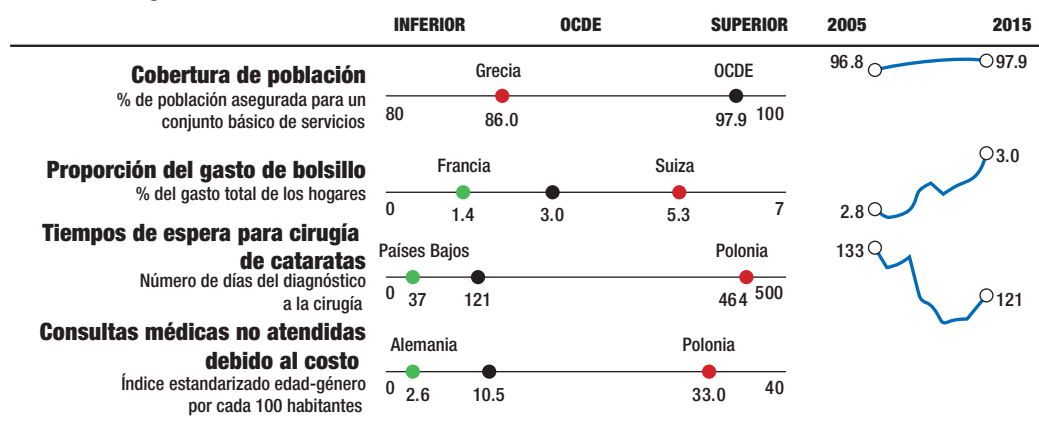
Nota: Todos los datos se refieren a 2015 o el año más cercano. Los indicadores provienen del Capítulo 4. Los datos de obesidad son una mezcla de pesos medidos y auto-reportados, en las que los datos medidos son con frecuencia más altos y confiables comparados con el peso auto-reportado. El Capítulo 4 detalla la cobertura por país para cada indicador.

Fuente: OECD Health Statistics 2017; World Development Indicators (para contaminación del aire).

Acceso a servicios de salud

El acceso a servicios de salud es una medida crítica del desempeño de un sistema de salud. Los indicadores aquí presentados incluyen cobertura de población, una medida general de la cobertura de salud, además de indicadores que reflejan el acceso en términos financieros y de oportunidad. El capítulo de acceso a servicios de salud también incluye medidas de accesibilidad geográfica, que no se presentan aquí por la complejidad de las comparaciones entre países. La Figura 1.3 presenta la instantánea de acceso a servicios de salud en los países de la OCDE, y la Tabla 1.3 ofrece comparativos más detallados entre países.

Figura 1.3. Instantánea de acceso a servicios de salud en la OCDE



Nota: El eje Y para las tendencias de la OCDE está estandarizado para tener altura fija, con base en los valores mínimo y máximo del indicador. El eje X inferior - superior, está estandarizado con distancias constantes del promedio de la OCDE cuando el indicador no se trunca en 0.

En términos de **cobertura de población**, la mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal o casi universal de los costos de cuidado de la salud para un conjunto básico de servicios, exceptuando seis países que se mantienen muy por debajo del promedio de la OCDE - Chile, Grecia, México, Polonia, la República Eslovaca y los Estados Unidos.

Sin embargo, la cobertura de población no es suficiente en sí misma. El nivel de costo compartido aplicado a los servicios de salud afecta el acceso a los mismos. El **gasto de bolsillo** y las **consultas no atendidas debido al costo** son dos indicadores que miden el acceso en términos financieros, particularmente preocupante para grupos de escasos recursos. El gasto de bolsillo puede crear barreras financieras para el acceso a servicios de salud. La proporción de gasto en servicios de salud del gasto total de los hogares, ha crecido ligeramente en todos los países de la OCDE, y es relativamente alta en Corea, Suiza, Grecia, Hungría, México, Portugal y Chile. El índice de consultas no atendidas debido al costo es particularmente alto en Polonia, los Estados Unidos y Suiza (para el subgrupo de 17 países con datos comparables).

Los **tiempos de espera** largos también son una barrera importante en muchos países de la OCDE. Son el resultado de una compleja interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud, en la que los médicos tienen un papel crucial en ambos lados. Los tiempos de espera largos para cirugía electiva (programada), causan que los pacientes sufran dolor y discapacidad innecesariamente. Los tiempos de espera para cirugía de cataratas, uno de los indicadores más comúnmente reportados, son particularmente largos en Polonia y Estonia (para el subgrupo de 16 países con datos comparables), y muy cortos para Canadá, Italia y los Países Bajos.

Tabla 1.3. Acceso a servicios de salud

✔ Mejor que el promedio de la OCDE
● Cercano al promedio de la OCDE
✘ Peor que el promedio de la OCDE
- Datos no disponibles

	COBERTURA DE POBLACIÓN		PROPORCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO		TIEMPOS DE ESPERA PARA CIRUGÍA DE CATARATAS **		CONSULTAS NO ATENDIDAS DEBIDO AL COSTO*	
	% de población asegurada		% del gasto total de los hogares		Número de días del diagnóstico a la cirugía		Índice estandarizado edad-género por cada 100 habitantes	
OCDE	97.9		3.0		121		10.5	
Alemania	100	●	1.8	✔	-	-	2.6	✔
Australia	100	●	3.1	●	93	✔	16.2	●
Austria	99.9	●	3.0	●	-	-	-	-
Bélgica	99.0	●	3.2	●	-	-	-	-
Canadá	100	●	2.2	●	58	✔	6.6	●
Chile	92.1	✘	4.1	✘	103	●	-	-
Corea	100	●	5.1	✘	-	-	-	-
Dinamarca	100	●	2.6	●	87	✔	-	-
Estonia	94.0	●	2.7	●	253	✘	9.7	●
Eslovenia	100	●	2.0	●	-	-	-	-
España	99.8	●	3.7	●	105	●	2.8	✔
Estados Unidos	90.9	✘	2.5	●	-	-	22.3	✘
Finlandia	100	●	3.0	●	103	●	-	-
Francia	99.9	●	1.4	✔	-	-	8.5	●
Grecia	86.0	✘	4.4	✘	-	-	-	-
Hungría	95.0	●	4.4	✘	88	✔	-	-
Irlanda	100	●	2.5	●	-	-	-	-
Islandia	100	●	3.1	●	-	-	-	-
Israel	100	●	3.4	●	132	●	4.7	●
Italia	100	●	3.1	●	50	✔	4.8	●
Japón	100	●	2.6	●	-	-	-	-
Letonia	-	-	3.9	✘	-	-	-	-
Luxemburgo	95.2	●	1.4	✔	-	-	-	-
México	92.3	✘	3.6	●	-	-	-	-
Noruega	100	●	2.9	●	117	●	5.9	●
Nueva Zelanda	100	●	2.1	●	73	✔	14.5	●
Países Bajos	99.9	●	2.4	●	37	✔	10.3	●
Polonia	91.0	✘	2.5	●	464	✘	33.0	✘
Portugal	100	●	3.8	✘	104	●	8.3	●
Reino Unido	100	●	1.5	✔	72	✔	4.2	✔
República Checa	100	●	2.3	●	-	-	-	-
República Eslovaca	93.8	✘	2.4	●	-	-	-	-
Suecia	100	●	3.3	●	-	-	3.9	✔
Suiza	100	●	5.3	✘	-	-	20.9	✘
Turquía	98.4	●	-	-	-	-	-	-

*Se ha excluido a Polonia del cálculo de la desviación estándar. ** Se ha excluido a Estonia y Polonia del cálculo de la desviación estándar. Los valores para Australia y Canadá se reportan en la mediana del número de días, y no la media.

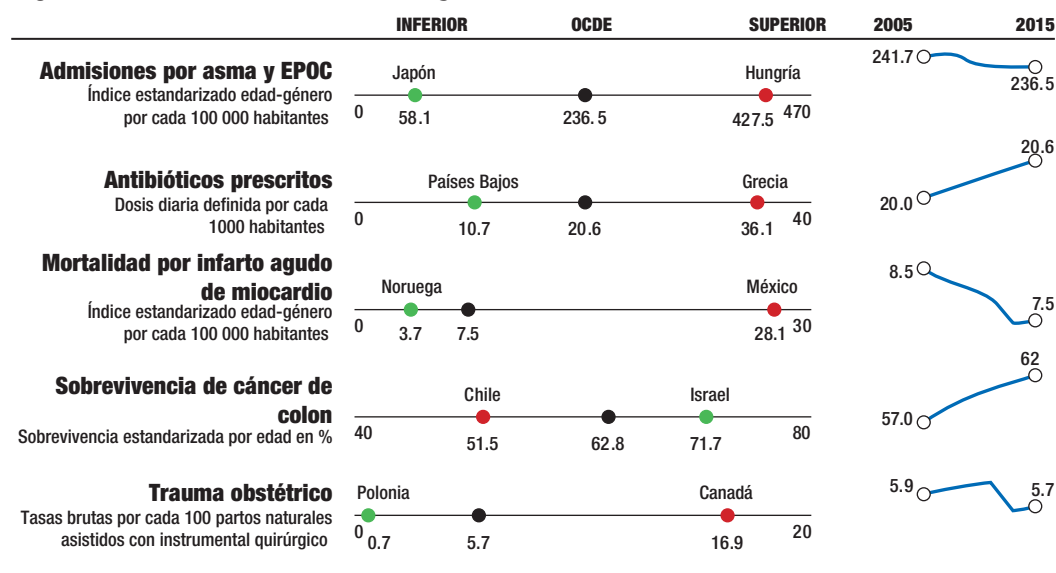
Nota: Los datos de cobertura de población, proporción del gasto de bolsillo y tiempos de espera se refieren a 2015, las consultas no atendidas debido al costo se refieren a 2016. Los indicadores provienen del Capítulo 5.

Fuente: OECD Health Statistics 2017; Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

Calidad y resultados de los servicios de salud

Las medidas de la calidad y los resultados de los servicios de salud deben reflejar la pertinencia de la atención, efectividad clínica, seguridad del paciente, y la respuesta personal al tratamiento. La pertinencia de la atención se mide con la prescripción de antibióticos y las admisiones por asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como indicadores de admisiones evitables. La tasa de fatalidades en 30 días por infarto agudo de miocardio y la sobrevivencia de cáncer de colon, son indicadores de la efectividad clínica; el trauma obstétrico es una medida de seguridad del paciente. La Figura 1.4 muestra la instantánea de calidad y resultados de los servicios de salud en los países de la OCDE, y la Tabla 1.4 los comparativos detallados.

Figura 1.4. Instantánea de calidad y resultados de los servicios de salud en la OCDE



Nota: El eje Y para las tendencias de la OCDE está estandarizado para tener altura fija, con base en los valores mínimo y máximo del indicador. El eje X inferior - superior, está estandarizado con distancias constantes del promedio de la OCDE cuando el indicador no se trunca en 0. El año base del reporte de admisiones por asma y EPOC y antibióticos prescritos, es 2011. Para trauma obstétrico es 2010.

Las admisiones por *asma y EPOC* son condiciones para las que el tratamiento efectivo a nivel primario está bien establecido, pero varía significativamente entre países. Son considerablemente más que el promedio de la OCDE en Hungría, Turquía, Irlanda, Australia, Nueva Zelanda y Letonia; pero mucho menores al promedio en Japón, Italia, Portugal, México y Chile. El número de antibióticos prescritos es mayor al promedio de la OCDE en Grecia, Francia, Bélgica e Italia. La prescripción de antibióticos es considerablemente inferior al promedio en los Países Bajos, Estonia, Suecia, Letonia y Austria. El *número de antibióticos prescritos* se ha incrementado ligeramente en el tiempo. El abuso de éstos productos representa un desperdicio de recursos, y además es responsable de una mayor resistencia antimicrobiana.

La *mortalidad por infarto agudo de miocardio* (con base en admisiones) es un indicador tradicional de la calidad de los cuidados intensivos. Ha disminuido consistentemente desde los años 70 en la mayoría de los países, pero aún existen importantes diferencias entre países. México tiene índices muy altos de mortalidad por infarto agudo de miocardio, y son también relativamente elevados en Letonia, Japón, Chile y Estonia. Ocho países tienen índices de mortalidad considerablemente inferiores al promedio de la OCDE, siendo las menores las de Noruega, Australia y Dinamarca.

Los índices de *sobrevivencia de cáncer de colon* varían relativamente menos que los de infarto agudo del miocardio. Solamente Israel y Corea superan el promedio, en tanto que cinco países están muy por debajo, con los índices menores en Chile y Eslovenia.

El *trauma obstétrico (con instrumental)* es la medida más sólida disponible para dimensionar la seguridad del paciente. Para el subgrupo de 21 países con datos comparables, el índice de trauma obstétrico más alto es el de Canadá, seguido por Suecia, Dinamarca y los Estados Unidos. En contraste, éste índice es considerablemente inferior al promedio de la OCDE en Polonia, Israel, Italia, Eslovenia y Portugal.

Tabla 1.4. Calidad de los servicios de salud

	✓ Mejor que el promedio de la OCDE	● CCercano al promedio de la OCDE	✗ Peor que el promedio de la OCDE	– Datos no disponibles	
	ADMISIONES POR ASMA Y EPOC	ANTIBIÓTICOS PRESCRITOS	MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO*	SOBREVIVENCIA DE CÁNCER DE COLON	TRAUMA OBSTÉTRICO (CON INSTRUMENTAL)**
	Índice estandarizado edad-género por cada 100 000 habitantes	Dosis diaria definida por cada 1000 habitantes	Índice estandarizado edad-género por cada 100 000 habitantes	Sobrevivencia estandarizada por edad en %	Tasas brutas por cada 100 partos naturales asistidos con instrumental quirúrgico
OCDE	236	20.6	7.5	62.8	5.7
Alemania	284 ●	14.4 ✓	7.7 ●	64.8 ●	6.4 ●
Australia	371 ✗	23.4 ●	4.0 ✓	70.6 ✓	7.2 ●
Austria	330 ●	14.0 ✓	7.4 ●	63.7 ●	–
Bélgica	286 ●	29.2 ✗	7.0 ●	67.8 ●	3.4 ●
Canadá	247 ●	20.8 ●	5.1 ✓	67.2 ●	16.9 ✗
Chile	99 ✓	–	11.3 ✗	51.5 ✗	–
Corea	309 ●	24.3 ●	8.1 ●	71.6 ✓	–
Dinamarca	333 ●	16.1 ●	4.0 ✓	61.6 ●	10.9 ✗
Estonia	137 ●	12.1 ✓	10.6 ✗	58.4 ●	3.9 ●
Eslovenia	146 ●	14.5 ●	6.1 ●	61.9 ●	2.1 ✓
España	234 ●	21.6 ●	7.9 ●	63.3 ●	4.8 ●
Estados Unidos	262 ●	–	6.5 ●	64.9 ●	9.6 ✗
Finlandia	184 ●	17.2 ●	5.6 ●	64.8 ●	3.7 ●
Francia	150 ●	29.9 ✗	5.6 ●	63.7 ●	–
Grecia	–	36.1 ✗	–	–	–
Hungría	428 ✗	17.0 ●	–	–	–
Irlanda	411 ✗	25.6 ●	6.4 ●	60.5 ●	4.2 ●
Islandia	223 ●	19.9 ●	5.9 ●	68.2 ●	–
Israel	259 ●	21.4 ●	6.7 ●	71.7 ✓	1.9 ✓
Italia	64 ✓	27.5 ✗	5.4 ●	64.1 ●	1.9 ✓
Japón	58 ✓	–	11.7 ✗	67.8 ●	–
Letonia	341 ✗	13.3 ✓	13.4 ✗	56.4 ✗	–
Luxemburgo	186 ●	26.3 ●	7.3 ●	–	–
México	96 ✓	–	28.1 ✗	–	–
Noruega	261 ●	15.8 ●	3.7 ✓	66.6 ●	2.5 ●
Nueva Zelanda	363 ✗	25.8 ●	4.7 ✓	64.0 ●	8.5 ●
Países Bajos	202 ●	10.7 ✓	5.4 ●	63.0 ●	3.2 ●
Polonia	234 ●	26.2 ●	4.4 ✓	52.8 ✗	0.7 ✓
Portugal	74 ✓	21.3 ●	7.9 ●	60.9 ●	2.5 ✓
Reino Unido	303 ●	20.1 ●	7.1 ●	60.0 ●	6.8 ●
República Checa	193 ●	19.6 ●	6.9 ●	56.1 ●	–
República Eslovaca	238 ●	24.5 ●	6.4 ●	51.7 ✗	–
Suecia	184 ●	12.3 ✓	4.2 ✓	64.9 ●	11.3 ✗
Suiza	138 ●	–	5.1 ✓	67.2 ●	7.4 ●
Turquía	414 ✗	17.3 ●	8.6 ●	54.6 ✗	–

Nota: Todos los datos se refieren a 2015 o el año más cercano. Los indicadores provienen del Capítulo 6.

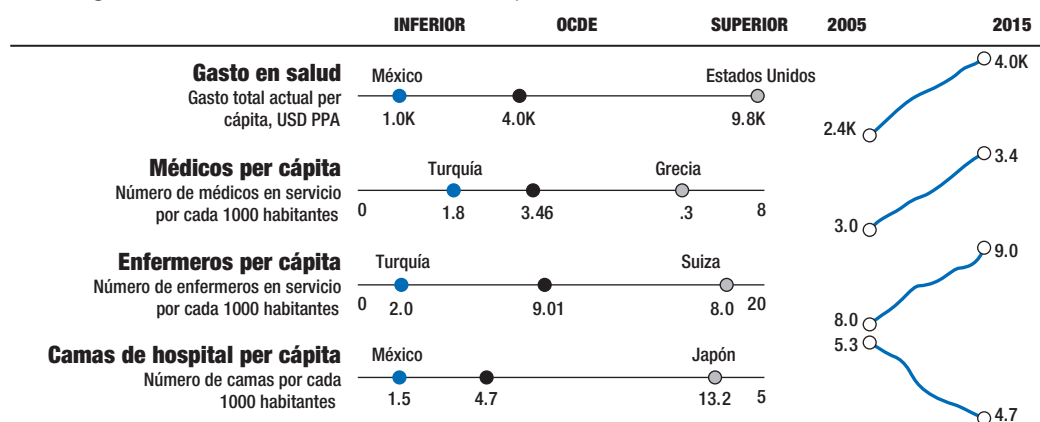
*Se ha excluido a México del cálculo de la desviación estándar. ** Se ha excluido a Canadá del cálculo de la desviación estándar.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

Recursos para el cuidado de la salud

Contar con recursos suficientes para el cuidado de la salud es un factor crítico para el funcionamiento de los sistemas de salud. Pero tener más recursos no se traduce automáticamente en mejores resultados de salud - la efectividad del gasto también es importante. El gasto en salud per cápita es la medida resumida más inmediata de recursos para la salud. Se reporta también la provisión de fuerza laboral para la salud (médicos y enfermeros) y camas de hospital, pues un mayor gasto en salud no está necesariamente relacionado con estos indicadores. La Figura 1.5 presenta la instantánea de recursos para el cuidado de la salud, y la Tabla 1.5, el comparativo detallado entre países.

Figura 1.5. Instantánea de recursos para el cuidado de la salud en la OCDE



Nota: El eje Y para las tendencias de la OCDE está estandarizado para tener altura fija, con base en los valores mínimo y máximo del indicador. El eje X inferior - superior, está estandarizado con distancias constantes del promedio de la OCDE cuando el indicador no se trunca en 0.

En general, los países que cuentan con un mayor gasto en salud, más amplia fuerza laboral para la salud y otros recursos, tienen mejores resultados, calidad y acceso a servicios de salud. Sin embargo, el número absoluto de recursos invertidos no es un predictor perfecto de mejores resultados - el uso eficiente de los recursos es también un factor crítico.

En términos del **gasto total en salud**, en los Estados Unidos se gasta considerablemente más por persona que en cualquier otro país. El gasto en salud también es alto en Suiza, Luxemburgo y Noruega. Hay nueve países que gastan menos que el promedio de la OCDE, siendo el menor gasto per cápita el de México, Turquía y Letonia. El gasto en salud ha crecido consistentemente en todos los países en las últimas décadas, sin considerar una disminución después de la crisis financiera. Al considerar los índices de crecimiento del gasto como una proporción del PIB, además de los niveles absolutos de gasto, se puede tener una mejor perspectiva de cuánto gastan los países en relación con la economía en general.

Una parte importante del gasto en salud se traduce en salarios para la fuerza laboral. El número de médicos y enfermeros en un sistema de salud es por lo tanto una forma importante de monitorear el uso de los recursos. El número de **médicos per cápita** es relativamente alto en Grecia, Austria, Portugal y Noruega. Entre estos países, Grecia es de los que tienen menos enfermeros per cápita, lo que sugiere el potencial de disminuir la proporción de médicos-enfermeros. En el largo plazo, esto podría representar ahorros significativos. En contraste, Noruega tiene uno de los mayores números de enfermeros (el número de enfermeros per cápita de Austria y Portugal es cercano al promedio de la OCDE).

El **número de enfermeros per cápita** es particularmente alto en Suiza, Alemania y los países Nórdicos. Mientras que el número total de enfermeros ha crecido más que el de médicos en términos absolutos, ambos han crecido en proporciones semejantes en los años recientes, alrededor del 13%.

Los hospitales representan una parte importante de la asignación de recursos para la salud, y el número de **camas de hospital per cápita** es un indicador de los recursos técnicos y físicos disponibles en un sistema de salud. La disminución del número de camas en muchos países de la OCDE en los últimos años ha sido un esfuerzo voluntario para alentar un cambio a cirugías ambulatorias y atención primaria. Sin embargo, el número de camas per cápita sigue siendo particularmente alto en Japón y Corea.

Tabla 1.5. Recursos para el cuidado de la salud

	Superior al promedio de la OCDE		Cercano al promedio de la OCDE		Inferior al promedio de la OCDE		- Datos no disponibles	
	GASTO TOTAL EN SALUD*		MÉDICOS PER CÁPITA		ENFERMEROS PER CÁPITA		CAMAS PER CÁPITA**	
	Gasto total per cápita, USD PPA		Número de médicos en servicio por cada 1000 habitantes		Número de enfermeros en servicio por cada 1000 habitantes		Número de camas por cada 1000 habitante	
OCDE	4 003		3.4		9.0		4.7	
Alemania	5 551	⬆	4.1	⬆	13.3	⬆	8.1	⬆
Australia	4 708	⬆	3.5	⬆	11.5	⬆	3.8	⬆
Austria	5 227	⬆	5.1	⬆	8.1	⬆	7.6	⬆
Bélgica	4 840	⬆	3.0	⬆	10.8	⬆	6.2	⬆
Canadá	4 753	⬆	2.7	⬆	9.9	⬆	2.6	⬆
Chile	1 977	⬆	2.1	⬆	2.1	⬆	2.1	⬆
Corea	2 729	⬆	2.2	⬆	5.9	⬆	11.5	⬆
Dinamarca	5 199	⬆	3.7	⬆	16.7	⬆	2.5	⬆
Estonia	1 989	⬆	3.4	⬆	6.0	⬆	5.0	⬆
Eslovenia	2 835	⬆	2.8	⬆	8.8	⬆	4.5	⬆
España	3 248	⬆	3.9	⬆	5.3	⬆	3.0	⬆
Estados Unidos	9 892	⬆	2.6	⬆	11.3	⬆	2.8	⬆
Finlandia	4 062	⬆	3.2	⬆	14.7	⬆	4.4	⬆
Francia	4 600	⬆	3.3	⬆	9.9	⬆	6.1	⬆
Grecia	2 223	⬆	6.3	⬆	3.2	⬆	4.3	⬆
Hungría	2 101	⬆	3.1	⬆	6.5	⬆	7.0	⬆
Irlanda	5 528	⬆	2.9	⬆	11.9	⬆	3.0	⬆
Islandia	4 376	⬆	3.8	⬆	15.5	⬆	3.1	⬆
Israel	2 822	⬆	3.4	⬆	4.9	⬆	3.0	⬆
Italia	3 391	⬆	3.8	⬆	5.4	⬆	3.2	⬆
Japón	4 519	⬆	2.4	⬆	11.0	⬆	13.2	⬆
Letonia	1 466	⬆	3.2	⬆	4.7	⬆	5.7	⬆
Luxemburgo	7 463	⬆	2.9	⬆	11.9	⬆	4.8	⬆
México	1 080	⬆	2.4	⬆	2.8	⬆	1.5	⬆
Noruega	6 647	⬆	4.4	⬆	17.3	⬆	3.8	⬆
Nueva Zelanda	3 590	⬆	3.0	⬆	10.3	⬆	2.7	⬆
Países Bajos	5 385	⬆	3.5	⬆	10.5	⬆	4.2	⬆
Polonia	1 798	⬆	2.3	⬆	5.2	⬆	6.6	⬆
Portugal	2 734	⬆	4.6	⬆	6.3	⬆	3.4	⬆
Reino Unido	4 192	⬆	2.8	⬆	7.9	⬆	2.6	⬆
República Checa	2 544	⬆	3.7	⬆	8.0	⬆	6.5	⬆
República Eslovaca	2 150	⬆	3.5	⬆	5.7	⬆	5.8	⬆
Suecia	5 488	⬆	4.2	⬆	11.1	⬆	2.4	⬆
Suiza	7 919	⬆	4.2	⬆	18.0	⬆	4.6	⬆
Turquía	1 088	⬆	1.8	⬆	2.0	⬆	2.7	⬆

Nota: Todos los datos se refieren a 2015 o el año más cercano, excepto el gasto total en salud, que se refiere a 2016. Los indicadores provienen del Capítulo 7 (gasto en salud), Capítulo 8 (médicos y enfermeros per cápita), y Capítulo 9 (camas per cápita).

*Se ha excluido a los Estados Unidos del cálculo de la desviación estándar. ** Se ha excluido a Japón y Corea del cálculo de la desviación estándar. Para Irlanda, se han excluido las camas de hospitales privados.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

Capítulo 2

¿Qué factores han impulsado el incremento en la esperanza de vida en décadas recientes? Análisis comparativo entre los países de la OCDE

Los países con ingreso nacional y gasto en salud más altos tienden a tener mejores esperanzas de vida. Pero estos factores explican solo una parte de las diferencias en esperanza de vida en diferentes naciones. Este capítulo analiza los factores que contribuyen al estado de salud, incluyendo una evaluación más detallada de los determinantes de la salud fuera de los sistemas de salud. El análisis muestra que en promedio, un aumento del 10% en el gasto en salud per cápita se asocia con un incremento de 3.5 meses en la esperanza de vida. La misma tasa de mejora en estilo de vida de 10% se asocia con una ganancia de 2.6 meses de esperanza de vida. Otros determinantes sociales más amplios también son importantes: un incremento de 10% en el ingreso per cápita se asocia con 2.2 meses más de esperanza de vida, y 10% más cobertura en educación primaria, con 3.2 meses. En cuanto a ingreso, los niveles mínimos absolutos son particularmente críticos para proteger la salud de la población.

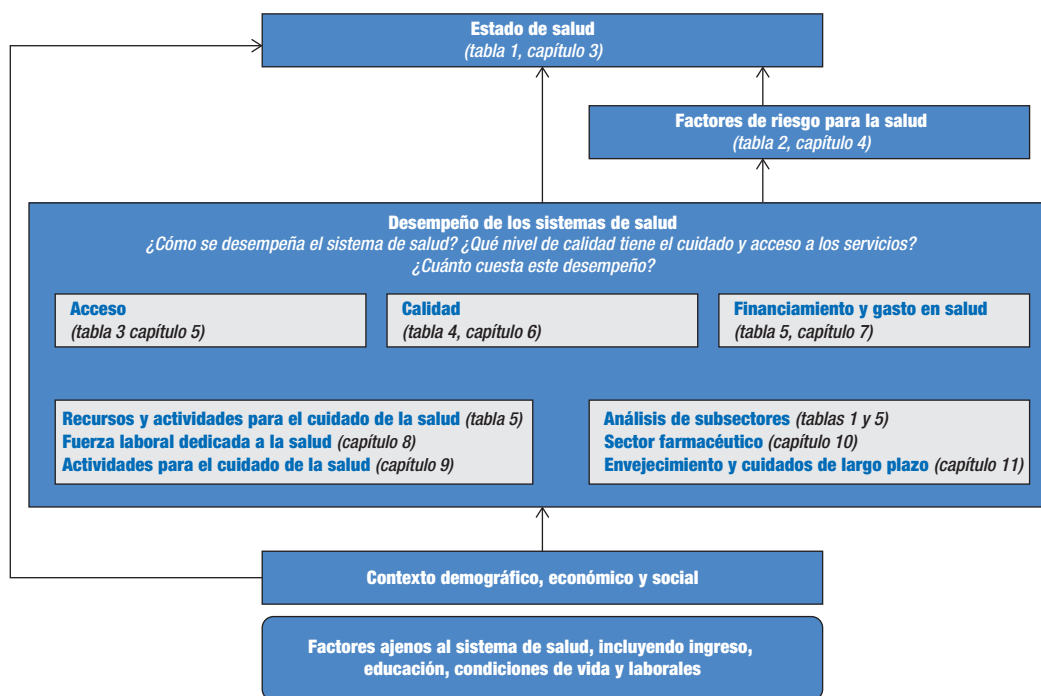
La principal implicación de este análisis en cuanto a políticas sanitarias son las significativas oportunidades de mejorar la salud de la población con acciones coordinadas entre los ministerios a cargo de educación, medio ambiente, ingreso y seguridad social, junto con los ministerios de salud, incluyendo acciones entre sectores para abordar el tema de comportamientos que impactan la salud. La colaboración con el sector privado también será importante, especialmente con los empresarios en cuanto a condiciones laborales.

Introducción

La esperanza de vida se ha incrementado consistentemente en la mayoría de los países de la OCDE en más de 10 años en promedio desde 1970. Los índices de mortalidad por las principales causas de muerte, enfermedades cardiovasculares y cáncer, han decrecido en general. Actualmente los países con más alto ingreso nacional y gasto en salud tienden a tener mejores esperanzas de vida. Sin embargo, estos factores solo explican parte de las diferencias en esperanza de vida entre países. Además, la esperanza de vida varía entre grupos de población; por ejemplo, la esperanza de vida es menor entre individuos con menor nivel educativo en todos los países de la OCDE (Murtin et al., 2017).

Este capítulo explora los determinantes del incremento en la esperanza de vida en los países de la OCDE. Esto incluye factores ajenos a los sistemas de salud –el contexto demográfico, económico y social– además de los inherentes a los mismos. El análisis complementa capítulos subsecuentes de esta edición de *Panorama de la Salud*, que se enfocan principalmente en comparativos del desempeño de sistemas de salud entre países. Haciendo referencia al marco conceptual que sustenta a *Panorama de la Salud*, este capítulo analiza los factores que contribuyen al estado de salud, incluyendo un análisis más detallado de determinantes de la salud que van más allá del sistema de salud (Figura 2.1).

Figura 2.1. **Determinantes de salud y el marco conceptual de *Panorama de la Salud***



El análisis se basa en datos a nivel de país para el periodo 1995-2015, e incluye a los 35 miembros de la OCDE. Los hallazgos empíricos se complementan con una evaluación de los mecanismos por los que los factores inherentes y ajenos a los sistemas afectan la salud.

Comprensión de los factores determinantes de la salud

Los resultados en salud dependen de la inversión dentro y fuera del sistema de salud

La carga genómica y la disponibilidad de servicios de salud no son suficientes para explicar las diferencias en la salud de los individuos. Un creciente conjunto de evidencias demuestran que la salud de un individuo depende también de factores que van más allá del cuidado médico que recibe (Marmot y Wilkinson, 2006; WHO, 2008). Algunos de estos factores pueden ser influenciados por los sistemas de salud directamente a través de salud pública y medidas de prevención. Los factores determinantes no médicos relacionados con estilo de vida son particularmente importantes, e incluyen factores de riesgo notables como el tabaquismo, el consumo de alcohol y dietas poco saludables; y en contraste, las actividades beneficiosas como la actividad física.

Otros factores sociales determinantes más amplios también son importantes, como el nivel de ingreso, el educativo, las condiciones de vida y laborales. Un ingreso suficiente permite a la gente adquirir bienes y servicios que mantienen o mejoran la salud, como alimentación nutritiva y vivienda apropiada; aunque también un ingreso más alto puede implicar más horas de trabajo y estrés (Fuchs, 2004). Las personas con mayor nivel educativo, además de tener con frecuencia mayores ingresos, suelen estar mejor informados sobre actividades beneficiosas (Mackenbach et al., 2008). El desempleo y las condiciones inapropiadas de trabajo impactan negativamente la salud mental, y ciertas ocupaciones conllevan un mayor riesgo de lesiones (Bassanini y Caroli, 2014). Vivir en condiciones poco sanitarias, inseguras o con contaminación ambiental también incrementa el riesgo de enfermedad y muerte (Gibson et al., 2011; Deguen y Zmirou-Navier, 2010).

Los factores sociales determinantes de la salud están estrechamente relacionados entre sí, lo que dificulta separar empíricamente los efectos de diferentes factores individuales en la salud (Fuchs, 2004). Lo que es evidente es que estos factores en general se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, las personas con nivel educativo más alto es probable que dispongan de más recursos, que vivan en ambientes más saludables y que no fumen. Además, algunos investigadores sostienen que las grandes diferencias de ingreso no solo causan inequidades sanitarias, sino que además pueden ser perjudiciales para la salud de la población (Pickett y Wilkinson, 2015). Finalmente, es probable que las desigualdades sanitarias persistan durante el ciclo de vida y de una generación a otra, y que las circunstancias de la primera infancia tengan una influencia en las perspectivas económicas y de salud.

Adicionalmente, a pesar de que la mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal de salud, los individuos de los grupos más vulnerables tienden a tener menor acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, algunos pueden no conocer o no querer usar toda la gama de servicios a su disposición. La calidad del servicio puede ser limitada en zonas marginadas; los pagos compartidos y otros pagos directos de los usuarios sin mecanismos efectivos de exención, afectan de manera desproporcionada a los pobres. (OECD, 2014, 2015a).

Los estudios con datos agregados resaltan la contribución a la salud de los factores socioeconómicos

Una gama de estudios han estimado una función empírica de 'producción de salud' utilizando datos agregados. Estos análisis se han usado para evaluar la contribución del gasto en salud, factores socioeconómicos y otros en la salud de la población.¹

En general, el gasto en salud, el nivel educativo y de ingreso benefician de manera significativa la salud de la población (Berger y Messer, 2002; OECD, 2010; Heijink et al., 2013; Moreno-Serra y Smith, 2015); y típicamente la contaminación y el estilo de vida (particularmente el tabaquismo y consumo de alcohol) causan efectos adversos (Shaw, 2005; Blázquez-Fernández et al., 2013). Un número mucho menor de estudios incorporan variables que reflejan el desempleo, categoría ocupacional o desigualdad de ingreso, y cuando éstos se incluyen, los resultados son más variados (Or, 2000; Lin, 2009).

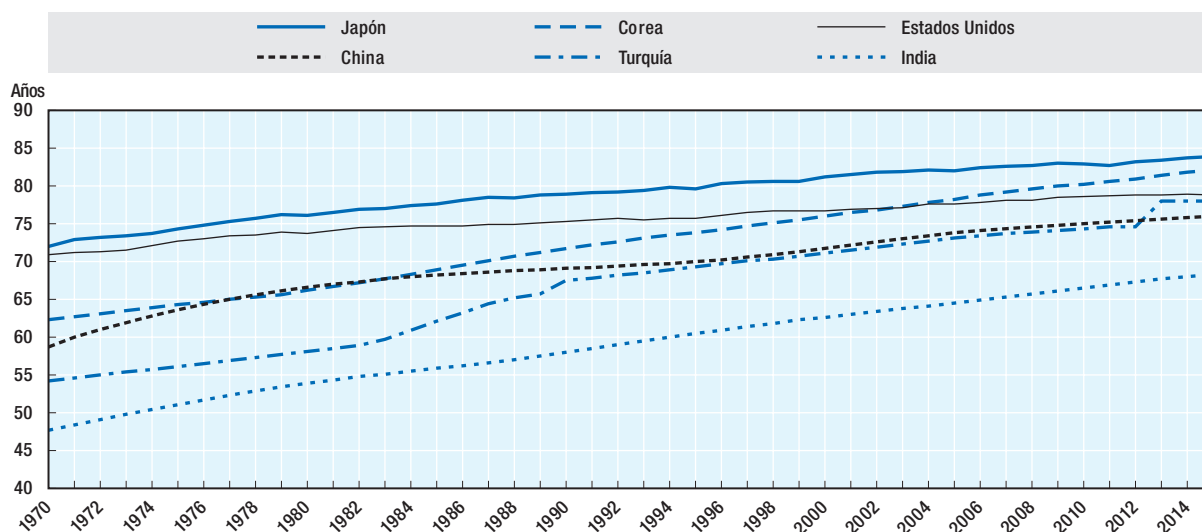
Se debe notar que el gasto en salud y el ingreso han tenido normalmente un mayor impacto en la reducción de mortalidad evitable o infantil que en el aumento de la esperanza de vida (Heijink et al., 2013; Nixon y Ulmann, 2006). También son importantes los factores dinámicos; por ejemplo, las crisis económicas temporales han mostrado efectos más variados en resultados de salud, empeorando la salud mental, pero también reduciendo la mortalidad por accidentes de tránsito y posiblemente menos contaminación (Ruhm, 2012; van Gool y Pearson, 2014; Laliotis et al., 2016). De manera más general, las diferencias entre los países incluidos explican la variabilidad en el impacto de diversos factores en la salud.

El aumento de la esperanza de vida en el tiempo refleja un mayor gasto en salud, estilos de vida saludables y mejores condiciones socioeconómicas

Todos los países de la OCDE y socios han tenido incrementos en la esperanza de vida, pero el índice varía notablemente entre países

La esperanza de vida al nacer se incrementó en todos los países analizados. El incremento ha sido particularmente rápido en Turquía, India, Corea y China, que han tenido periodos de crecimiento económico sostenido y mejor cobertura de salud (Figura 2.2). En los Estados Unidos y México, los incrementos han sido más modestos, así como en Sudáfrica (debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA), Lituania y la Federación de Rusia (debido principalmente al impacto de la transición económica en los años 90 y un incremento en comportamiento riesgoso entre los varones). En la actualidad, la esperanza de vida más alta es la de Japón con 83.9 años.

Figura 2.2. Tendencias en esperanza de vida al nacer, selección de países, 1970-2015



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933602139>

El aumento en el gasto en salud ha tenido un fuerte impacto positivo en la esperanza de vida, pero otros determinantes sociales más amplios también son importantes

Un nuevo análisis arroja cálculos de la contribución relativa de los sistemas de salud y estilos de vida saludables, frente a los factores socioeconómicos y ambientales en los países de la OCDE. El análisis emplea los más recientes datos entre países y sigue las mejores prácticas metodológicas (Recuadro 2.1). Se evalúan los incrementos en la esperanza de vida de 1995 a 2015. Los datos de factores explicativos tienen un desfase de cinco años (es decir, con datos de 1990 a 2010) para explicar los efectos retrasados en la salud.

Recuadro 2.1. Datos y método

El análisis evaluó la contribución relativa de factores inherentes y ajenos al sistema de salud al incremento de la esperanza de vida entre 1995 y 2015 en los 35 países de la OCDE. Se utilizó el panel de datos macro de las Estadísticas de Salud de la OCDE (OECD Health Statistics) y del Banco de Datos del Banco Mundial (World Bank Databank).

Se desarrolló una función empírica de producción de salud, con la siguiente forma general:

$$LE_{i,t} = \alpha_i + \beta_1 W_{i,t-5} + \beta_2 X_{i,t-5} + \beta_3 Y_{i,t-5} + \beta_4 Z_{i,t-5} + e_{i,t}$$

donde $LE_{i,t}$ es la esperanza de vida al nacer por país i en el año t ; α el efecto país; y e el término de error. Las variables explicativas tienen un desfase de cinco años para reflejar los efectos tardíos de determinantes clave de la esperanza de vida. Se eligió un desfase de cinco años para que exista balance entre explicar los efectos tardíos en la salud y mantener un número suficiente de observaciones para el análisis de series de tiempo.

W es un vector de variables del sistema de salud en el año $t-5$ (*gasto en salud*, incluyendo cuidados curativos y preventivos, medido por el gasto total expresado en USD PPA constantes per cápita; *protección financiera*, usando como indicador la proporción de gasto de bolsillo del gasto total en salud). X es un vector de factores de estilo de vida en el año $t-5$ (prevalencia de *fumadores* habituales, consumo de *alcohol* en litros per cápita; *dieta saludable*, medida por la proporción de la población que consume vegetales diariamente). Y es un vector de ingreso y otras variables socioeconómicas en el año $t-5$ (*ingreso*, medido por PIB per cápita en USD PPA constantes, el gasto total neto en salud; educación, medida como la proporción de la población que alcanza nivel superior a *educación* primaria; y el índice de *desempleo* de largo plazo). Z es una variable ambiental en el año $t-5$ (*contaminación del aire*, medida por la proporción de la población expuesta a micro-partículas PM2.5).

Se utiliza la función de producción Cobb-Douglas, en la que todas las variables se expresan en forma logarítmica. La especificación econométrica es el modelo GLS, con efectos fijos por país, estructuras de autocorrelación específicas por país para errores, una corrección por heterocedasticidad, y variables explicativas desfasadas. La ausencia de datos en años específicos se abordó usando interpolación lineal. Se examinan otros modelos empíricos en un documento en proceso (James et al., próxima publicación). Aunque el análisis aplica las mejores prácticas metodológicas, las asociaciones entre esperanza de vida y variables explicativas no garantizan causalidad.

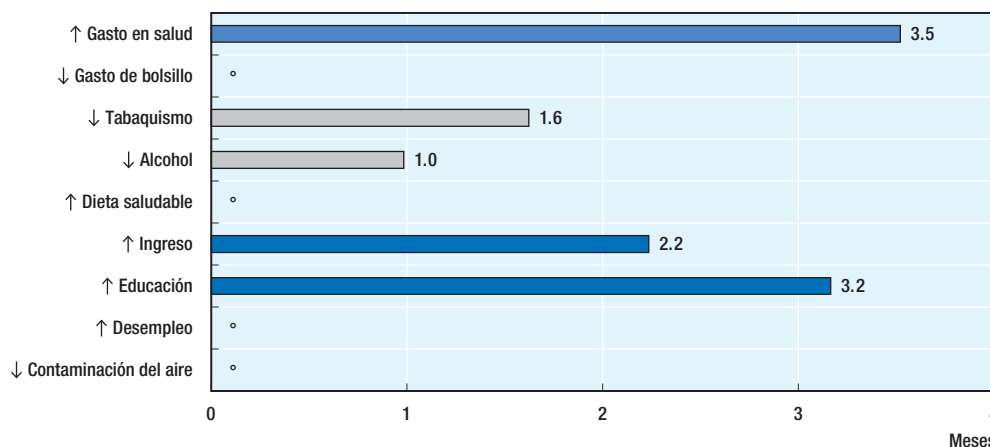
Los resultados de este análisis muestran que un gasto en salud mayor, estilos de vida más saludables, ingresos más altos y mejor cobertura de educación tienen en el tiempo asociaciones estadísticamente significativas y positivas con aumentos en la esperanza de vida (Figura 2.3). Específicamente, un aumento del 10% en el gasto en salud per cápita (en términos reales) se asocia con un incremento de 3.5 meses de esperanza de vida. La misma tasa de mejora a un estilo de vida más saludable (10%), se asocia con una

ganancia de 2.6 meses de esperanza de vida (menos fumadores con 1.6 meses, menor consumo de alcohol con un mes). Los determinantes sociales más amplios también son importantes. Un incremento de 10% en el ingreso per cápita (en términos reales) se asocia con 2.2 meses más de esperanza de vida, y 10% más de cobertura en educación primaria, con 3.2 meses.

La proporción del gasto de bolsillo en el gasto total en salud no tuvo una asociación significativa con ganancia en esperanza de vida, principalmente por su muy pequeña reducción en el periodo estudiado. Una dieta saludable tuvo una asociación positiva, más no significativa, con la esperanza de vida. Este hecho puede ser explicado por las muy limitadas mejoras que la gente hizo a su dieta en el tiempo, y la dificultad de plasmar los efectos nutricionales en un nivel macro. La asociación entre índices de desempleo de largo plazo y la esperanza de vida tampoco es significativa. Es sorprendente que la contaminación del aire tampoco está asociada significativamente con el aumento en la esperanza de vida, a pesar de que existe clara evidencia en otros estudios de los efectos adversos de la contaminación del aire en la salud (OECD 2016). Este resultado refleja lo tardío de los efectos de la contaminación del aire en la salud de una persona, y la relativamente pequeña disminución de la contaminación en el tiempo, en muchos países de la OCDE. Estos resultados se exploran en mayor profundidad en un estudio relacionado en proceso (James et al., próxima publicación).

Figura 2.3. Incrementos en la esperanza de vida asociados con un cambio del 10% en los principales determinantes de la salud

Análisis basado en 35 países de la OCDE para el periodo 1995-2015



Nota: ° representa una contribución cercana a cero.

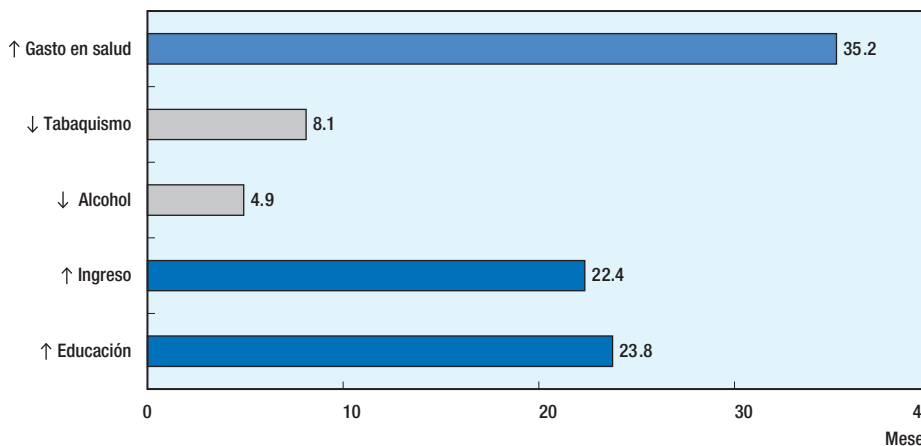
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602158>

Mientras que el efecto de un cambio del 10% de los principales determinantes de la salud en la esperanza de vida es útil para fines de comparación, en la práctica es factible llevar a cabo cambios mayores que resulten en mayores aumentos de la esperanza de vida. Por ejemplo, si los índices de tabaquismo y consumo de alcohol disminuyeran a la mitad, ambos podrían generar un incremento de 13 meses de esperanza de vida. La Figura 2.4 ilustra el impacto de cambios más ambiciosos para una selección de factores, particularmente el doble del gasto en salud e ingreso, 100% de cobertura en educación primaria, y mejoras más marcadas en estilo de vida saludable (disminuir en 50% el consumo de tabaco y alcohol).

La evolución real de los principales determinantes de la salud en los últimos 20 años ha sido con frecuencia más sustancial que el 10% de cambio utilizado en la Figura 2.3. Desde la perspectiva política es relevante, pues significa que el impacto positivo en la esperanza de vida puede ser sustancial si se dan las inversiones apropiadas dentro y fuera del sistema de salud.

Figura 2.4. Incrementos en la esperanza de vida de cambios más sustanciales en los principales determinantes de la salud

Análisis basado en 35 países de la OCDE para el periodo 1995-2015

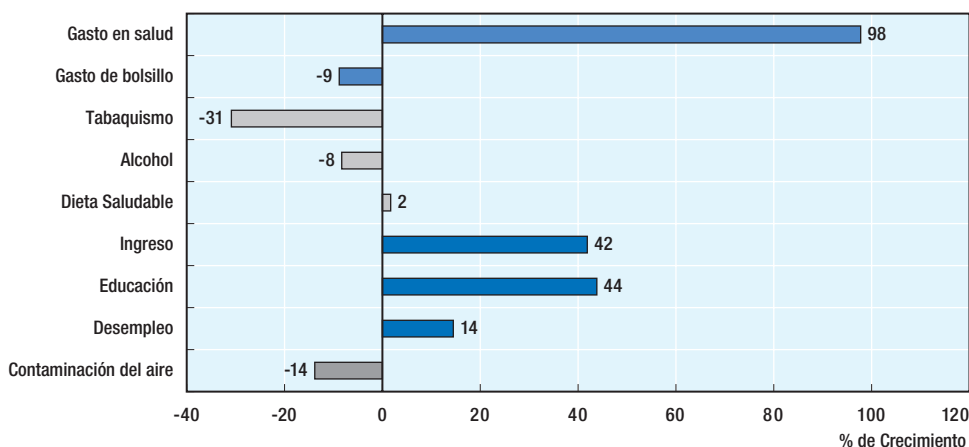


Nota: Los números representan el incremento en la esperanza de vida que podría esperarse de duplicar el gasto en salud, duplicar el ingreso, alcanzar 100% en educación terciaria y reducir a la mitad el consumo de tabaco y alcohol. Se excluyen desempleo, dieta saludable, gasto de bolsillo y contaminación del aire, porque no resultaron ser estadísticamente significativos.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602177>

La Figura 2.5 muestra el porcentaje de cambio de estos determinantes de la salud entre 1990 y 2010. Por ejemplo, mientras un incremento del 10% en el gasto en salud se asocia con una ganancia de 3.5 meses de esperanza de vida, el gasto en salud en realidad creció 98% de 1990 a 2010 (de 1624 USD PPA en 1990, a 3212 USD PPA en 2010 en términos constantes). El ingreso aumentó 42% en el mismo período, y la cobertura de educación 44%. Las mejoras a un estilo de vida más saludable han sido menos marcadas, pues el índice de tabaquismo se redujo en 31%, pero el consumo de alcohol bajó solo 8% y el índice de consumo diario de vegetales solo se incrementó 2% de 1990 a 2010.

Figura 2.5. Evolución de los principales determinantes de la esperanza de vida: OCDE 1990 a 2010



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602196>

Como resultado de la evolución de estos determinantes en el tiempo, el gasto en salud ha sido el factor que más ha contribuido al incremento de la esperanza de vida en las últimas dos décadas, seguido por educación e ingreso (Tabla 2.1). Las contribuciones de factores de estilo de vida (tabaquismo, alcohol, dieta saludable)

han sido menores, principalmente porque las mejoras en estos factores en el periodo estudiado han sido menores. La Tabla 2.1 también muestra coeficientes de regresión y valores para 1990 y 2010, junto con las contribuciones relativas de cada uno de éstos determinantes a la esperanza de vida.

Tabla 2.1. **Determinantes del aumento en la esperanza de vida en el tiempo: coeficientes de regresión, contribuciones relativas, valores de 1990 y 2010**

VARIABLES explicativas	Coefficiente de regresión	Contribución a la esperanza de vida (meses)	Valor de 1990	Valor de 2010
Factores del sistema de salud				
Gasto en salud (per cápita en USD PPA constantes)	+ 0.039*	42.4	1 624	3 212
Gasto de bolsillo (como % del gasto en salud)	ns	ns	22	20
Factores de estilo de vida				
Tabaquismo (% fumadores habituales)	- 0.018*	5	30.3	21
Alcohol (litros de alcohol puro per cápita)	- 0.011*	0.4	10.1	9.2
Dieta saludable (% consumo habitual de vegetales)	ns	ns	64.2	65.3
Ingreso y otros factores socioeconómicos				
Ingreso (PIB per cápita en USD PPA constantes)	+ 0.025*	13.4	22 479	31 900
Educación (% con nivel superior a primaria)	+ 0.035*	15.1	57	82
Desempleo (% desempleo de largo plazo)	ns	ns	3.2	3.6
Factores ambientales				
Contaminación del aire (% de población expuesto a PM2.5)	ns	ns	75.7	65.2

Nota: * estadísticamente significativo al nivel de 5%, 'ns' quiere decir no significativo. Regresión basada en 718 observaciones en 35 países. La suma de las contribuciones y el residual (no mostrados aquí) es igual al incremento total de años de vida en el periodo estudiado.

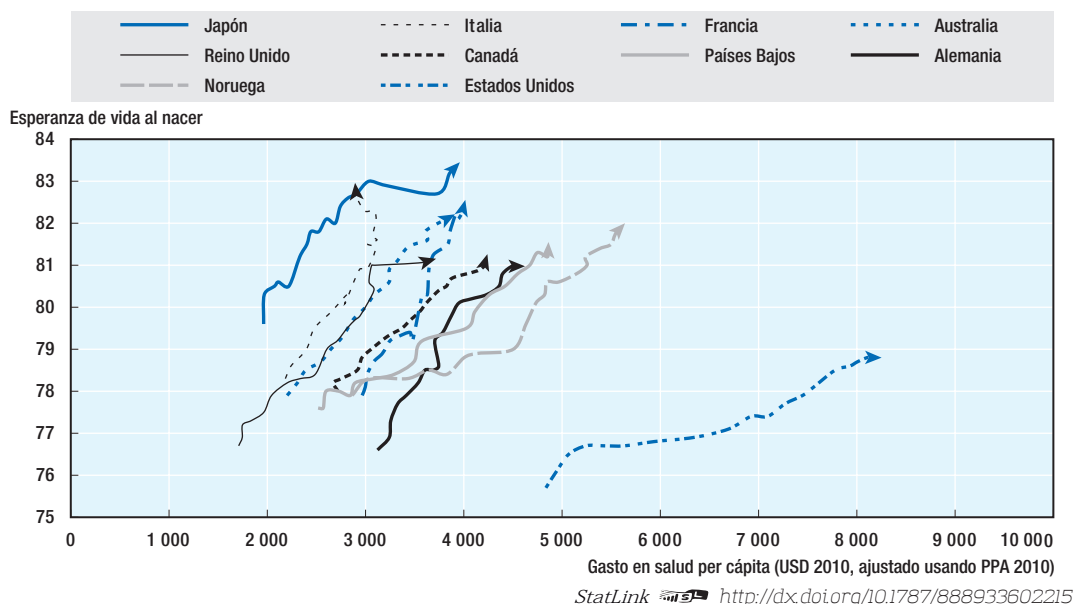
Se llevaron a cabo análisis suplementarios para probar una gama de problemas de especificación econométrica comunes, así como variables explicativas alternativas, que arrojaron resultados consistentes (ver James et al., próxima publicación). Otros análisis adicionales que incluyen a países socios de la OCDE en la muestra, revelan algunas diferencias en los determinantes de la salud según el nivel de desarrollo económico del país. Para países de ingresos altos, el gasto en salud ha sido el principal factor en el aumento de la esperanza de vida, mientras que el ingreso lo es en las economías emergentes. Sin embargo, este análisis fue limitado por la disponibilidad de datos para un período de tiempo menor.

La mayoría de los países de la OCDE han incrementado consistentemente el gasto en salud en décadas recientes, pero los incrementos resultantes en esperanza de vida varían de manera marcada entre países

Mientras el análisis empírico mostró que el gasto en salud ha hecho una importante contribución al incremento de la esperanza de vida en los países de la OCDE en conjunto, existen importantes diferencias entre países. Éstas se ilustran en la Figura 2.6, que muestra las trayectorias de los incrementos en la esperanza de vida junto con la de gasto en salud desde 1995, para una selección de países de ingresos altos.

En todos los países de la OCDE, tanto la esperanza de vida como el gasto en salud se han incrementado en el tiempo, pero los índices varían significativamente entre países. El valor más atípico es el de los Estados Unidos, donde el gasto en salud ha aumentado mucho más rápidamente en el tiempo que en otros países de la OCDE, y sin embargo, el aumento de la esperanza de vida ha sido menor. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer en Japón ha alcanzado casi 84 años, pero el gasto en salud per cápita es menos de la mitad del de los Estados Unidos.

Figura 2.6. Aumentos en la esperanza de vida e incrementos del gasto en salud, selección de países de altos ingresos, 1995-2015



Estas trayectorias variables del gasto en salud y esperanza de vida en el tiempo en todos los países, apuntan al papel crítico que el estilo de vida saludable y los determinantes sociales más amplios juegan en el incremento de la esperanza de vida; pero también indican la importancia de la relación calidad-costos en los sistemas de salud, lo que incluye poner más énfasis en la promoción de la salud y otras intervenciones altamente costo-efectivas, pero también en eliminar el gasto ineficaz y el desperdicio (ver OECD, 2017 para un debate de fondo).

Determinar los mecanismos por los que los factores socioeconómicos y el ambiente de vida de una persona afectan la salud, es esencial para la definición de políticas

Los resultados empíricos presentados revelan la fuerza y contribución relativa de diversos determinantes de la salud. Esta sección complementa el análisis de nivel macro, evaluando de manera precisa cómo los factores socioeconómicos y el ambiente de vida de una persona afectan la salud y los comportamientos encaminados a la salud, apoyándose en las observaciones de evidencia de nivel micro.

La naturaleza de las trayectorias de ingreso es importante

La asociación positiva del ingreso y la salud es un hallazgo general importante. Pero examinar la influencia que las diferentes trayectorias de ingreso tienen en la salud ofrece orientación adicional a los responsables de la formulación de políticas. Una primera observación es la *importancia de niveles mínimos absolutos de ingreso*. Mientras que el ingreso bajo y la pobreza tienen un claro efecto perjudicial en la salud, las diferencias en salud entre individuos con ingresos promedio o altos son menos pronunciadas (Deaton, 2003); en otras palabras, la relación entre ingreso y salud no es lineal.

En segundo lugar, *mientras que el ingreso actual es importante, el de largo plazo tiene un impacto mucho mayor en la salud*. Es decir, toma tiempo para los ingresos más altos (bajos) tener un efecto beneficioso (adverso) en la salud. Por ejemplo, algunos estudios en el Reino Unido concluyeron que la pobreza persistente conlleva un riesgo mayor de salud que los episodios ocasionales, y el nivel de ingreso parece ser más importante que la variación en el mismo (Benzeval y Judge, 2001; Contoyannis et al., 2004).

En tercer lugar, *las reducciones de ingresos generalmente parecen tener un impacto mayor en la salud que los aumentos*, independientemente de si son temporales o más permanentes (O'Donnell et al., 2013).

Por ejemplo, McInerney et al., (2013) encontraron que las pérdidas de patrimonio consecuencia de la crisis financiera global de 2008 ocasionaron mayor depresión y uso de antidepresivos en los Estados Unidos. En contraste, no observaron mejoras en la salud por aumento de la riqueza en la misma muestra del estudio. En Suecia, la autoevaluación de la salud respondió a reducciones del ingreso de manera más marcada que el aumento del mismo en el tiempo (Miething y Aberg-Yngwe, 2014). Del mismo modo, la mayoría (pero no todos) de los estudios de aumento repentino del patrimonio, por herencia, el mercado de valores y loterías, encontraron evidencia limitada o nula de mejoras en el estado de salud asociadas (O'Donnell et al., 2013).

De hecho, el pago de ingresos puede desencadenar efectos adversos en la salud en algunas circunstancias, reflejando probablemente un incremento de comportamientos riesgosos. Por ejemplo, Dobkin y Puller (2007) identificaron un aumento en las admisiones relacionadas con uso de drogas y la mortalidad intrahospitalaria en California, de receptores de pagos federales de discapacidad, alrededor del tiempo en que se recibía el pago. Evans y Moore (2011) identificaron un incremento en el riesgo de accidentes de tránsito y ataques cardíacos inmediatamente después de la recepción de pagos de seguridad social, de salarios para personal militar, reembolso de impuestos y pago de dividendos.

El desempleo empeora la salud física y mental, y las condiciones laborales también son importantes

Como se mencionó anteriormente, los estudios de nivel macro del efecto del desempleo en la salud, revelan efectos diversos. En contraste, los estudios de nivel micro revelan más consistentemente que el *desempleo tiene efectos adversos en la salud física y mental*. Por ejemplo, un metaanálisis de estudios usando datos individuales, encontró que el desempleo se asocia con un riesgo 63% más alto de mortalidad, después de establecer controles por edad y otros factores (Roelfs et al., 2011), aunque esto puede reflejar parcialmente condiciones de salud preexistentes. El desempleo también afecta la salud mental. En Australia, Canadá y el Reino Unido, la evidencia de datos de panel muestra que la pérdida del empleo incrementó significativamente la angustia (Llena-Nozal, 2009).

Las condiciones laborales también son importantes. Trabajar durante más horas es dañino para la salud, pues eleva los niveles de estrés y el riesgo de accidente cerebrovascular y cardiopatía coronaria (Kivimaki et al., 2015). En casos extremos, puede incrementar el riesgo de accidentes mayores (Harrington, 2001). La elección del horario de trabajo también es crucial, independientemente del número de horas que se trabajen (Bassanini y Caroli, 2014). Otros aspectos de la calidad del trabajo también son importantes. La exposición a sustancias peligrosas y riesgo de lesión se concentran típicamente entre trabajadores poco calificados (Clougherty et al., 2013). La inseguridad e insatisfacción en el trabajo también tienen un efecto adverso en la salud (Caroli y Godard, 2014; Datta Gupta y Kristensen, 2008).

La educación fomenta estilos de vida más saludables

Los individuos con mejor educación y su descendencia son más saludables, independientemente de los efectos relacionados con el ingreso y el empleo. Una gran parte de esta diferencia se ha atribuido a un estilo de vida más saludable. En particular, *quienes tienen mejores niveles de educación están en general mejor informados de los riesgos y beneficios de diversos comportamientos, y es más probable que actúen de acuerdo a esta información*. Por ejemplo, la gente con más bajo nivel educativo tiene mayor inclinación al tabaquismo, la obesidad, dietas mal balanceadas, y a tener menos actividad física (Mackenbach et al., 2008; Cutler y Lleras-Muney, 2010). La evidencia de consumo de alcohol es más variable. Un reporte reciente de la OCDE mostró que es más probable que mujeres con más alto nivel de educación en general beban en exceso, aunque ocurre lo contrario con los hombres (OECD, 2015b). Al mismo tiempo, el daño relacionado con el alcohol es más prevalente entre los grupos con niveles más bajos de educación y de ingreso, en parte debido a factores de riesgo coexistentes y menor acceso al cuidado de la salud.

Los grupos con más alto nivel educativo también tienen un *mejor y más preciso conocimiento de los servicios de salud a su disposición*, y en consecuencia usan más ciertos servicios. Esto es particularmente notable en términos del uso de servicios preventivos y consultas con especialistas (OECD, 2006). Además, *la educación puede mejorar la auto-administración* (y por lo tanto la eficacia) del tratamiento médico, particularmente de enfermedades crónicas (Goldman y Smith, 2002).

Es más probable que los grupos de población vulnerable tengan condiciones inadecuadas de vida, y daños a la salud por la contaminación

La contaminación del aire no fue asociada significativamente con cambios en la esperanza de vida en el análisis empírico presentado anteriormente, sobre todo debido a la existencia de pequeños decrementos en la contaminación del aire en el tiempo en muchos países de la OCDE, y por los efectos tardíos de la contaminación del aire en la salud. Sin embargo, la contaminación del aire es un problema de salud importante, asociado a enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer de pulmón.

El nivel de *contaminación* varía considerablemente entre zonas urbanas, con los consecuentes efectos en la salud. Un análisis reportó que la población más pobre y con menor nivel educativo vive con frecuencia (pero no siempre) en las áreas con la peor contaminación del aire, pero eran menos propensos a presentar efectos adversos en la salud por los contaminantes (Deguen y Zmirou-Navier, 2010). Los autores suponen que esto refleja mayor susceptibilidad por factores como una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayor exposición de largo plazo a contaminantes. En general, los niños y los adultos mayores son particularmente vulnerables a la contaminación del aire.

Además de la contaminación, hay otros aspectos del ambiente en el que una persona vive que afectan su salud. Se ha demostrado con frecuencia que *las condiciones inadecuadas de vivienda* y algunas *características del área* como el riesgo de crimen, tienen un efecto adverso en la salud (Gibson et al., 2011). Es más probable que las familias con ingresos bajos y muchas minorías étnicas experimenten estas condiciones inadecuadas de vida. Las políticas encaminadas a una mejor infraestructura de vivienda (visitas a hogares y remoción de riesgos) y políticas de asistencia para renta, han tenido efectos positivos en la salud (Bambra et al., 2010).

Conclusiones

Los resultados empíricos muestran que si bien la esperanza de vida depende de factores inherentes y ajenos al sistema de salud, el gasto en salud ha sido un factor primordial para el aumento de la esperanza de vida en décadas recientes. Un aumento del 10% en el gasto en salud per cápita (en términos reales) se asocia con un incremento de 3.5 meses en la esperanza de vida. Dada la notable evolución del gasto en salud en los últimos 20 años, este aumento se asocia con 42.4 meses de incremento de la esperanza de vida en este periodo.

El nivel educativo y de ingreso también han contribuido significativamente a las ganancias en la esperanza de vida. Un aumento del 10% en la cobertura de educación se asocia con un incremento de 3.2 meses en la esperanza de vida, y el mismo aumento de ingreso per cápita, con 2.2 meses. Asimismo, un 10% de mejora hacia un estilo de vida más saludable, se asocia con un incremento de 2.6 meses en la esperanza de vida (menos fumadores con 1.6 meses, menor consumo de alcohol con un mes). Otros factores -gasto de bolsillo, dieta saludable, desempleo, contaminación del aire- tuvieron efectos menores a nivel agregado. Para algunos de estos factores, particularmente contaminación del aire y dieta saludable, puede transcurrir un lapso de tiempo antes de que afecten la salud de un individuo.

Estos resultados empíricos proporcionan una útil perspectiva general de la importancia relativa de las inversiones dentro y fuera de un sistema de salud. En el futuro, los análisis que usen estos datos de nivel macro pueden incluir variables que consideren políticas sanitarias y características institucionales, así como análisis subnacionales.

Es importante reiterar sin embargo, que las asociaciones observadas entre esperanza de vida y factores explicativos a este nivel macro, no garantizan causalidad. De hecho, es importante reconocer la causalidad bidireccional, como el hecho de que la mala salud deteriora la productividad, limita las posibilidades laborales y afecta negativamente el desarrollo del capital humano. Por esta razón se llevó a cabo una revisión de la evidencia a nivel micro. Ésta resultó ser en general consistente con los análisis a nivel macro, y aportó mayor precisión sobre los mecanismos por los que diferentes factores socioeconómicos y el ambiente de vida de una persona afectan su salud. Por ejemplo, los resultados empíricos mostraron que el ingreso tiene una asociación positiva con la esperanza de vida. La evidencia a nivel micro se agrega al demostrarse que las trayectorias del ingreso son importantes: la pobreza persistente tiene efectos particularmente adversos en la salud y las disminuciones repentinas en el ingreso tienen un impacto mayor que los aumentos en el mismo.

En conjunto, la principal implicación política que surge de este análisis es la significativa oportunidad de mejora de la salud resultante de acciones coordinadas entre los ministerios encargados de educación, ambiente, ingreso y protección social, con los de salud. Esto incluye acciones intersectoriales para abordar el tema de comportamientos que afectan la salud. En este respecto, el marco Health in All Policies (HiAP, Salud en Todas las Políticas) de la OMS ofrece a los países una estrategia que toma en cuenta las implicaciones para la salud de las políticas públicas entre sectores (WHO, 2013). La colaboración con el sector privado también será importante, especialmente con empresarios en relación con las condiciones laborales. Es necesario prestar particular atención a la primera infancia, pues las circunstancias en esta fase de la vida son cruciales para las perspectivas económicas y de salud en el futuro, así como para la adopción de comportamientos saludables más adelante. Las políticas de esta naturaleza pueden ayudar a reducir las inequidades en salud y alcanzar mejores resultados para todos.

Notas

1. Los estudios referidos en el texto se basan en una revisión sistemática de la literatura, con base en estudios desde 1995 que incluyeron a países de la OCDE y/o BRIICS. Debe notarse que estos análisis econométricos enfrentan cuestionamientos metodológicos, que incluyen causalidad bidireccional y efectos retardados de ciertos factores en resultados de salud. James et al. (próxima publicación) explora estos cuestionamientos en más detalle.
2. Una asociación positiva con la esperanza de vida es consistente con otros estudios a nivel país, que han mostrado decremento en la mortalidad (y la morbilidad) durante crisis económicas, cuando los niveles de desempleo son más altos (Rhum, 2012). Sin embargo, la correlación entre desempleo y esperanza de vida observada en estos estudios se explica en buena medida por la disminución de accidentes de tránsito y menor contaminación (particularmente si la disminución de fatalidades se concentra en la población de edad avanzada), más que por el desempleo en sí (Miller et al., 2009; van Gool y Pearson, 2014). Además, las regresiones auxiliares con términos de interacción entre desempleo y variables ficticias por país, mostraron gran variabilidad en signo y fuerza de este coeficiente entre países.

Referencias

- Bambra, C. et al. (2010), "Tackling the Wider Social Determinants of Health and Health Inequalities: Evidence from Systematic Reviews", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, pp. 284-291.
- Bassanini, A. y E. Caroli (2014), "Is Work Bad for Health? The Role of Constraint Versus Choice", *IZA Discussion Paper* núm. 7891.
- Benzeval, M. y K. Judge (2001), "Income and Health: The Time Dimension", *Social Science and Medicine*, vol. 52, pp. 1371-1390.
- Berger, M. y J. Messer (2002), "Public Financing of Health Expenditures, Insurance, and Health Outcomes", *Applied Economics*, vol. 34, pp. 2105-2113.
- Blázquez-Fernández, C., N. González-Prieto y P. Moreno-Mencia (2013), "Pharmaceutical Expenditure as a Determinant of Health Outcomes in EU Countries", *Estudios de Economía Aplicada*, vol. 31, pp. 379-396.

- Caroli, E. y M. Godard (2014), "Does Job Insecurity Deteriorate Health?", *Health Economics*, vol. 27.
- Clougherty, J., K. Souza y M. Cullen (2013), "Work and Its Role in Shaping the Social Gradient in Health", *Annals of New York Academy of Sciences*, vol. 1186, pp. 102-124.
- Contoyannis, P., A.M. Jones y N. Rice (2004), "The Dynamics of Health in the British Household Panel Survey", *Journal of Applied Econometrics*, vol. 19, núm. 4, pp. 473-503.
- Cutler, D. y A. Lleras-Muney (2010), "Understanding Differences in Health Behaviours by Education", *Journal of Health Economics*, vol. 29, núm. 1, pp. 1-28.
- Datta Gupta, N. y N. Kristensen (2008), "Work Environment Satisfaction and Employee Health: Panel Evidence from Denmark, France and Spain, 1994-2001", *European Journal of Health Economics*, vol. 9, núm. 1, pp. 51-61.
- Deaton, A. (2003), "Health, Inequality, and Economic Development", *Journal of Economic Literature*, vol. 1, núm. 1, pp. 113-158.
- Deguen, S. y D. Zmirou-Navier (2010). 'Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality - a European review'. *European Journal of Public Health*, 20(1): 27-35.
- Dobkin, C. y S. Puller (2007), "The Effects of Government Transfers on Monthly Cycles in Drug Abuse, Hospitalization and Mortality", *Journal of Public Economics*, vol. 91, pp. 2137-2157.
- Evans, N. y T. Moore (2011), "The Short-term Mortality Consequences of Income Receipt", *Journal of Public Economics*, vol. 95, pp. 1410-1424.
- Fuchs, V. (2004), "Reflections on the Socio-economic Correlates of Health", *Journal of Health Economics*, vol. 23, pp. 653-661.
- Gibson, M. et al. (2011), "Housing and Health Inequalities: A Synthesis of Systematic Reviews of Interventions Aimed at Different Pathways Linking Housing and Health", *Health and Place*, vol. 17, pp. 175-184.
- Goldman, D.P. y J.P. Smith (2002), "Can Patient Self-management Help Explain the SES Health Gradient?", *Proceedings of the National Academy of Science*, vol. 99, núm. 16.
- Harrington, J.M. (2001), "Health Effects of Shift Work and Extended Hours of Work", *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 58, núm. 1, pp. 68-72.
- Heijink, R., X. Koolman y G.P. Westert (2013), "Spending More Money, Saving More Lives? The Relationship Between Avoidable Mortality and Healthcare Spending in 14 Countries", *European Journal of Health Economics*, vol. 14, pp. 527-538.
- James, C., M. Devaux y F. Sassi (próxima publicación), "Inclusive growth and health", *OECD Health Division Working Papers*, OECD Publishing, Paris
- Kivimaki, M. et al. (2015), "Long Working Hours and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis of Published and Unpublished Data for 603 838 Individuals", *The Lancet*, vol. 386, pp. 1739-1746.
- Laliotis, I., J.P.A. Ioannidis y C. Stavropoulou (2016), "Total and Cause-specific Mortality Before and After the Onset of the Greek Economic Crisis: An Interrupted Time-series Analysis", *The Lancet*, vol. 12, pp. 56-65.
- Lin, S.-J. (2009), "Economic Fluctuations and Health Outcome: A Panel Analysis of Asia-Pacific Countries", *Applied Economics*, vol. 41, pp. 519-530.
- Llena-Nozal, A. (2009), "The Effect of Work Status and Working Conditions on Mental Health in Four OECD Countries", *National Institute Economic Review*, vol. 209, núm. 1, pp. 72-87.
- Mackenbach, J.P. et al. (2008), "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries", *New England Journal of Medicine*, vol. 358, pp. 2468-2483.
- Marmot, M. and R. Wilkinson (2006), *Social Determinants of Health*, 2a edición, Oxford University Press.
- McInerney, M., J.M. Mellor y L.H. Nicholas (2013), "Recession Depression: Mental Health Effects of the 2008 Stock Market Crash", *Journal of Health Economics*, vol. 32, núm. 6, pp. 1090-1104.
- Miething, A. y M. Aberg-Yngwe (2014), "Stability and Variability in Income Position Over Time: Exploring their Role in Self-rated Health in Swedish Survey Data", *BMC Public Health*, vol. 14:1300.
- Miller, D. et al. (2009), "Why Are Recessions Good for Your Health?", *AER Papers and Proceedings*, vol. 99, núm. 2, pp. 122-127.

- Moreno-Serra, R. y P. Smith (2015), "Broader Health Coverage Is Good for the Nation's Health: Evidence from Country Level Panel Data", *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 178, pp. 101-124.
- Murtin, F. et al. (2017), "Inequalities in longevity by education in OECD countries: Insights from new OECD estimates", *OECD Statistics Working Papers*, núm. 2017/02, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en>.
- Nixon, J. y P. Ulmann (2006), "The Relationship Between Health Care Expenditure and Health Outcomes: Evidence and Caveats for a Causal Link", *European Journal of Health Economics*, vol. 7, pp. 7-18.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer and T. van Ourti (2013), "Health and Inequality", *Netspar Discussion Papers* núm. 10/2013-060.
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2016), *The Economic Consequences of Outdoor Air Pollution*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264257474-en>.
- OECD (2015a), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OECD (2015b), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>.
- OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- OECD (2010), *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>.
- OECD (2006), "Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium", OECD, Paris, <http://www.oecd.org/edu/innovation-education/measuringtheeffectsofeducationonhealthandcivicengagement.htm>.
- Or, Z. (2000), "Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries: A Pooled, Cross-Country, Time-Series Analysis", *OECD Economic Studies*, vol. 30, pp. 53-77, http://dx.doi.org/10.1787/eco_studies-v2000-1-en
- Pickett, K.E. and R.G. Wilkinson (2015), "Income Inequality and Health: A Causal Review", *Social Science and Medicine*, vol. 128, pp. 316-326.
- Roelfs, D.J. et al. (2011), "Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-analysis of Unemployment and All-cause Mortality", *Social Science and Medicine*, vol. 72, núm. 6, pp. 840-854.
- Ruhm, C. (2012), "Understanding the Relationship Between Macroeconomic Conditions and Health", in A. Jones (ed.), *The Elgar Companion to Health Economics*, pp. 5-14.
- Shaw, J. (2005), "The Determinants of Life Expectancy: An Analysis of the OECD Health Data", *Southern Economic Journal*, vol. 71, pp. 768-783.
- van Gool, K. and M. Pearson (2014), "Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, núm. 76, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx711t1zg6-en>.
- WHO - World Health Organization (2013), *Health in All Policies - Seizing Opportunities, Implementing Policies*, editado por K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar and S. Cook, WHO, Ginebra.
- WHO (2008), "Closing the Gap in a Generation", Commission on social determinants of health.





3. ESTADO DE SALUD

Esperanza de vida al nacer

Esperanza de vida por género y nivel educativo

Principales causas de mortalidad

Mortalidad por enfermedades circulatorias

Mortalidad por cáncer

Salud infantil

Salud mental

Percepción del estado de salud

Incidencia de cáncer

Prevalencia de diabetes

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

3. ESTADO DE SALUD

El promedio de esperanza de vida al nacer en 2015 en los países de la OCDE fue de 80.6 años (Figura 3.1). Han habido incrementos sustanciales en la esperanza de vida a lo largo del tiempo, siendo ésta en promedio 10 años mayor al nacer de lo que era en 1970. Algunos países reportaron ligeros decrementos en la esperanza de vida entre 2014 y 2015, aunque los datos preliminares para 2016 sugieren que estas reducciones fueron temporales.

Entre los países de la OCDE, Turquía, Corea y Chile han tenido los mayores incrementos desde 1970, de 24, 20 y 17 años respectivamente. El incremento de la longevidad en el tiempo puede ser atribuido a varios factores dentro y fuera del sistema de salud, incluyendo mejores ingresos, mejor educación, estilos de vida más saludables y mejores servicios de salud (ver el Capítulo 2 para análisis posterior). De hecho, cada uno de estos países ha experimentado un rápido crecimiento económico junto con expansión de la cobertura de salud en décadas recientes.

Aunque la esperanza de vida en países socios como India, Indonesia, Brasil y China sigue estando muy por debajo del promedio de la OCDE, estos países también han tenido incrementos considerables en longevidad en las últimas décadas, con un nivel que converge rápidamente hacia el promedio de la OCDE. El avance es menor en Sudáfrica (debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA), Lituania y la Federación de Rusia (debido sobre todo al impacto de la transición económica en los años 90 y a un aumento en los comportamientos riesgosos entre los varones).

Japón, España y Suiza lideran un gran grupo de 25 países de la OCDE cuya esperanza de vida al nacer sobrepasa los 80 años. Un segundo grupo que incluye a los Estados Unidos, Chile y un número de países de Europa Central y del Este, tiene una esperanza de vida entre 75 y 80 años.

Entre los países de la OCDE, Letonia y México tuvieron la menor esperanza de vida en 2015, alrededor de 75 años. Desde 2000 la esperanza de vida en México se ha incrementado más lentamente que en otros países de la OCDE, con una ganancia de apenas un poco más de un año, en comparación con una ganancia promedio de más de tres años en los demás países de la OCDE. Este rezago en el incremento de la esperanza de vida en México responde a un número de factores que incluyen comportamientos dañinos para la salud como mala nutrición y altos índices de obesidad, incremento en los índices de mortalidad por diabetes y ausencia de avances en la reducción de la mortalidad por enfermedades circulatorias, altos índices de muertes por accidentes de tránsito y homicidios, así como barreras persistentes para el acceso a servicios de calidad.

En los Estados Unidos, el aumento en la esperanza de vida en las últimas décadas también ha sido más modesto que en los demás países de la OCDE. En 1970 la esperanza de vida en los Estados Unidos estaba un año *arriba* del promedio de la OCDE, y actualmente está casi dos años *por debajo* del promedio. Entre los factores que explican el menor incremento en la esperanza de vida se encuentran: 1) la naturaleza altamente fragmentada del sistema de

salud de los Estados Unidos, con relativamente pocos recursos dedicados a la salud pública y cuidados primarios, y una gran proporción de la población sin asegurar; 2) comportamientos dañinos para la salud, incluyendo más altos índices de obesidad, mayor consumo de drogas prescritas e ilegales, mayor número de muertes por accidentes de tránsito y tasas más altas de homicidios; y 3) índices más altos de pobreza e inequidad de ingreso que en la mayoría de los países de la OCDE (National Research Council e Institute of Medicine, 2013).

Generalmente, un ingreso nacional más alto (medido en PIB per cápita) se asocia con una mayor esperanza de vida al nacer, aunque esta relación es menos pronunciada en los niveles más altos de ingreso nacional (Figura 3.2). También existen notables diferencias en esperanza de vida entre países con ingreso per cápita similar. Por ejemplo, Japón y España tienen esperanzas de vida más altas; y Luxemburgo, los Estados Unidos y la Federación de Rusia, más bajas de lo que podría predecirse por su PIB per cápita.

La Figura 3.3 muestra la relación entre la esperanza de vida al nacer y el gasto en salud per cápita en los países de la OCDE, países candidatos y socios. Un gasto en salud per cápita más alto generalmente se asocia con una mayor esperanza de vida al nacer, aunque esta relación suele ser menos pronunciada en los países con gasto en salud per cápita más altos. Japón, España y Corea sobresalen por tener esperanzas de vida relativamente altas, y los Estados Unidos y la Federación de Rusia relativamente bajas, dados sus niveles de gasto en salud.

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida al nacer es el número de años que un grupo de personas viviría, en promedio, con base en un conjunto de tasas de mortalidad relacionadas específicamente con la edad. Sin embargo, los valores reales de mortalidad por edad de una cohorte en particular al nacer no pueden conocerse de manera anticipada. Si las tasas de mortalidad por edad están disminuyendo (como ha sido el caso en las últimas décadas), los períodos de vida reales serán mayores que la esperanza de vida calculada con las tasas de mortalidad actuales.

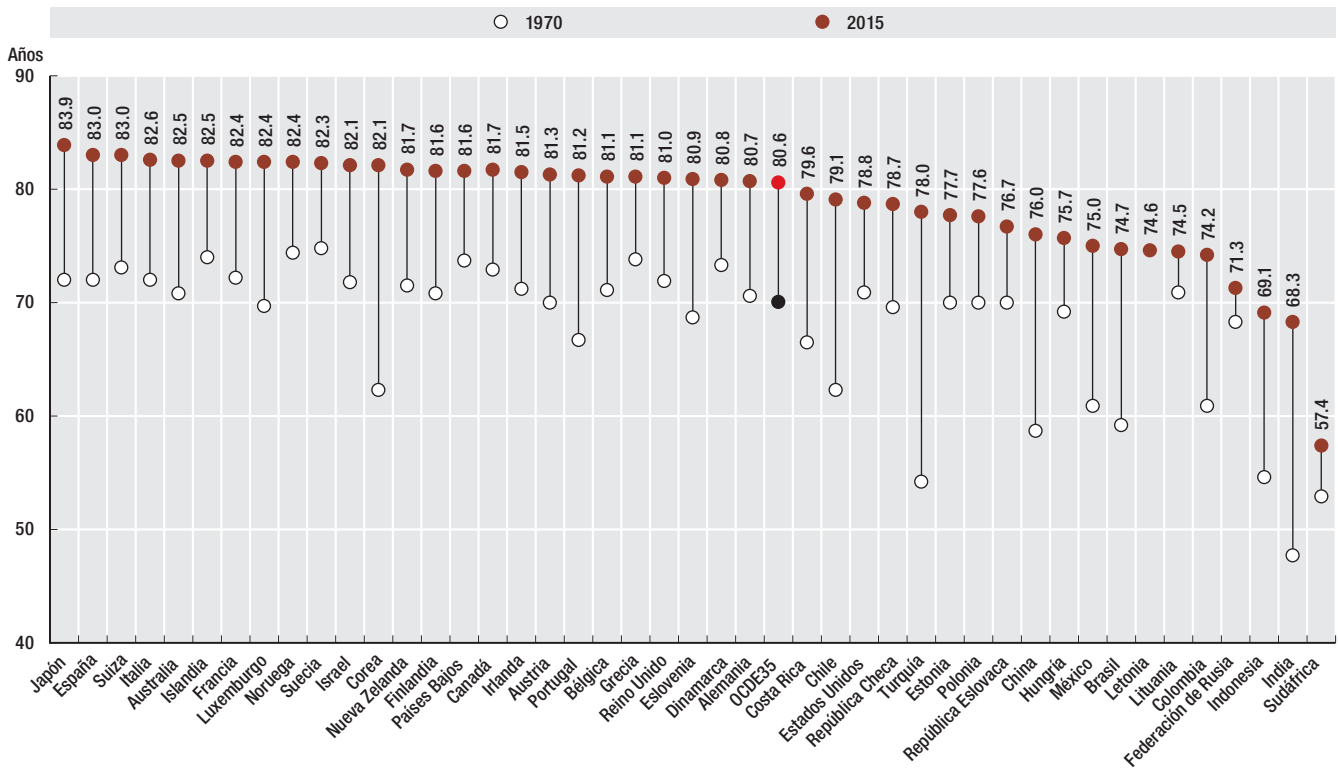
La metodología usada para calcular la esperanza de vida puede variar ligeramente entre países, lo que puede cambiar el estimado de un país por fracciones de año.

La Secretaría de la OCDE calcula la esperanza de vida al nacer para el total de la población de todos los países de la OCDE, utilizando el promedio no ponderado de esperanza de vida para hombres y mujeres.

Referencias

National Research Council e Institute of Medicine, S. Woolf y L. Aron (eds) (2013), *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*, National Academies Press, Washington, DC.

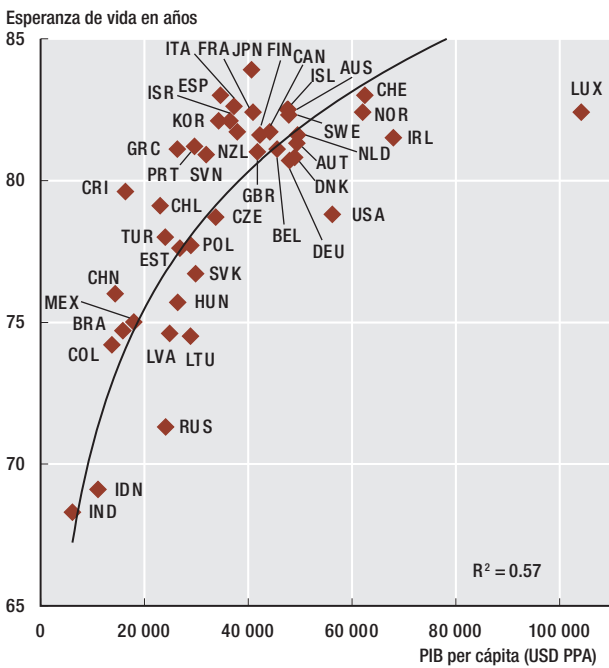
3.1. Esperanza de vida al nacer, 1970 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602234>

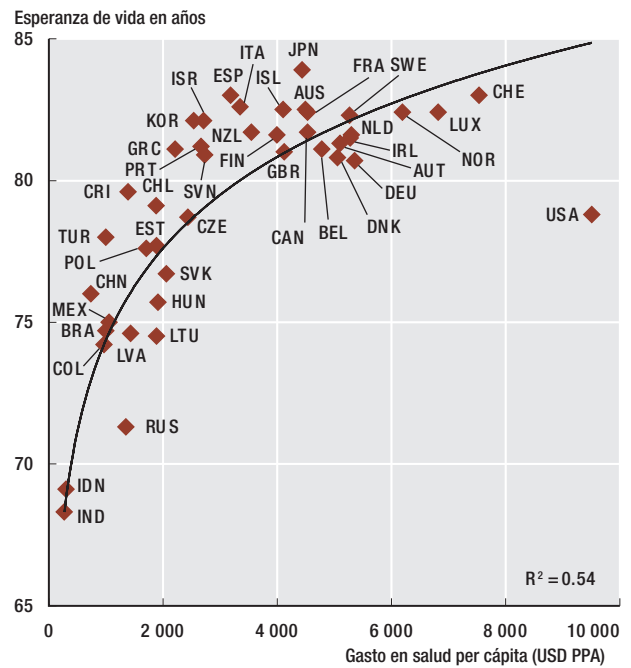
3.2. Esperanza de vida al nacer y PIB per cápita, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602253>

3.3. Esperanza de vida al nacer y gasto en salud per cápita, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602272>

Esperanza de vida por género y nivel educativo

Siguen existiendo grandes diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres en todos los países de la OCDE. En promedio en la OCDE en conjunto, la esperanza de vida al nacer para mujeres fue de 83.1 años en 2015, en comparación con 77.9 años para hombres, una brecha de 5.2 años (Figura 3.4). La brecha de género en la esperanza de vida se incrementó sustancialmente en muchos países de la OCDE durante los años 70 y principios de los 80, y alcanzó un máximo de casi siete años a mediados de los 80, que ha disminuido desde entonces, lo que refleja un mayor incremento en la esperanza de vida para los hombres que para las mujeres. Esto puede ser atribuido, al menos en parte, a la disminución en las diferencias en comportamientos riesgosos como el tabaquismo, junto con una reducción marcada en la mortalidad por enfermedades circulatorias entre los hombres.

La esperanza de vida para mujeres en países de la OCDE en 2015, varió de menos de 80 años en Hungría, Letonia y México, a más de 85 años en Japón, España, Francia, Corea y Suiza. La esperanza de vida para los hombres varió de menos de 75 años en Letonia, México, Hungría, la República Eslovaca, Estonia y Polonia, a más de 80 años en Islandia, Japón, Suiza, Noruega, Australia, Suecia, Italia, Israel y España.

Entre los países de la OCDE, la brecha de género en esperanza de vida es relativamente angosta en Islandia, los Países Bajos, Nueva Zelanda, el Reino Unido, Noruega, Suecia, Irlanda y Dinamarca (una diferencia de menos de cuatro años), pero mucho más pronunciada en Letonia (alrededor de 10 años), Estonia (alrededor de nueve años), Polonia (alrededor de ocho años), la República Eslovaca y Hungría (alrededor de siete años). En este último grupo de países, los incrementos en la esperanza de vida para los hombres en las últimas décadas, han sido mucho más modestos que en otros países. Para países socios, la brecha de género también es grande en la Federación de Rusia, Lituania y Colombia (siete años o más), y pequeña en China (alrededor de tres años).

La esperanza de vida en los países de la OCDE varía con el estatus socioeconómico, medido por ejemplo, por el nivel educativo (Figura 3.5). Un nivel educativo más alto, no solo provee los medios para mejorar las condiciones socioeconómicas en las que la gente vive y trabaja, sino también puede promover la adopción de estilos de vida más saludables, y facilitar el acceso a servicios de salud apropiados.

En promedio, entre 25 países de la OCDE para los que hay datos recientes disponibles, la gente con el más alto nivel educativo puede esperar vivir alrededor de seis años más que la gente con el nivel educativo más bajo, a la edad de 30 años (53.4 frente a 47.8 años). Estas diferencias en la esperanza de vida por nivel educativo son particularmente pronunciadas para los hombres, con una brecha promedio de siete años. Las diferencias son especialmente pronunciadas en los países de Europa Central y del Este (República Eslovaca, Estonia, Polonia, Hungría, Letonia y la República Checa), donde la brecha en esperanza de vida entre hombres con más altos y más bajos niveles educativos es de más de 10 años. Esto se explica principalmente por el hecho de que los hombres mayores en estos países tienen niveles educativos más

bajos, y por la mayor prevalencia de factores de riesgo entre los varones, como el consumo de alcohol y tabaco. En otros países, como Turquía, Suecia y Canadá, las inequidades son menos pronunciadas. Las diferencias en longevidad entre la gente con nivel educativo alto y bajo explican un estimado de alrededor de 10% de las diferencias de edad al morir. (Murtin et al., 2017).

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida al nacer es el número de años que un grupo de personas viviría, en promedio, con base en un conjunto de tasas de mortalidad relacionadas específicamente con la edad. Sin embargo, los valores reales de mortalidad por edad de una cohorte en particular al nacer no pueden conocerse de manera anticipada. Si las tasas de mortalidad por edad están disminuyendo (como ha sido el caso en las últimas décadas), los períodos de vida reales serán mayores que la esperanza de vida calculada con las tasas de mortalidad actuales. Los datos de esperanza de vida al nacer provienen de Eurostat para países de la Unión Europea, y de fuentes nacionales en otros casos. La metodología usada para calcular la esperanza de vida puede variar ligeramente entre países, lo que puede cambiar el estimado de un país por fracciones de año.

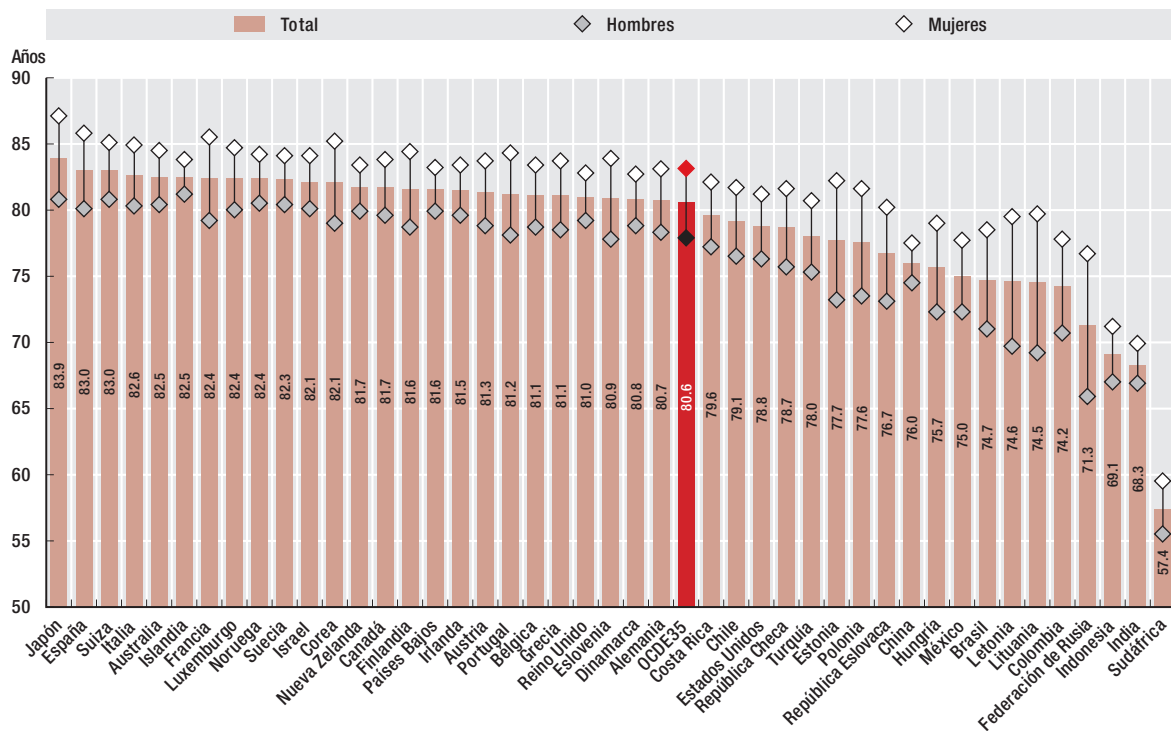
Los datos de esperanza de vida por nivel educativo provienen de encuestas nacionales suministradas para el cuestionario OECD Health Data para Israel, México y los Países Bajos; del proyecto OECD Statistics Directorate (ver Murtin et al. debajo) para Australia, Austria, Bélgica, Canadá, los Estados Unidos, Francia, Letonia, y el Reino Unido; y de Eurostat para los restantes 14 países mostrados en la Figura 3.5.

Para calcular la esperanza de vida por nivel educativo, se requieren datos detallados de muertes por género, edad y nivel educativo. Sin embargo, no todos los países tienen información sobre educación como parte de los datos de mortalidad. En esos casos, los datos pueden requerir una vinculación a otra fuente (p. ej. un censo) que tenga esta información (Corsini, 2010). Se debe notar que los datos desglosados por educación están disponibles para solo un subgrupo de la población de Bélgica, la República Checa y Noruega, y que hay menos información sobre la educación de los fallecidos que la población en general. En estos países, una gran proporción de la población fallecida sin información sobre educación (arriba del 40%) puede afectar la precisión de los resultados.

Referencias

- Corsini, V. (2010), "Highly Educated Men and Women Likely to Live Longer: Life Expectancy by Educational Attainment", *Eurostat Statistics in Focus 24/2010*, European Commission, Luxemburgo.
- Murtin, F. et al. (2017), "Inequalities in Longevity by Education in OECD Countries: Insights from New OECD Estimates", OECD Statistics Working Papers, núm. 2017/02, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en>

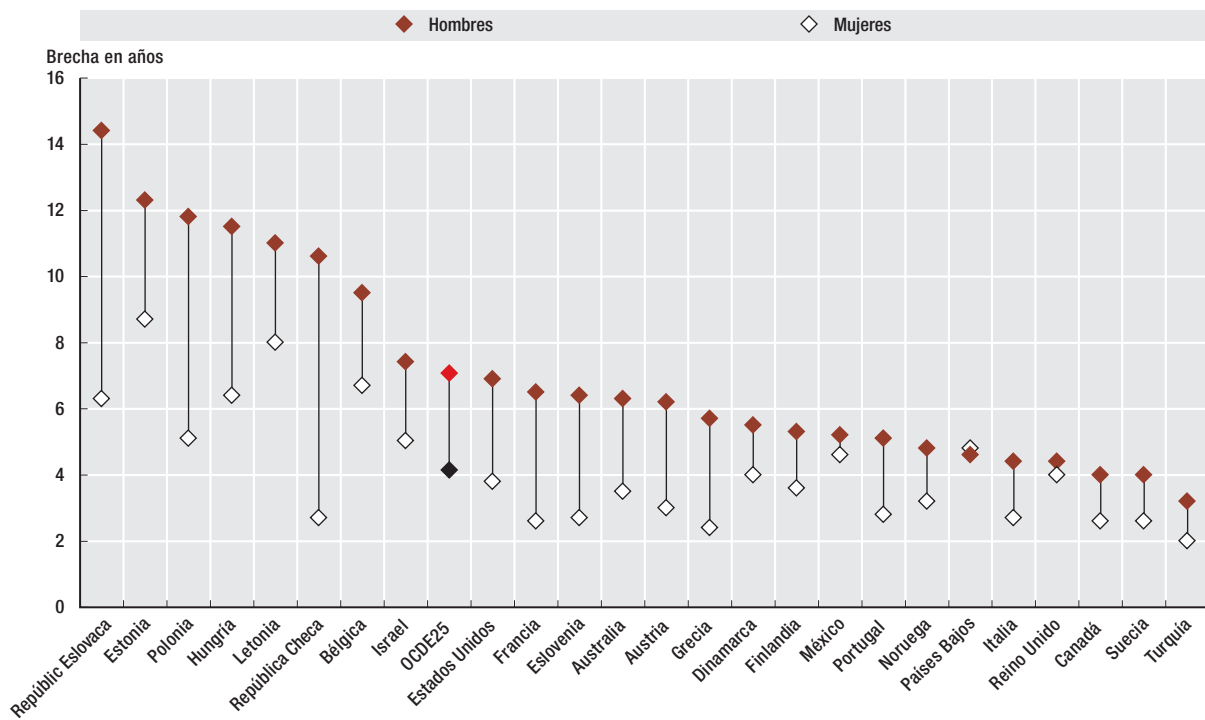
3.4. Esperanza de vida al nacer por género, 2015 (o año más cercano)



Nota: Los países se clasifican en orden descendente de esperanza de vida para el total de la población.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602291>

3.5. Brecha en esperanza de vida a los 30 años entre el más alto y más bajo nivel educativo, por género, 2015 (o año más cercano)



Nota: Los números muestran la brecha en los años de vida restantes esperados a la edad de 30 años entre adultos con el más alto nivel educativo ("educación terciaria") y el más bajo nivel educativo ("debajo de educación preparatoria").

Fuente: Base de datos de Eurostat complementada con datos de la Dirección de Estadísticas de la OCDE y datos nacionales para Israel, México y los Países Bajos.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602310>

Principales causas de mortalidad

Más de 10 millones de personas murieron en 2015 en los países de la OCDE, lo que equivale a un promedio de 793 muertes por cada 100 000 habitantes. Las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer son dos de las principales causas de muerte en la mayoría de los países de la OCDE. En todos ellos, más de una de cada tres muertes fueron causadas por enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular u otras enfermedades circulatorias; y una de cada cuatro estuvieron relacionadas con el cáncer.

Existen dos factores que pueden explicar ciertas coincidencias en las causas de muerte en los países de la OCDE y países socios. En primer lugar, el envejecimiento de la población es importante, pues las causas principales de muerte cambian con la edad. Entre los adultos jóvenes, las muertes relacionadas con cáncer ocurren más frecuentemente que muchas otras causas. Después de los 50 años de edad, las muertes debidas a enfermedades del sistema circulatorio aumentan consistentemente, y se convierten en una de las principales causas de muerte después de los 80 años, junto con la demencia. En segundo lugar está la transición epidemiológica de enfermedades transmisibles a no transmisibles, que ya ha tenido lugar en países con ingresos altos, y está ocurriendo rápidamente en muchos países de ingresos medios (GBD, 2013).

La variación entre países de la OCDE es sustancial. Los índices de mortalidad generales (estandarizados por edad) variaron de 583 muertes por cada 100 000 habitantes en Japón, a más de 1000 muertes por cada 100 000 habitantes en Hungría, Letonia, Lituania, la Federación de Rusia y la República Eslovaca en 2015 (Figura 3.6). Una revisión de las causas muestra que las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de mortalidad en la mayoría de los países de la OCDE. Causaron más de 600 muertes por cada 100 000 habitantes en Letonia y Lituania, y 869 muertes por cada 100 000 habitantes en la Federación de Rusia. Japón y Francia tuvieron los índices más bajos, con 152 y 164 muertes por cada 100 000 habitantes respectivamente. La dieta, el consumo de alcohol y el tabaquismo juegan un papel muy importante en estas enfermedades, así como el acceso al tratamiento.

La variación en muertes relacionadas con cáncer es menos sustancial pero significativa, variando de 123 a 286 muertes por cada 100 000 en 2015. Otras causas de muerte fueron particularmente importantes en países específicos. Por ejemplo, las enfermedades del sistema respiratorio (sobre todo EPOC) causaron más de 100 muertes en 100 000 en Irlanda, el Reino Unido, Brasil y Colombia. Las causas externas (principalmente violencia, accidentes y daño autoinfligido intencional) fueron la causa de 80 muertes en 100 000 en Brasil, Letonia, Lituania, Sudáfrica y la Federación de Rusia. El VIH/SIDA causó más de 50 muertes por cada 100 000 habitantes en Sudáfrica.

Las principales causas de muerte también difieren por género (Figura 3.7). Por ejemplo, la demencia es una causa

de muerte más importante para mujeres que para hombres. En contraste, los índices de cáncer de pulmón y muertes relacionadas con accidentes fueron más altos para hombres que para mujeres. La evidencia sugiere que además de las diferencias intrínsecas de género, las mujeres tienden a elegir comportamientos más saludables (Gore et al., 2011).

También es necesario notar que las principales causas de muerte son divergentes entre diferentes grupos socioeconómicos. Las disparidades sociales son generalmente más grandes para las enfermedades más prevenibles, pues las muertes son susceptibles a intervención médica, cambio de comportamiento y prevención de lesiones (Mackenbach et al., 2015).

Definición y comparabilidad

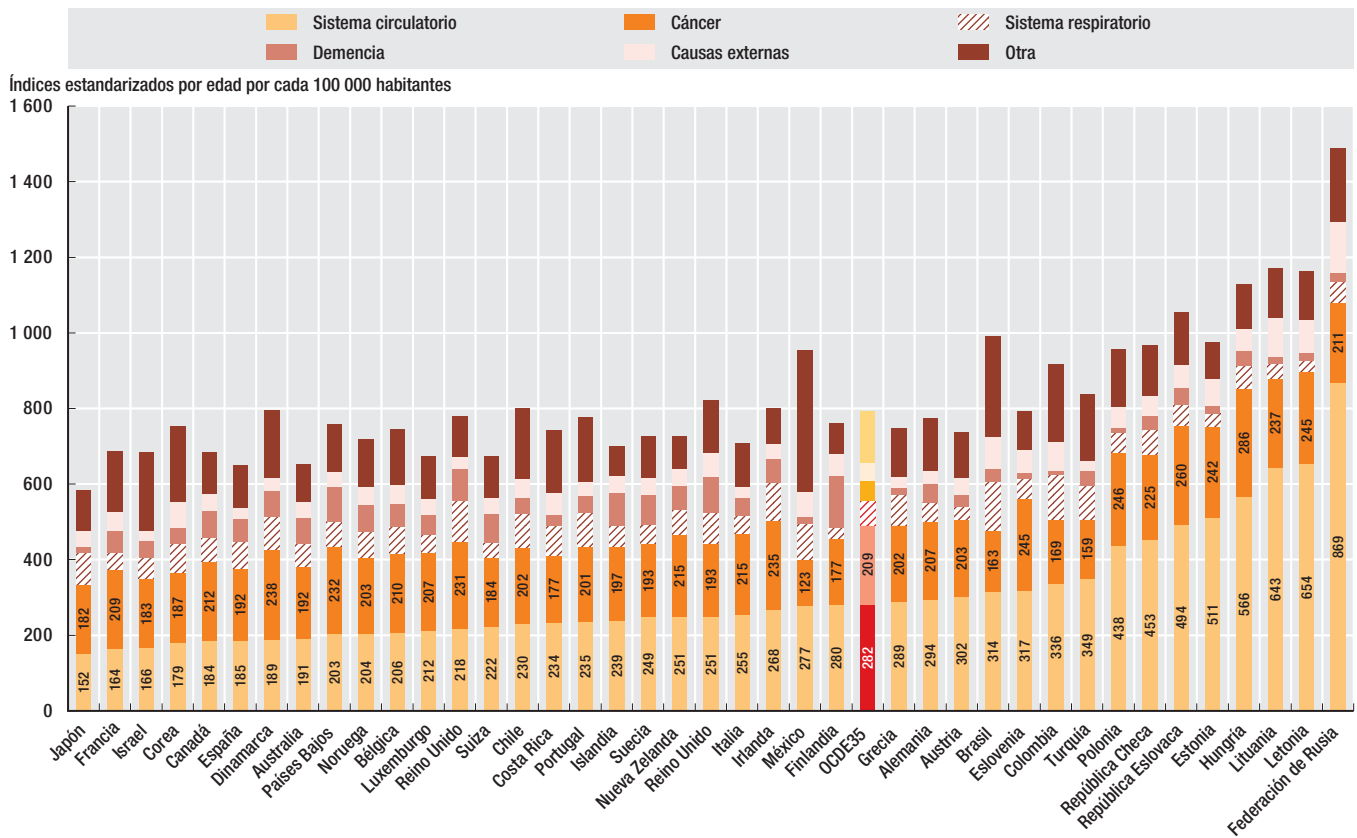
Los índices de mortalidad están basados en el número de muertes registradas en un país en un año, dividido entre el total de la población correspondiente. Los índices se han estandarizado por edad directamente según la población en 2010 en los países de la OCDE (disponible en <http://oe.cd/mortality>), para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es WHO Mortality Database.

Las muertes por causas generales se clasifican según ICD-10 códigos A00-Y89, excluyendo S00-T98. La clasificación de las causas de muerte define grupos y subgrupos. Los grupos son términos generales que cubren enfermedades relacionadas entre sí; los subgrupos se refieren a enfermedades específicas. Por ejemplo, el grupo enfermedades del sistema respiratorio consta de 4 subgrupos: influenza, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma.

Referencias

- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015), "Global, Regional, and National Age-sex Specific All-cause and Cause-specific Mortality for 240 Causes of Death, 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet*, vol. 385, pp. 117-171.
- Gore, F. et al. (2011), "Global Burden of Disease in Young People Aged 10-24 Years: A Systematic Analysis", *The Lancet*, vol. 377, pp. 2093-2102.
- Mackenbach, J. et al. (2015), "Variations in the Relation Between Education and Cause-specific Mortality in 19 European Populations: A Test of the 'Fundamental Causes' Theory of Social Inequalities in Health", *Social Science & Medicine*, vol. 127, pp. 51-62.

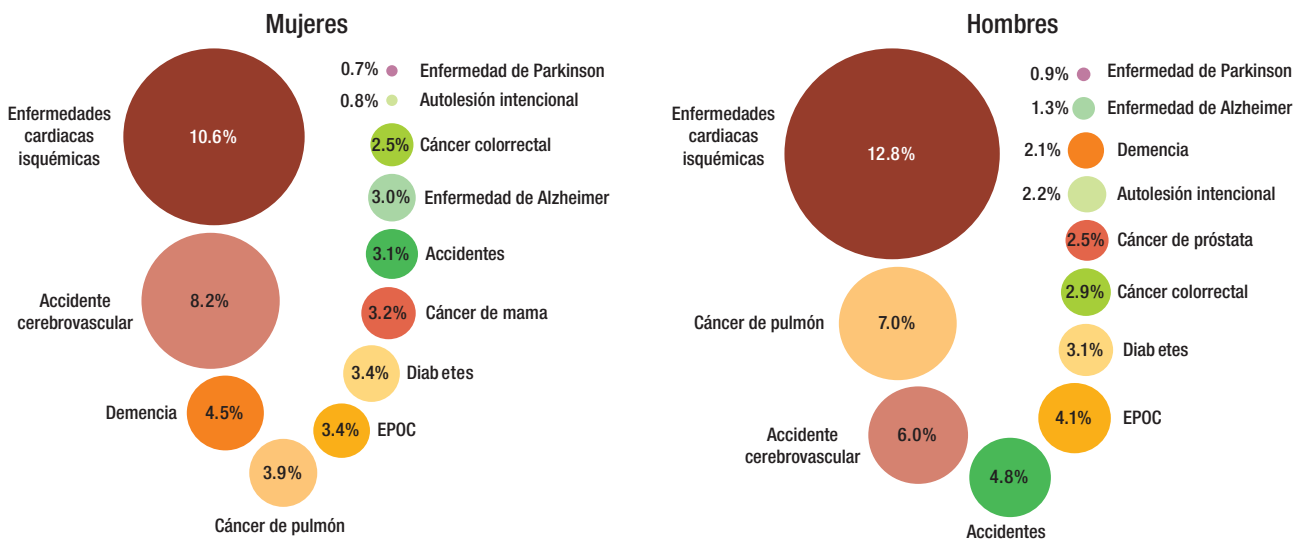
3.6. Principales causas de mortalidad por país, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602329>

3.7. Principales causas de mortalidad por género, 2015 (o año más cercano)



Nota: Proporción de la suma de muertes totales en los países de la OCDE, por género.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602348>

Mortalidad por enfermedades circulatorias

A pesar de una disminución sustancial en décadas recientes, las enfermedades circulatorias siguen siendo la principal causa de mortalidad en la mayoría de los países de la OCDE, causan de más de un tercio (36%) del total de muertes en 2015. La perspectiva de mayores reducciones puede ser obstaculizada por un incremento en ciertos factores de riesgo como la obesidad y la diabetes (OECD, 2015). Las enfermedades circulatorias incluyen una variedad de enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, particularmente la cardiopatía isquémica (incluyendo ataque cardíaco) y enfermedades cerebrovasculares como el accidente vascular.

La cardiopatía isquémica (IHD, por sus siglas en inglés) es causada por la acumulación de depósitos grasos en la pared interior de una arteria coronaria, que restringe el flujo de sangre al corazón. Solo la IHD fue responsable de casi 12% del total de muertes en países de la OCDE en 2015. Sin embargo, la mortalidad por IHD varía considerablemente entre países (Figura 3.8). Entre los países de la OCDE, los de Europa Central y del Este reportan los más altos índices de mortalidad por IHD. Los índices son altos también en la Federación de Rusia. Japón, Corea y Francia reportan los índices más bajos. Entre los países de la OCDE, el índice de mortalidad por IHD en 2015 fue alrededor de 82% mayor para hombres que para mujeres.

Los índices de mortalidad por IHD han decrecido en casi todos los países de la OCDE, con una reducción promedio de más del 50% desde 1990, lo que contribuye de manera importante al incremento en esperanza de vida, particularmente entre hombres. La disminución ha sido notable en Dinamarca, los Países Bajos, Noruega e Israel, donde los índices cayeron más de 70%. El menor consumo de tabaco contribuyó significativamente a reducir la incidencia de IHD (ver el indicador "Tabaquismo entre adultos" en el Capítulo 4), y en consecuencia a reducir los índices de mortalidad. Las mejoras en el cuidado médico también han contribuido a reducir la mortalidad (ver los indicadores "Mortalidad después de infarto agudo de miocardio" en el Capítulo 6 y "Altas hospitalarias" en el Capítulo 9).

En Corea, los índices de mortalidad por IHD se han incrementado sustancialmente desde 1990 aunque siguen siendo bajos en comparación con casi todos los demás países de la OCDE, y han empezado a decrecer después de un máximo en 2006. El incremento inicial en los índices de mortalidad por IHD en Corea, se atribuye a cambios en el estilo de vida y hábitos alimentarios, así como a factores ambientales al nacer, con la población nacida entre 1940 y 1950 con un riesgo relativo más alto. En 2006 Corea introdujo un Plan Integral para enfrentar las enfermedades circulatorias, que comprendió prevención y cuidado primario así como mejores cuidados intensivos, lo que contribuyó a la reducción de la mortalidad en años recientes (OECD, 2012).

La enfermedad cerebrovascular fue la causa de alrededor del 7% del total de muertes en países de la OCDE en 2015. El término enfermedad cerebrovascular se refiere a un grupo de enfermedades que se relacionan con los vasos sanguíneos que alimentan el cerebro. Las manifestaciones comunes de enfermedad cerebrovascular incluyen el accidente vascular isquémico, que se presenta cuando el suministro de sangre al cerebro es bloqueado o interrumpido; el accidente vascular hemorrágico, que

ocurre cuando hay una fuga de los vasos sanguíneos a la superficie del cerebro. Además de ser una causa importante de muerte, la carga de discapacidad por accidente vascular y otras enfermedades cerebrovasculares es también sustancial (Feigi et al., 2016).

Existen enormes variaciones en los índices de mortalidad por enfermedad cerebrovascular entre países (Figura 3.9). Entre los países de la OCDE, Letonia, Hungría y la República Eslovaca reportan índices más de tres veces más altos que los de Suiza, Canadá y Francia, y tienen las más altas tasas de mortalidad por IHD y enfermedad cerebrovascular. Los índices son también altos en la Federación de Rusia y Sudáfrica, países socios de la OCDE. La prevalencia de factores de riesgo comunes a ambas condiciones (como el tabaquismo y la presión arterial alta) pueden explicar este vínculo.

Desde 1990 la mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha disminuido en todos los países de la OCDE, aunque a una tasa menor en Polonia y la República Eslovaca. En promedio, la carga de mortalidad por enfermedad cerebrovascular se ha reducido a la mitad entre los países de la OCDE. En Estonia, Luxemburgo y Portugal, la República Checa y Austria, los índices han disminuido más de 70%. Al igual que con IHD, la reducción en mortalidad por enfermedad cerebrovascular puede ser atribuida al menos en parte a la reducción de factores de riesgo y las mejoras en el tratamiento médico (OECD, 2015; ver el indicador "Mortalidad después de accidente cerebrovascular" en el Capítulo 6), pero el aumento de obesidad y diabetes amenaza los avances en el control de la enfermedad cerebrovascular (OECD, 2015).

Definición y comparabilidad

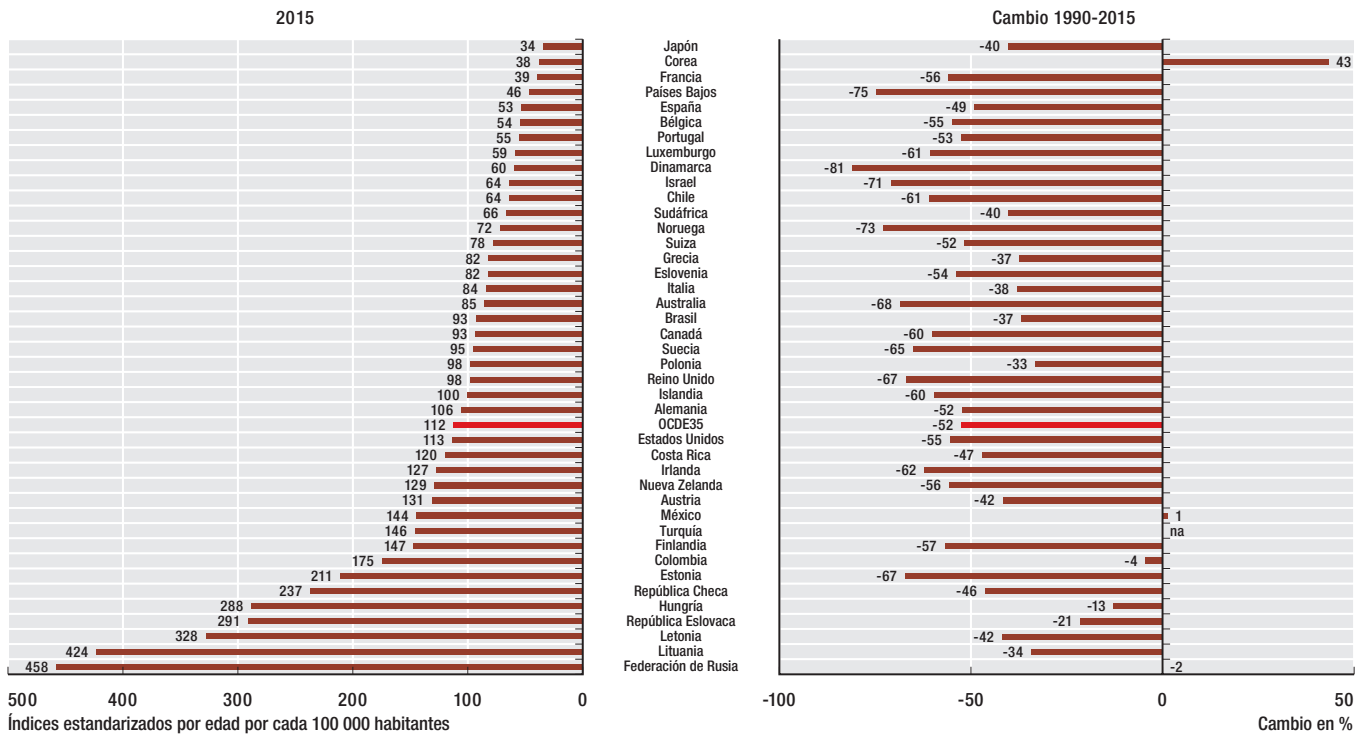
Los índices de mortalidad están basados en el número de muertes registrados en un país en un año, dividido entre el total de la población correspondiente. Los índices se han estandarizado por edad directamente según la población en 2010 en los países de la OCDE (disponible en <http://oe.cd/mortality>) para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es *WHO Mortality Database*.

Las muertes se clasifican según ICD-10 códigos I20-I25 por cardiopatía isquémica, y códigos I60-I69 por enfermedad cerebrovascular.

Referencias

- Feigi, V. et al. (2016), "Global Burden of Stroke and Risk Factors in 188 Countries, During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet Neurology*, vol. 15, pp. 913-924.
- OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OECD (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea - Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>.

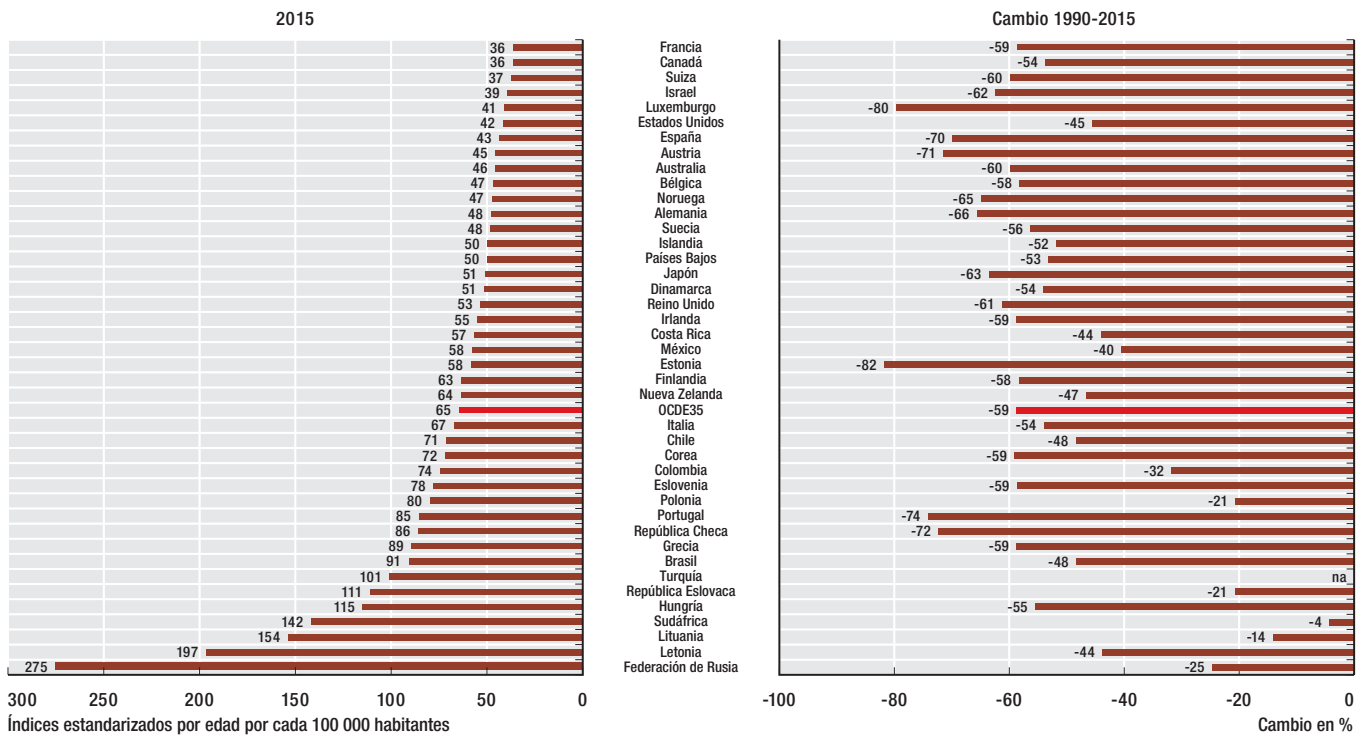
3.8. Mortalidad por cardiopatía isquémica, 2015 y cambio 1990-2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602367>

3.9. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular, 2015 y cambio 1990-2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602386>

Mortalidad por cáncer

Después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer es la segunda causa de muerte en los países de la OCDE, representando el 25% de las muertes en 2015 en comparación con un 15% en 1960. En varios países como Dinamarca, Francia, Japón, los Países Bajos, Canadá, el Reino Unido, España, Bélgica y Australia, el índice de mortalidad por cáncer es más alto que el de enfermedades circulatorias. El aumento en la proporción de muertes por cáncer refleja el hecho de que la mortalidad por otras causas, particularmente las enfermedades circulatorias ha decrecido más rápidamente que la mortalidad por cáncer.

Existen más de 100 tipos de cáncer. Para muchos tipos, el riesgo de desarrollar la enfermedad se incrementa con la edad. Mientras que existen factores genéticos de riesgo, solo entre 5 y 10% de todos los tipos de cáncer son heredados. El 90 a 95% de todos los casos de cáncer pueden ser explicados por factores de riesgo que son modificables, como el tabaquismo, la obesidad, la falta de ejercicio, el exceso de exposición al sol y otros factores ambientales (Anand et al., 2008). La prevención, detección temprana y tratamiento oportuno se mantienen al frente de la batalla para reducir la carga del cáncer (OECD, 2013).

La tasa de mortalidad promedio atribuible al cáncer en los países de la OCDE en 2015 fue de solo 200 por cada 100 000 habitantes (Figura 3.10). La mortalidad más baja por cáncer se presentó en México, Turquía, Finlandia, Suiza, Japón, Israel y Corea, con índices de menos de 180 por cada 100 000 habitantes. Entre los países socios, los índices fueron también de menos de 180 por cada 100 000 habitantes en Colombia, Brasil, Costa Rica y Sudáfrica. Hungría, la República Eslovaca, Eslovenia y Letonia tienen la más alta carga de mortalidad por cáncer, con índices que sobrepasan 240 por cada 100 000 habitantes.

En la mayoría de los países de la OCDE, los índices de mortalidad por cáncer han disminuido desde 1990, con los mayores decrementos en la República Checa y Suiza. Los índices disminuyeron en 18% entre 1990 y 2015. La reducción sustancial en mortalidad por cáncer gástrico, colorrectal, de pulmón y de próstata para hombres; de mama, cervical y de ovario para mujeres, contribuyeron a esta disminución. Sin embargo, estas ganancias se vieron parcialmente contrarrestadas por incrementos en el número de muertes debidas a cáncer hepático, de piel y de páncreas para ambos sexos, así como cáncer de pulmón para mujeres.

La mortalidad por cáncer es consistentemente más alta para hombres que para mujeres en todos los países (Figura 3.11). La brecha de género fue particularmente amplia en Corea, Turquía, Letonia, Estonia, España y Portugal, con tasas de más del doble en los hombres que en las mujeres. Esta brecha de género se explica parcialmente por la gran prevalencia de factores de riesgo entre los hombres, notablemente el tabaquismo.

Entre los hombres, el cáncer de pulmón impone la carga más alta de mortalidad, contribuyendo con el 22% del total de muertes por cáncer (Figura 3.12). Para mujeres, el cáncer de pulmón representó el 16% de las muertes por cáncer. En muchos países los índices de mortalidad por cáncer de pulmón para hombres han disminuido en los últimos 25 años en muchos países, particularmente en México, los Países Bajos, la República Checa, Finlandia y el Reino Unido, donde cayeron por aproximadamente 50%.

Pero la mortalidad por cáncer para mujeres se ha incrementado en otros, como los Países Bajos, Francia y España, en donde ha aumentado más del doble desde 1990. Estas tendencias opuestas se explican en buena medida por el gran número de mujeres que empezaron a fumar varias décadas después de los hombres.

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte más común entre mujeres en muchos países de la OCDE. Aunque ha habido un aumento en la incidencia de cáncer de mama en la última década, la mortalidad se ha reducido en la mayoría de los países debido al diagnóstico oportuno y mejores tratamientos. El índice de mortalidad por cáncer de mama se incrementó en Corea y Japón, aunque los índices siguieron siendo los más bajos en 2015. Las más altas tasas de mortalidad por cáncer de mama en 2015 se presentaron en Irlanda, Islandia, Hungría, Dinamarca y los Países Bajos.

El cáncer colorrectal es una de las principales causas de mortalidad por cáncer para hombres y mujeres (la segunda más importante para hombres y la tercera para mujeres). En Japón es la causa principal de mortalidad por cáncer en mujeres. En 2015, los índices más bajos de mortalidad por cáncer colorrectal se presentaron en México y Turquía, y los más altos en Hungría y la República Eslovaca. El cáncer de próstata se ha convertido en el tipo más común de cáncer entre los hombres en muchos países de la OCDE, particularmente de 65 años de edad y mayores.

Definición y comparabilidad

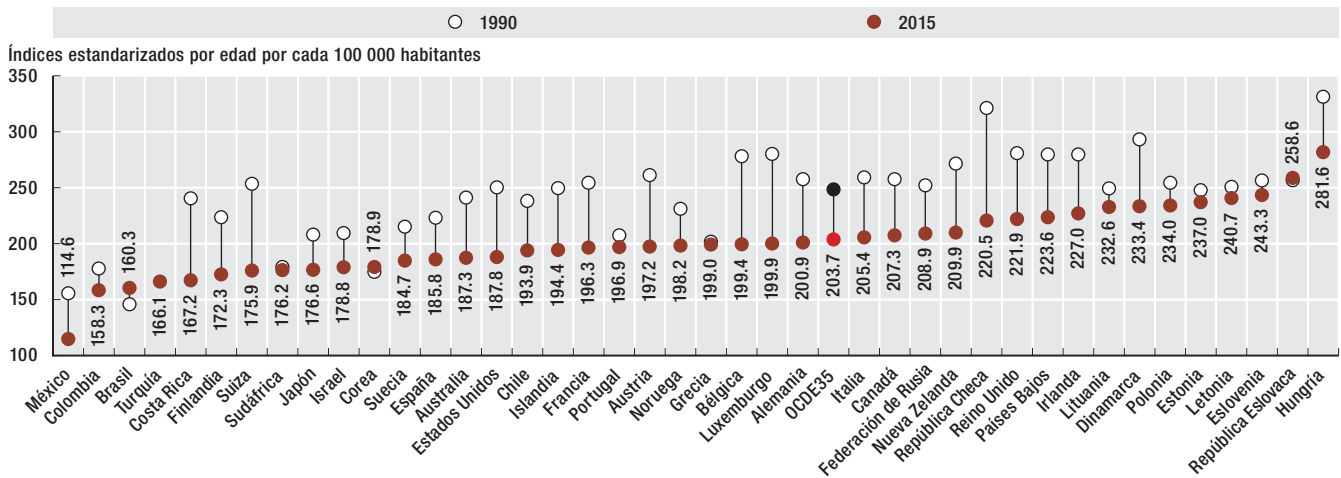
Los índices de mortalidad están basados en el número de muertes registradas en un país en un año, dividido entre el total de la población correspondiente. Los índices se han estandarizado por edad directamente según la población en 2010 en los países de la OCDE (disponible en <http://oe.cd/mortality>) para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es WHO Mortality Database.

Las muertes por todos los tipos de cáncer se clasifican según ICD-10 códigos C00-C97. La comparabilidad internacional de los datos de mortalidad por cáncer puede verse afectada por diferencias en capacitación y prácticas médicas, así como en la emisión de certificados de defunción en diferentes países.

Referencias

- Anand, P. et al. (2008), "Cancer Is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes", *Pharmaceutical Research*, vol. 25, núm. 9, pp. 2097-2116.
- OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- Slawomirski, L., A. Auraen y N. Klazinga (2017), "The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-based Approach to Reducing Patient Harm at National Level", *OECD Health Working Papers*, núm. 96, OECD Publishing, Paris <http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.

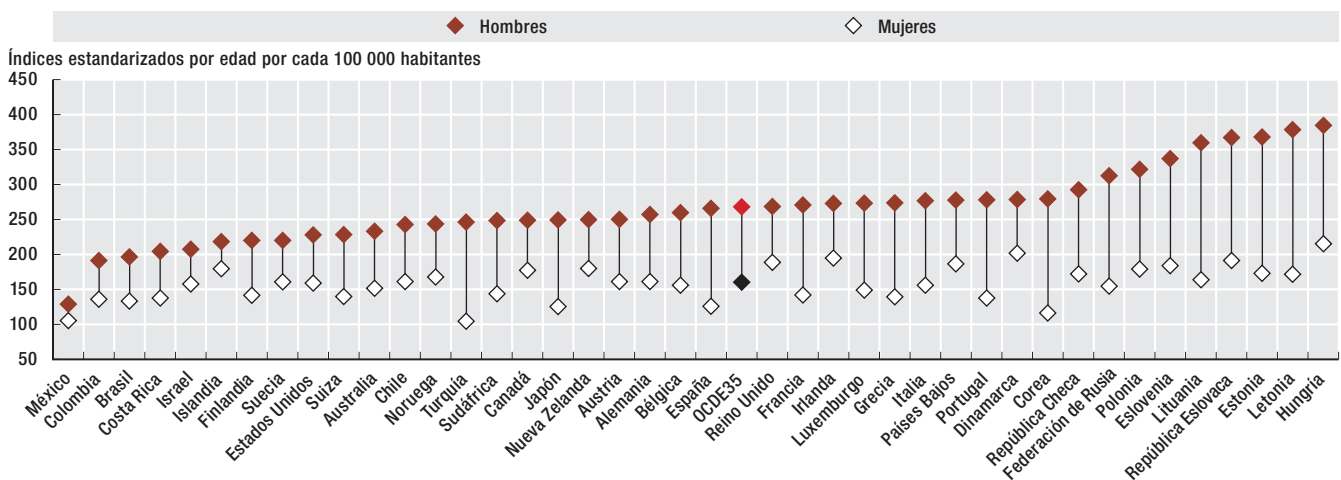
3.10. Mortalidad por cáncer, 1990 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602405>

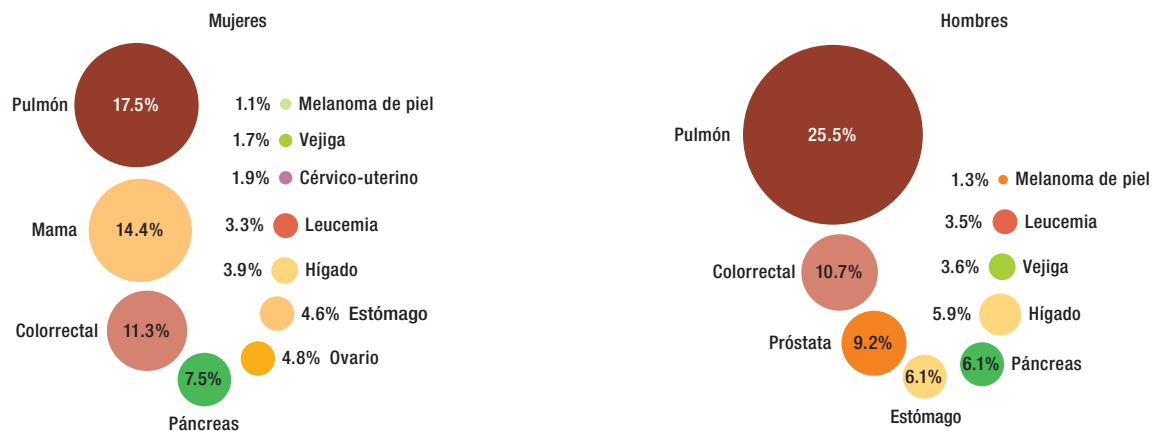
3.11. Mortalidad por cáncer por género, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602424>

3.12. Principales causas de mortalidad por cáncer por género, 2015 (o año más cercano)



Nota: Proporción de la suma de muertes totales en los países de la OCDE, por género.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602443>

La mortalidad infantil, la tasa de bebés e infantes de menos de un año de edad que mueren, es la medida más fundamental de salud infantil. En países de la OCDE, alrededor de dos tercios de las muertes que ocurren durante el primer año de vida son muertes neonatales (es decir, durante las primeras cuatro semanas de vida). Los defectos de nacimiento, partos prematuros y otras condiciones durante el embarazo son los principales factores que contribuyen a la mortalidad neonatal en países desarrollados. Para la mortalidad después del primer mes (mortalidad post-neonatal), suele haber una mayor variedad de causas, siendo las más comunes el síndrome de muerte infantil súbita (SIDS, por sus siglas en inglés), defectos de nacimiento, infecciones y accidentes.

En la mayoría de los países de la OCDE la mortalidad infantil es baja, y las diferencias en los índices son pequeñas (Figura 3.13). En 2015, el promedio de los países de la OCDE fue de menos de 4 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Turquía y México tienen todavía comparativamente altas tasas de mortalidad infantil, con más de 10 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

En algunos países socios de gran tamaño (India, Sudáfrica e Indonesia), la mortalidad infantil sigue siendo de más de 20 muertes por cada 1000 nacidos vivos, aunque en estos tres países los índices se han reducido considerablemente en décadas recientes. De hecho, la mortalidad infantil ha disminuido significativamente en todos los países de la OCDE y países socios, con reducciones particularmente importantes desde 1990 en Eslovenia, Estonia, Polonia, Corea y China.

A pesar de estos avances en la reducción de mortalidad infantil, el número creciente de infantes con bajo peso al nacer es una preocupación en algunos países de la OCDE. En varios de ellos, esto ha contribuido a una estabilización de la tendencia a la baja de mortalidad infantil en los últimos años. En promedio, uno de cada 15 bebés nacidos en la OCDE (o 6.5% de todos los nacimientos), pesaron menos de 2 500 gramos al nacer en 2015 (Figura 3.14). En casi todos los países de la OCDE, la proporción de infantes con bajo peso al nacer se ha incrementado en las últimas dos décadas, principalmente debido a incrementos en partos prematuros (Euro-Peristat, 2013). Corea, España, Portugal, Grecia y Japón han tenido grandes incrementos (50% o más) de bebés con bajo peso al nacer desde 1990, aunque las proporciones se mantienen por debajo del promedio de la OCDE en Corea.

El bajo peso al nacer puede ocurrir como resultado de crecimiento fetal restringido o nacimiento prematuro. Los bebés con bajo peso al nacer tienen un riesgo más alto de mala salud o muerte, requieren periodos más largos de hospitalización al nacer, y tienen más probabilidades de desarrollar discapacidades significativas. Los factores de riesgo para bajo peso al nacer incluyen tabaquismo materno, consumo excesivo de alcohol, mala nutrición, bajo índice de masa corporal, estatus socioeconómico bajo, haber tenido tratamiento para fertilización in-vitro y partos múltiples, y mayor edad de la madre. El incremento en el uso de técnicas de alumbramiento como el parto inducido y operación cesárea, ha aumentado los índices de sobrevivencia de bebés con bajo peso, al tiempo que explica el aumento del índice de infantes con bajo peso al

nacer. A pesar del uso generalizado de un límite de 2 500 gramos para bajo peso al nacer, existen variaciones fisiológicas en tamaño en diferentes países y grupos de población, las cuales deben ser tomadas en cuenta al interpretar las diferencias (Euro-Peristat, 2013).

La comparación de diversos grupos de población en un país indican que tanto la mortalidad infantil como la proporción de infantes con bajo peso al nacer puede estar influenciada por diferencias en niveles educativos, ingreso y condiciones de vida asociadas. Por ejemplo, en los Estados Unidos, las mujeres de raza negra tienen más probabilidades de dar a luz a infantes de bajo peso al nacer, con una tasa de mortalidad infantil de más del doble que la de mujeres de raza blanca (NCHS, 2015). Se han observado diferencias similares entre las poblaciones indígenas y no indígenas de Australia, México y Nueva Zelanda, lo que refleja las condiciones vulnerables de vida de muchas de estas madres.

Definición y comparabilidad

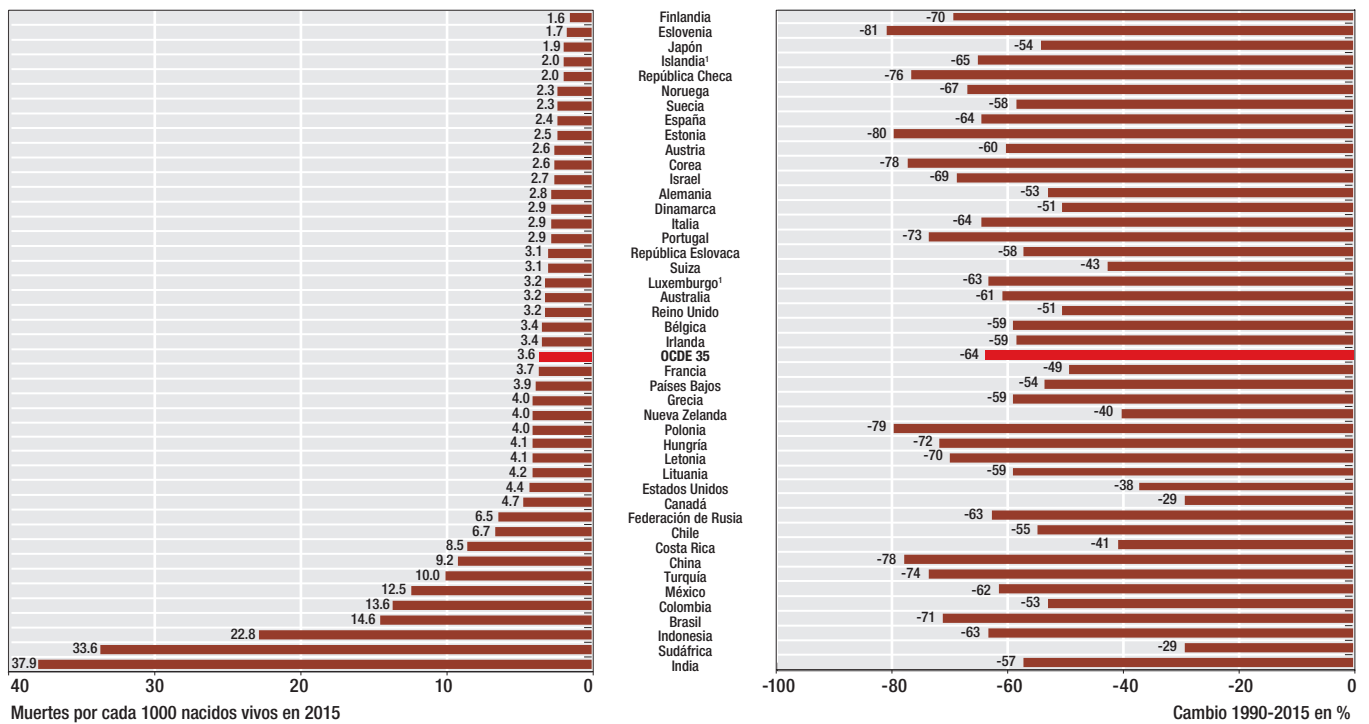
El índice de mortalidad infantil es el número de muertes de niños de menos de un año de edad expresado por cada 1000 nacidos vivos. Algunas de las variaciones internacionales en mortalidad infantil se relacionan con las diferentes prácticas de registro para infantes muy prematuros. Mientras que algunos países registran a todos los nacidos vivos, incluyendo bebés muy pequeños con pocas probabilidades de sobrevivir, otros países aplican un umbral mínimo de 22 semanas de gestación (o umbral de peso al nacer de 500 gramos) para el registro como nacidos vivos (Euro-Peristat, 2013). Para eliminar esta limitación de comparabilidad de datos, la información presentada en esta sección está basada en un umbral mínimo de 22 semanas de gestación (o umbral de peso al nacer de 500 gramos) para la mayoría de los países de la OCDE que han proporcionado estos datos. Sin embargo, la información para algunos países (p. ej., Canadá y Australia) sigue estando basada en el registro de todos los nacidos vivos, lo que resulta en sobreestimaciones.

La OMS define el bajo peso al nacer como el peso de un infante en el nacimiento menor a 2 500 gramos (5.5 libras) independientemente de la edad gestacional. Este umbral se basa en observaciones epidemiológicas del incremento en el riesgo de muerte de infantes, y sirve como comparativo internacional para estadísticas de salud. El número de nacimientos con bajo peso se expresa como porcentaje del total de nacidos vivos.

Referencias

- Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: The Health and Care of Pregnant Women and their Babies in 2010*, Luxemburgo.
- NCHS - National Centre for Health Statistics (2016), *Health, United States, 2015, with Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities*, NCHS, Hyattsville, Estados Unidos.

3.13. Mortalidad infantil, 2015 y cambio 1990-2015 (o año más cercano)



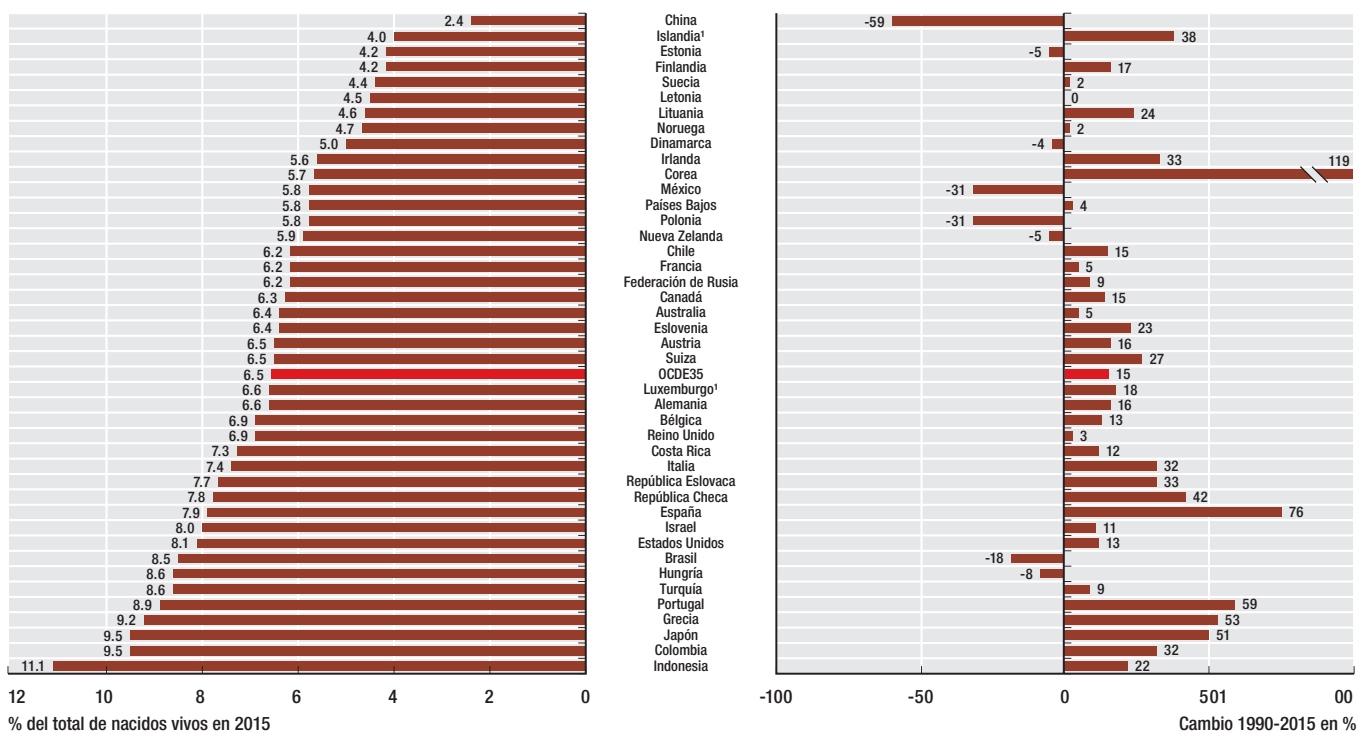
1. Promedio de tres años (1988-90 y 2013-15).

Nota: Los datos para la mayoría de los países se basan en un umbral mínimo de 22 semanas de gestación (o 500 gr de peso al nacer) para eliminar el efecto de las diferentes prácticas de registro de bebés extremadamente prematuros, excepto para Australia, Canadá, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, México, Noruega y Portugal.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602462>

3.14. Infantes con bajo peso al nacer, 2015 y cambio 1990-2015 (o año más cercano)



1. Promedio de tres años (1988-90 y 2013-15).

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602481>

Las enfermedades mentales representan una proporción considerable -y en crecimiento- de la carga global de enfermedad. Se estima que una de cada dos personas padecerá alguna enfermedad mental en su vida, y alrededor de uno en cada 5 adultos en edad laboral sufre de salud mental precaria en algún momento (OECD, 2012; OECD, 2015). Solo la depresión afecta a millones de individuos cada año. La Figura 3.17 muestra la prevalencia de depresión auto-reportada en Europa. En promedio, la prevalencia de depresión durante 12 meses fue de 7.9% de la población. Las mujeres reportaron índices más altos de depresión en todos los países; en España, Lituania, Hungría, y Polonia, fue 50% más probable que las mujeres reportaran haber padecido depresión en el año previo que los hombres, y creció a 66% en Portugal. Fue casi tres veces más probable que la población de Islandia o Irlanda reportara depresión que la gente en la República Checa (Figura 3.17). Estas diferencias se deben en parte por diferentes posturas y comprensión de la salud mental precaria y la depresión. Un estigma menor para la depresión podría contribuir a índices más altos de enfermedad auto-reportada, y de diagnóstico.

Cuando la gente sufre de un desorden mental, tiene consecuencias en muchas áreas de su vida, contribuyendo a resultados inferiores en educación, índices más altos de desempleo, y salud física más frágil. En casos serios, la depresión y otras enfermedades mentales, como el desorden bipolar y la esquizofrenia, pueden conducir a las personas a hacerse daño, e incluso al suicidio (McDaid et al., 2017). Existen otras razones complejas que contribuyen a la tasa de muerte por suicidio. El contexto social, pobreza, abuso de sustancias y desempleo, se asocian con altos índices de suicidio.

El suicidio sigue siendo una causa significativa de muerte en muchos países de la OCDE. La Figura 3.15 muestra que en 2015, los índices de suicidio más bajos se presentaron en Sudáfrica, Turquía, Grecia y Colombia, con menos de cinco muertes por suicidio en cada 100 000 habitantes. Lituania tuvo el índice más alto de suicidio, con 29 muertes por cada 100 000, seguida de Corea y la Federación de Rusia. Se debe tener cautela al comparar los índices de suicidio. El estigma que se asocia al suicidio, o los problemas en el registro de suicidios quieren decir que en algunos países el reporte de muertes por suicidio puede ser inferior a la realidad. A diferencia de la prevalencia de depresión, los índices de mortalidad por suicidio son de tres a cuatro veces más altos para hombres que para mujeres. Los estudios sugieren que la brecha de género por intento de suicidio es menor, pero los hombres tienden a usar medios más letales.

Las tasas de suicidio han decrecido consistentemente en los países de la OCDE, cayendo cerca de 30% entre 1990 y 2015. En algunos países la disminución ha sido significativa, incluyendo Estonia, Finlandia y Hungría, donde las tasas han bajado en 40% o más (Figura 3.16). En Finlandia, esta importante disminución puede

ser atribuida al menos en parte a la promoción específica de la salud mental, y programas de prevención del suicidio, así como a mejores servicios de cuidado de la salud mental. En otros países, el índice de suicidio se ha incrementado en años recientes. En México, el índice de suicidios creció de 4.8 por cada 100 000 habitantes en 2010, a 5.5 en 2015, mientras que en los Estados Unidos el índice aumentó de 12.5 a 13.5. Una variedad de intervenciones pueden tanto prevenir, como tratar la depresión, y prevenir el suicidio, pero en muchos países la gente con salud mental precaria tiene dificultades para tener acceso oportuno a servicios apropiados de salud.

Definición y comparabilidad

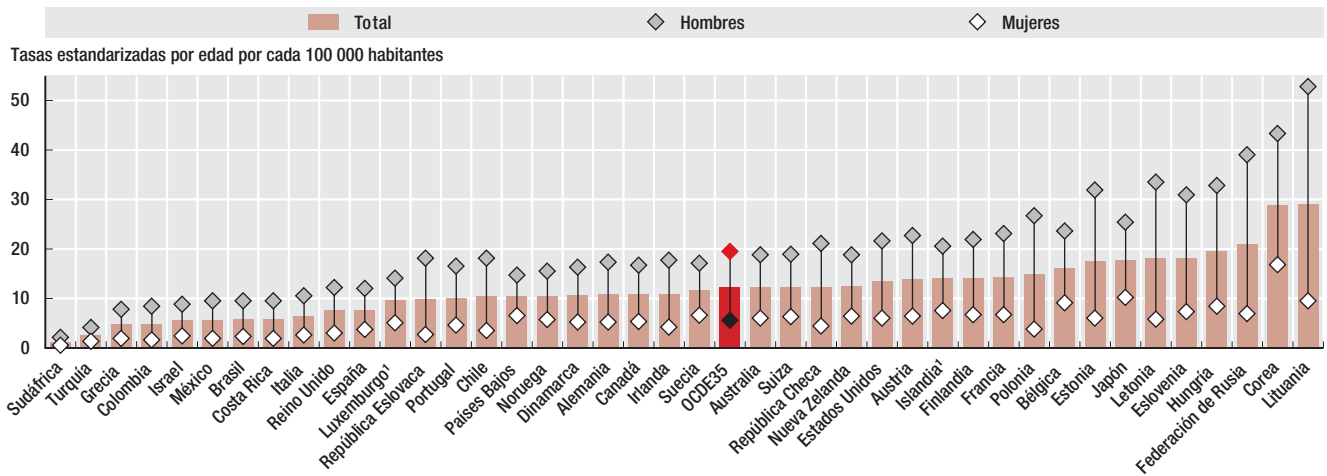
El registro de un suicidio es un procedimiento complejo, al que afectan factores como el método con el que se lleva a cabo, quién es responsable del certificado de defunción, y dimensiones culturales que incluyen el estigma asociado con el suicidio. Por lo tanto, se requiere cautela al comparar los índices de suicidio entre países. Las tasas de mortalidad se basan en el número de muertes dividido entre el tamaño de la población correspondiente. Las tasas se han estandarizado por edad para la población de la OCDE. La fuente es *WHO Mortality Database*, en la que los suicidios se clasifican bajo ICD10 códigos X60-X84, Y870.

Los estimados de la prevalencia de depresión se derivan de la segunda entrega de la Encuesta Europea de Salud (European Health Interview Survey). Se preguntó a los encuestados "Durante los últimos 12 meses, ¿ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?" y la lista incluyó la depresión. Los datos auto-reportados de depresión pueden estar sujetos a error de subdiagnóstico y de reporte. Los estudios de varios países Europeos muestran mayor variación entre países en datos auto-reportados sobre salud mental que con otros métodos de encuesta.

Referencias

- McDaid, D., Hewlett, E. y A. Park (2017), "Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/bc364fb2-en>.
- OECD (2015), *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>.
- OECD (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Mental Health and Work. OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

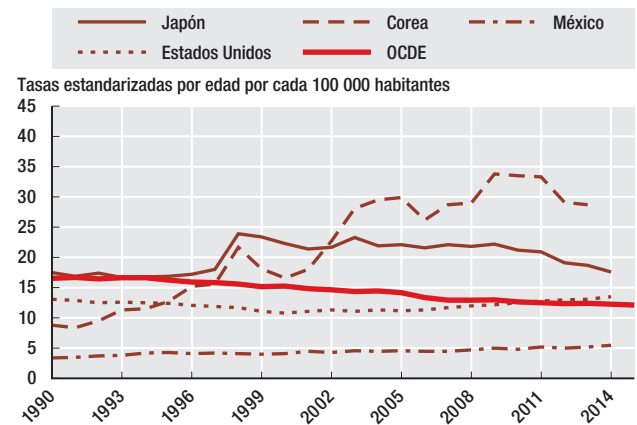
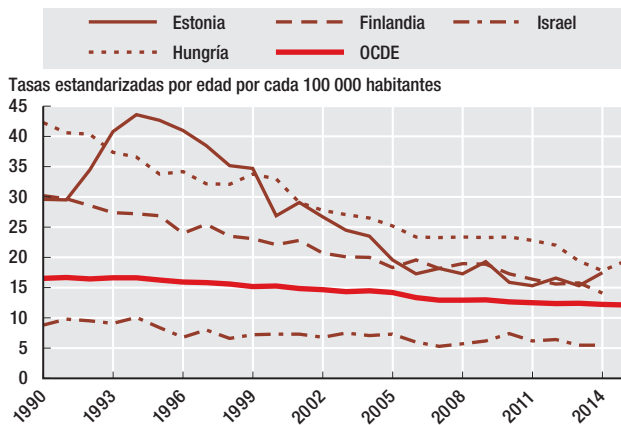
3.15. Suicidio, 2015 (o año más cercano)



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602500>

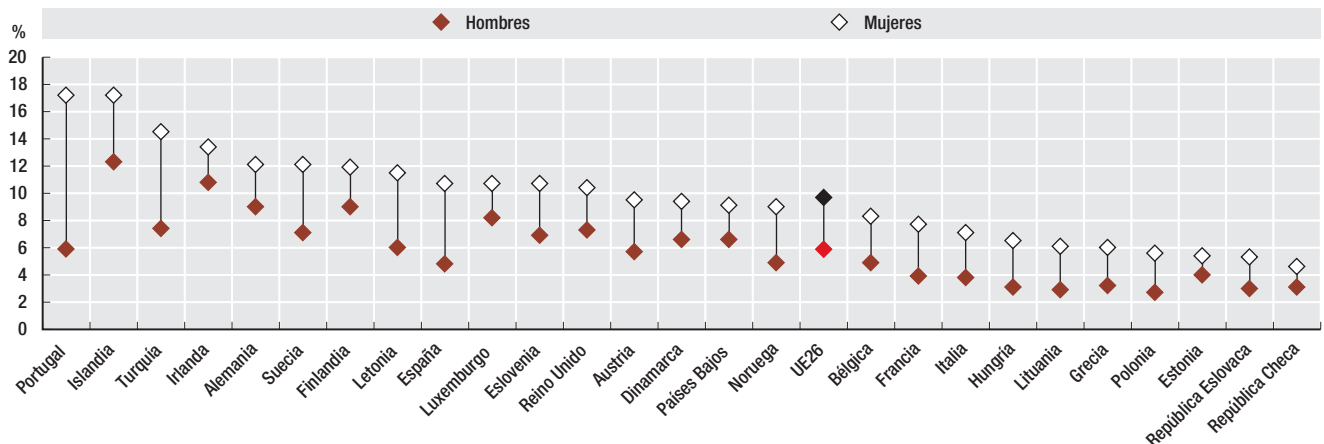
3.16. Tendencias en suicidio, selección de países de la OCDE, 1990-2015



Fuente: OECD Health Statistics 2017

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602519>

3.17. Prevalencia de depresión crónica, 2014



Nota: Prevalencia auto-reportada de depresión en los últimos 12 meses.
Fuente: Eurostat Database, 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602538>

Percepción del estado de salud

La mayoría de los países de la OCDE llevan a cabo regularmente encuestas sobre salud, que permiten a los encuestados reportar diferentes aspectos de su salud. Una pregunta frecuentemente empleada es del tipo “¿Cómo calificaría su salud en general?” A pesar de la naturaleza altamente subjetiva de esta pregunta, los indicadores de percepción del estado de salud han resultado ser una buena forma de predecir el uso en el futuro de servicios de salud y la mortalidad (Palladino et al., 2016).

Con el fin de hacer comparaciones internacionales, las variaciones entre países en la percepción del estado de salud son difíciles de interpretar, pues las respuestas pueden ser afectadas por la forma en que se formulan las preguntas de la encuesta y las mismas respuestas, así como por factores sociales y culturales. Por ejemplo, se percibe una tendencia central sesgada en el auto-reporte de salud en Japón y Corea (Lee et al., 2003). Además, como la gente mayor en general reporta un estado de salud más frágil que la gente joven, los países que tienen una mayor proporción de gente mayor tendrán una menor proporción de quienes reportan estar en buen estado de salud.

Con estas limitantes en mente, la mayoría de los adultos en casi todos los países de la OCDE reportan tener buena salud (Figura 3.18). Nueva Zelanda, Canadá, los Estados Unidos y Australia son los países que lideran, con más del 85% de encuestados reportando tener buena salud. Sin embargo, las categorías de respuesta ofrecidas a los encuestados en estos cuatro países son diferentes de las que se usan en países europeos y países asiáticos de la OCDE, lo que introduce un sesgo ascendente (ver el recuadro sobre “Definición y Comparabilidad”).

Por otra parte, menos de la mitad de los adultos en Japón, Corea, Letonia y Portugal califican su salud como buena. La proporción es también relativamente baja en Estonia, Hungría, Polonia y Chile, donde menos del 60% de los adultos consideran tener buena salud. Sin embargo, en muchos de estos casos, los adultos consideran tener una salud aceptable. Una distinción potencialmente más clara es la de adultos que consideran tener mala salud. En todos los países de la OCDE, un promedio de 9% de los adultos consideran que tienen mala salud, con una proporción de más de 15% en Portugal, Corea, Letonia, Israel, Hungría y Estonia.

En todos los países de la OCDE, los hombres tienen mayor tendencia a reportar estar en buen estado de salud que las mujeres, excepto en Nueva Zelanda, Canadá y Australia, donde la proporción es casi igual. Como es de esperarse, la calificación de la salud propia tiende a decrecer con la edad. En muchos países, hay un marcado declive en cómo la gente califica su salud después de los 45 años de edad, y aún más después de los 65 años de edad.

Existen enormes disparidades en el estado de salud reportado entre diferentes grupos socioeconómicos. La Figura 3.19 muestra que, en todos los países, la población con menor nivel de ingreso tiende a reportar salud más precaria que la población con más alto ingreso, aunque la brecha varía. En promedio, en todos los países de la OCDE, cerca del 80% de la población en el quintil de más alto ingreso reporta tener un buen estado de salud, en comparación con poco menos del 60% para la población en el grupo de más bajo ingreso. Estas disparidades se pueden explicar por diferencias en condiciones de vida y

laborales, así como diferencias en tabaquismo y otros factores de riesgo. Además, la gente en hogares de bajos ingresos puede tener acceso limitado a algunos servicios de salud por razones financieras o de otra índole (ver el Capítulo 5 sobre “Acceso a la Salud”). Es posible también tener una relación causal inversa, en la que un estado de salud precario genera menos empleo y menor ingreso.

Un mayor énfasis en salud pública y prevención de enfermedades entre grupos desfavorecidos, así como mejoras en el acceso a servicios de salud, pueden contribuir a mayores avances en el estado de salud de la población en general y a la reducción de las inequidades en salud.

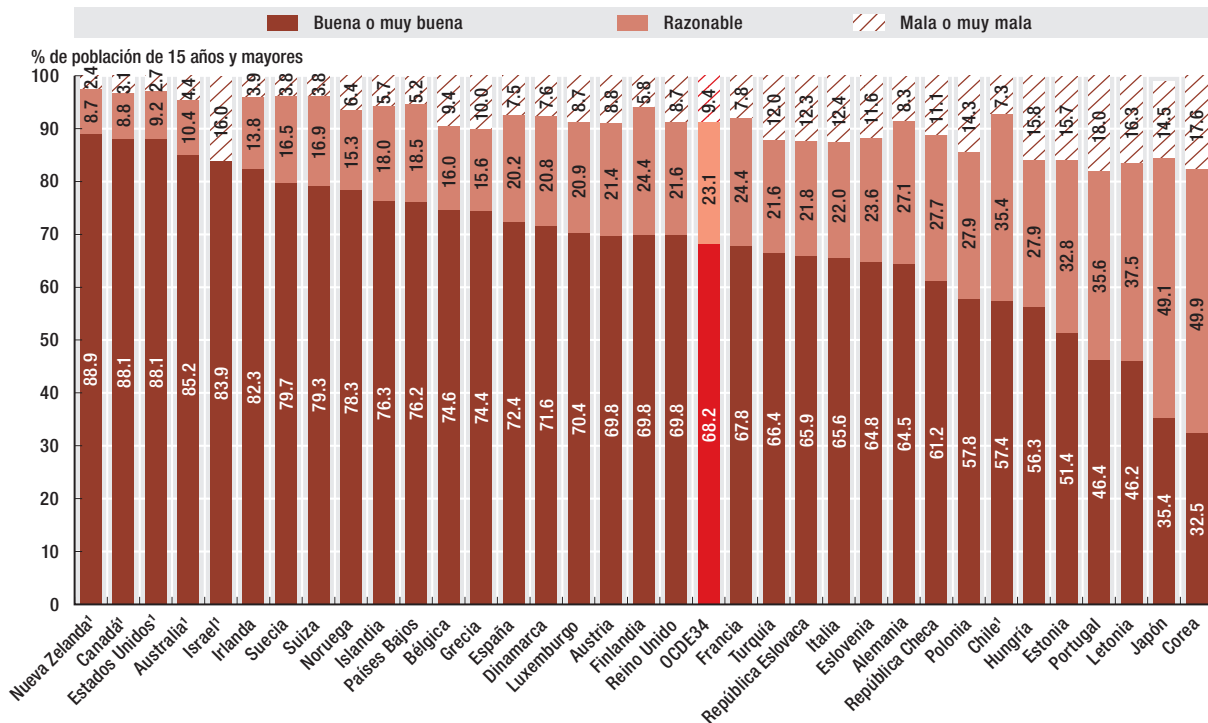
Definición y comparabilidad

La percepción del estado de salud refleja el estado general que la gente percibe sobre su salud. Los encuestados típicamente responden preguntas como “¿Cómo calificaría su salud en general?” Se requiere cautela al hacer comparaciones en la percepción del estado de salud entre países, por lo menos por dos razones. En primer lugar, la valoración que hace la gente de su salud es subjetiva y puede ser afectada por factores culturales. En segundo lugar, existen variaciones en las categorías de preguntas y respuestas utilizadas para medir la percepción de estado de salud entre encuestas y países. En particular, la escala de respuestas utilizada en los Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Australia y Chile es asimétrica (sesgada hacia el lado positivo), incluyendo las categorías “excelente, muy buena, buena, razonable, frágil”. En la mayoría de los demás países de la OCDE, la escala de respuesta es simétrica, con las categorías “muy buena, buena, razonable, frágil, muy frágil”. En Israel la escala es simétrica, pero no incluye una categoría intermedia de salud “razonable”. Estas diferencias en las respuestas generan un sesgo ascendente para los países que usan una escala asimétrica, o bien simétrica sin una categoría intermedia. La percepción del estado de salud según el nivel de ingreso se reporta para el primer quintil (20% de más bajo ingreso) y el último quintil (20% de más alto ingreso). Dependiendo de la encuesta, el ingreso puede ser individual o familiar (en cuyo caso es ponderado tomando en cuenta el número de personas en la familia).

Referencias

- Lee, Y. et al (2003), “A Comparison of Correlates of Self-rated Health and Functional Disability of Older Persons in the Far East: Japan and Korea”, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 37, pp. 63-76.
- Lumsdaine, R. y A. Exterkate (2013), “How Survey Design Affects Self-assessed Health Responses in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE)”, *European Economic Review*, vol. 63, pp. 299-307
- Palladino, R. et al. (2016), “Associations Between Multimorbidity, Healthcare Utilisation and Health Status: Evidence from 16 European Countries”, *Age and Ageing*, vol. 45, pp. 431-435, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw044>.

3.18. Percepción del estado de salud entre adultos, 2015 (o año más cercano)

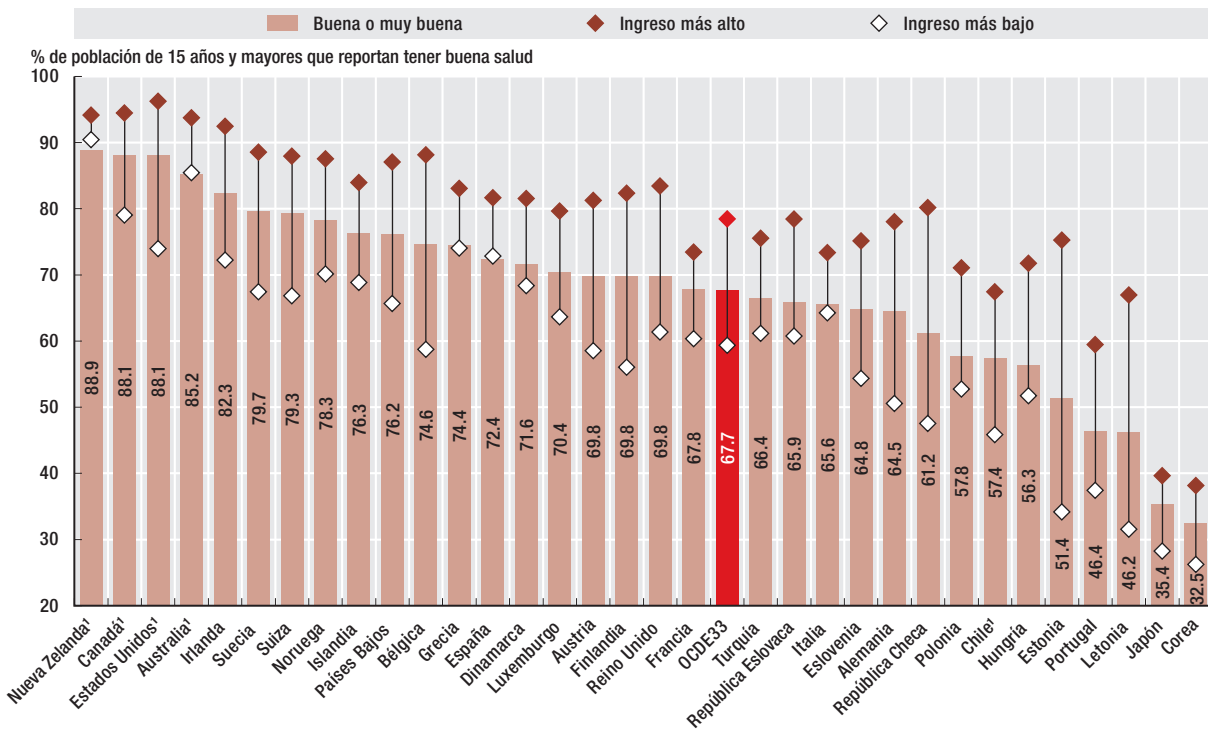


1. Los resultados para estos países no son directamente comparables con los de otros, debido a diferencias metodológicas en el cuestionario de la encuesta, que resulta en un sesgo ascendente. En Israel no hay categoría de salud "razonable".

Fuente: OECD Health Statistics 2017 (EU-SILC para países europeos).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602557>

3.19. Percepción del estado de salud por nivel de ingreso, 2015 (o año más cercano)



Nota: Los países se clasifican en orden descendente de percepción de estado de salud para toda la población.

1. Los resultados para estos países no son directamente comparables con los de otros, debido a diferencias metodológicas en el cuestionario de la encuesta, que resulta en un sesgo ascendente.

Fuente: OECD Health Statistics 2017 (EU-SILC para países europeos).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602576>

Incidencia de cáncer

Se estima que en 2012 se diagnosticaron 5.8 millones de nuevos casos de cáncer en países de la OCDE, de los cuales 54% (alrededor de 3.1 millones) se presentaron en hombres y 46% (alrededor de 2.7 millones) en mujeres. Los tipos más comunes fueron cáncer de mama (12.9% de todos los casos nuevos) y cáncer de próstata (12.8%), seguidos de cáncer de pulmón (12.3%) y cáncer colorrectal (11.9%). Estos cuatro tipos de cáncer representan la mitad de la carga general estimada de cáncer en los países de la OCDE (Ferlay et al., 2014).

Existen grandes variaciones en la incidencia de cáncer entre países de la OCDE. Las tasas más altas de incidencia se presentan en Dinamarca, Australia, Bélgica, Noruega, los Estados Unidos, Irlanda, Corea, los Países Bajos y Francia, que registraron más de 300 nuevos casos por cada 100 000 habitantes en 2012 (Figura 3.20). Las tasas más bajas se reportaron en algunos países latinoamericanos y mediterráneos, como México, Grecia, Chile y Turquía, con alrededor de 200 nuevos casos o menos por cada 100 000 habitantes. Estas diferencias reflejan no solo variaciones en la prevalencia de factores de riesgo para cáncer, sino también políticas nacionales para detección y diferencias en la calidad del reporte de datos.

La incidencia de cáncer fue más alta para los hombres en todos los países de la OCDE en 2012, excepto en México. Sin embargo, la brecha de género varía mucho entre países. En Turquía, Estonia y España, la incidencia entre hombres fue aproximadamente 60% más alta que entre mujeres, mientras que en el Reino Unido, Dinamarca e Islandia, la diferencia fue de menos de 10%.

El cáncer de mama fue por mucho el más común entre mujeres (28% en promedio), seguido del cáncer colorrectal (12%), de pulmón (10%) y cervical (3%). Las causas del cáncer de mama aún no se comprenden completamente, pero los factores de riesgo incluyen la edad, historia familiar, densidad mamaria, exposición a estrógenos, sobrepeso y obesidad, consumo de alcohol, radiación y terapia de reemplazo hormonal. Las tasas de incidencia más altas en 2012 se presentaron en Bélgica, Dinamarca y los Países Bajos, con 25% o más por encima del promedio de la OCDE (Figura 3.21). Chile y México tuvieron las tasas más bajas, seguidos por Turquía y Grecia. La variación en incidencia de cáncer de mama entre países de la OCDE puede atribuirse al menos en parte a las diferencias en el grado y tipo de actividades de detección. Aunque los índices de mortalidad por cáncer de mama han disminuido en la mayoría de los países de la OCDE desde 1990 gracias a la detección oportuna y mejoras en los tratamientos, el cáncer de mama sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer entre mujeres (ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 3 y “Detección, sobrevivencia y mortalidad por cáncer de mama” en el Capítulo 6).

El cáncer de próstata se ha convertido en el tipo de cáncer más comúnmente diagnosticado en hombres en la mayoría de los países de la OCDE, excepto Hungría, Polonia, Turquía y Grecia, donde el cáncer de pulmón sigue siendo predominante, y en Japón y Corea, donde el cáncer

colorrectal es el principal tipo entre hombres. En promedio en los países de la OCDE, el cáncer de próstata representó 24% de los diagnósticos entre hombres en 2012, seguido del cáncer de pulmón (14%) y colorrectal (12%). Como con el cáncer de mama, las causas del cáncer de próstata no se comprenden del todo, pero la edad, origen étnico, historia familiar, obesidad, falta de ejercicio y mala nutrición se consideran los principales factores de riesgo. La más alta incidencia en 2012 se presentó en Noruega, Suecia, Australia e Irlanda, con tasas más de 50% por encima del promedio de la OCDE (Figura 3.22). Grecia presentó las tasas más bajas, seguida de México, Corea y Japón. Las tasas de incidencia de cáncer de próstata se han incrementado en la mayoría de los países de la OCDE desde finales de los años 90, pues el uso más generalizado de pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) ha mejorado la detección (Ferlay et al., 2014). Las diferencias en los índices entre países se pueden atribuir a diferencias en el uso de las pruebas PSA. Las tasas de mortalidad por cáncer de próstata han disminuido en algunos países de la OCDE como consecuencia de la detección oportuna y los avances en el tratamiento (ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 3).

Definición y comparabilidad

Las tasas de incidencia de cáncer se basan en el número de nuevos casos de cáncer registrados en un país por cada 100 000 habitantes en un año. Las tasas se han estandarizado por edad directamente con base en la población mundial de Segi para evitar variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países a lo largo del tiempo. Los datos proceden de la International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012, disponible en globocan.iarc.fr. Los estimados de GLOBOCAN para 2012 pueden diferir de los estimados nacionales debido a las diferencias en metodología.

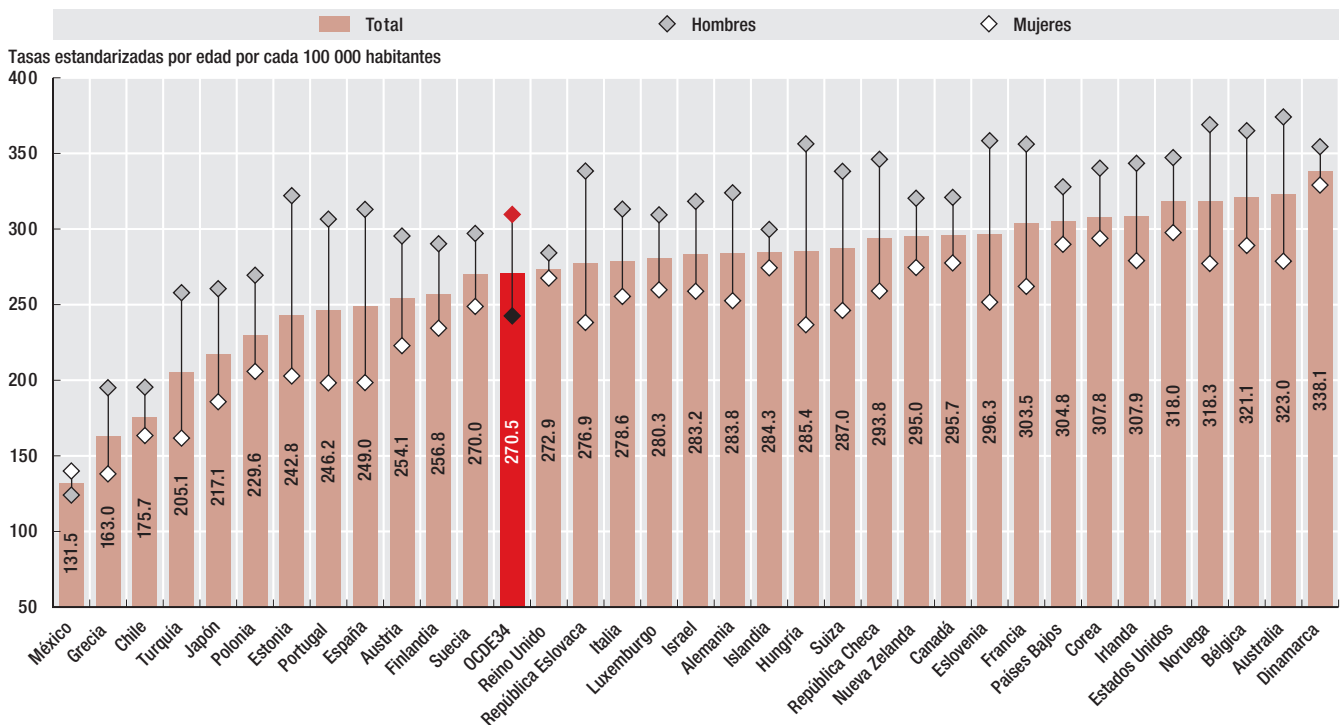
El registro de cáncer está bien establecido en la mayoría de los países de la OCDE, aunque la calidad y exhaustividad de la información puede variar. En algunos países, los registros de cáncer solo cubren algunas regiones. La comparabilidad internacional de los datos de incidencia de cáncer también puede ser afectada por diferencias en la capacitación y práctica médica.

La incidencia de todos los tipos de cáncer se clasifica según ICD-10 códigos C00-C97 (excepto el cáncer de piel no melanoma C44). El cáncer de mama corresponde a C50 y el de próstata a C61.

Referencias

Ferlay, J. et al. (2014), “Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012”, *International Journal of Cancer*, vol. 136, núm. 5, pp. E359-E386.

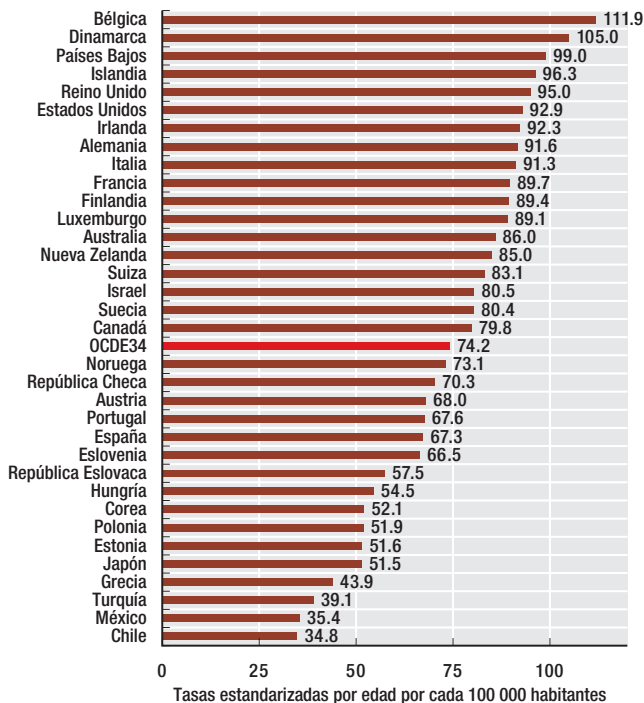
3.20. Incidencia de todos los tipos de cáncer por género, 2012



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602595>

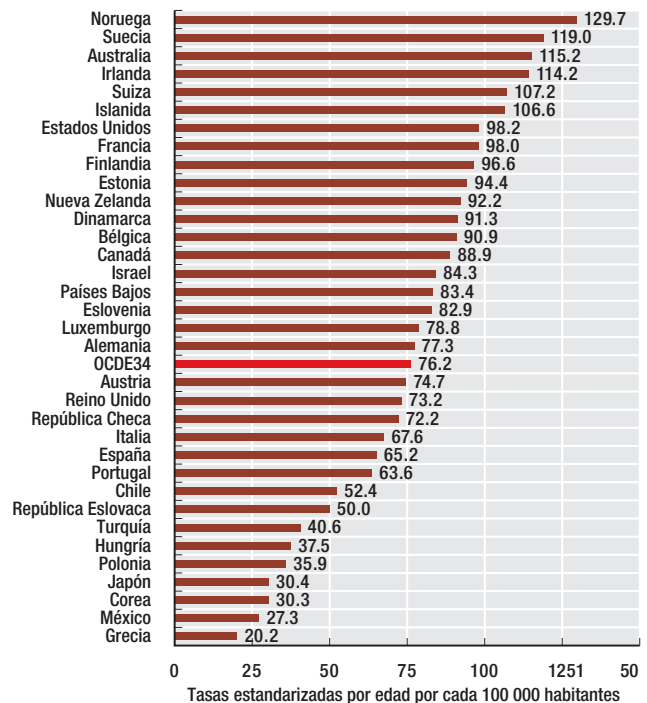
3.21. Incidencia de cáncer de mama en mujeres, 2012



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602614>

3.22. Incidencia de cáncer de próstata en hombres, 2012



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602633>

Prevalencia de diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre. Ocurre ya sea porque el páncreas deja de producir la hormona insulina (diabetes Tipo 1), o porque las células del cuerpo no responden apropiadamente a la insulina producida (diabetes Tipo 2). La gente con diabetes tiene mayores probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares como infarto y accidente vascular, pérdida de la vista, amputación de pie y pierna y falla renal.

Más de 93 millones de adultos -o 7% de todos los adultos- padecían diabetes en los países de la OCDE en 2015 (Figura 3.23). La International Diabetes Federation estima que hay 33 millones más de adultos con diabetes sin diagnosticar en los países de la OCDE. La más alta prevalencia de diabetes se presenta en México, donde más del 15% de los adultos la padecen. Hay también alta prevalencia de diabetes en Turquía, los Estados Unidos y Chile, donde 10% o más adultos son diabéticos. En contraste, menos del 5% de los adultos padecen diabetes en Estonia, Irlanda, Luxemburgo, Suecia y el Reino Unido. Entre los países socios, la prevalencia de diabetes es relativamente alta en Brasil y Colombia, con alrededor de 10% de la población adulta; y baja en Lituania.

La prevalencia de diabetes ha crecido lentamente o se ha estabilizado en la mayoría de los países de la OCDE, sobre todo en Europa occidental, pero se ha incrementado de forma marcada en Turquía y la mayoría de los países socios (Figura 3.24). Estas tendencias reflejan parcialmente las tendencias de envejecimiento de la población, así como el incremento de obesidad y falta de actividad física y sus interacciones (NCD Risk Factor Collaboration, 2016). La proporción de gente obesa se ha incrementado fuertemente alrededor del mundo, y especialmente en BRIICS (ver los indicadores de obesidad en el Capítulo 4).

La diabetes es ligeramente más común entre hombres que entre mujeres, y la prevalencia se incrementa sustancialmente con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos la proporción estimada de diabéticos diagnosticados era de aproximadamente 3% para el grupo de edad de 20 a 44 años, 12% para el grupo de edad de 45 a 64, y 21% para el grupo de 65 años y mayores (Menke et al., 2015). La diabetes también afecta en forma desproporcionada a los grupos de bajo nivel socioeconómico y a ciertos grupos étnicos.

La prevalencia de diabetes entre niños es mucho menor que entre adultos (Figura 3.25). Sin embargo, casi 230 000 niños padecían diabetes Tipo 1 en países de la OCDE en 2015. En Finlandia, casi cinco niños de cada 1000 tenían diabetes Tipo 1. Los siguientes índices de prevalencia más altos se presentaron en Suecia (2.6) y Noruega (2). Corea y Japón tuvieron los índices más bajos entre países de la OCDE.

La diabetes trae consecuencias muy duras para las comunidades. Más de 700 000 personas murieron debido en parte a la diabetes en países de la OCDE, y en esos países el gasto fue en promedio, de alrededor de USD 4 600 por adulto diabético en 2015 (IDF, 2015). Estas cargas resaltan la necesidad del manejo efectivo de la diabetes y sus complicaciones (ver el indicador de "Cuidado de diabetes" en el Capítulo 6), así como acciones preventivas apropiadas (ver Capítulo 4).

Definición y comparabilidad

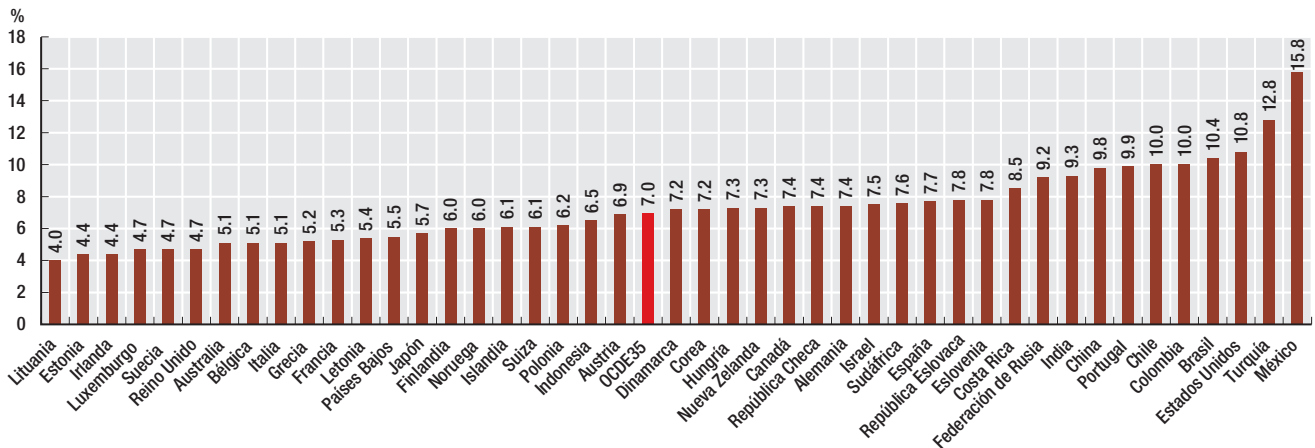
Las fuentes y métodos del NCD Risk Factor Collaboration se describen en el artículo y apéndice de Lancet (Lancet, 2016). Las fuentes fueron seleccionadas entre estudios de población que habían reunido datos de medición de biomarcadores de diabetes Tipo 1 o 2. La prevalencia en las fuentes se convirtió para ajustarla a la definición de diabetes diagnosticada como se define en el Global Monitoring Framework for NCDs. Luego se aplicaron modelos bayesianos jerárquicos, para estimar las tendencias en prevalencia. La población de adultos comprende a personas de 18 años de edad y mayores.

Las fuentes y métodos usados por la International Diabetes Federation se describen en su Diabetes Atlas, 7a. edición (IDF, 2015). Las fuentes se incluyeron únicamente si cumplían ciertos criterios de confiabilidad. Las tasas estandarizadas por edad se calcularon usando la población mundial con base en la distribución proporcionada por la OMS. La población de adultos comprende a quienes tienen entre 20 y 79 años de edad con diabetes Tipo 1 o Tipo 2 diagnosticada.

Referencias

- IDF - International Diabetes Federation (2015), *IDF Diabetes Atlas, 7a edición*, International Diabetes Federation, Bruselas.
- Menke, A. et al. (2015), "Prevalence of and Trends in Diabetes Among Adults in the United States, 1988-2012", *Journal of American Medical Association*, vol. 314, núm. 10, pp. 1021-1029, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.10029>.
- NCD Risk Factor Collaboration (2016), "Worldwide Trends in Diabetes Since 1980: A Pooled Analysis of 751 Population-based Studies with 4.4 Million Participants", *The Lancet*, vol. 387, pp. 1513-1530, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8).

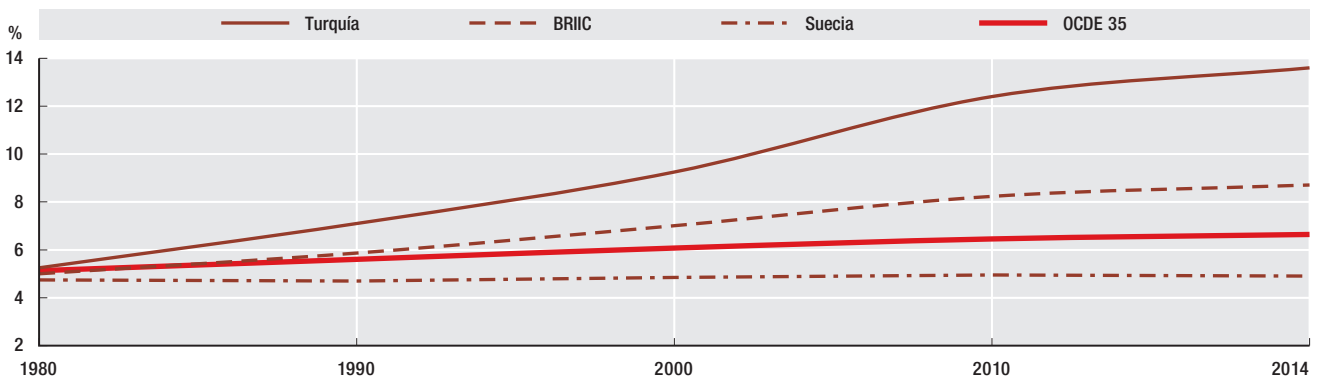
3.23. Proporción de adultos con diabetes, 2015



Nota: Los datos comprenden población entre 20 y 79 años de edad con diabetes Tipo 1 o Tipo 2 diagnosticada.
Fuente: IDF Atlas, 7a edición, 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602652>

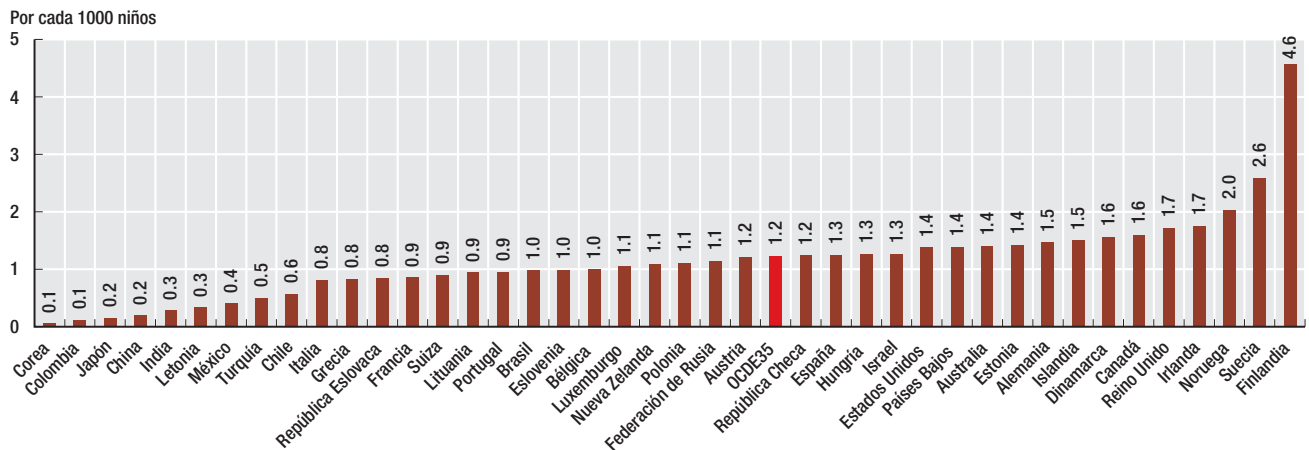
3.24. Tendencias en la proporción de adultos con diabetes, 1980-2014



Nota: Los datos comprenden población entre 20 y 79 años de edad con diabetes Tipo 1 o Tipo 2 diagnosticada.
Fuente: NCE Risk Factor Collaboration (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602671>

3.25. Proporción de niños con diabetes Tipo 1 por cada 1000 de población, 2015



Nota: Los datos comprenden población de menos de 14 años de edad.
Fuente: Estimados de la OCDE basados en IDF Atlas, 7a edición, 2015, y estadísticas de población de las Naciones Unidas.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602690>





4. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Tabaquismo entre adultos

Consumo de alcohol entre adultos

Consumo de alcohol y tabaco entre adolescentes

Estilos de vida saludables entre adultos

Estilos de vida saludables entre adolescentes

Sobrepeso y obesidad entre adultos

Sobrepeso y obesidad entre adolescentes

Contaminación del aire

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Tabaquismo entre adultos

El consumo del tabaco trae numerosas consecuencias para la salud, que incluyen varios tipos de cáncer, accidente vascular y cardiopatía coronaria, entre otros. Es también un importante factor en enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el tabaquismo entre mujeres embarazadas puede causar bajo peso al nacer y enfermedades a los recién nacidos. El tabaquismo causa la mayor proporción de pérdida de años de vida saludable en 15 países de la OCDE, y se clasifica en segundo lugar en otros 16 países (Forouzanfar et al., 2016). La OMS estima que el consumo de tabaco mata a 7 millones de personas al año en el mundo, de los cuales 890,000 mueren por consumo pasivo. Es la principal causa de muerte, enfermedad y empobrecimiento.

En los países de la OCDE, un poco más del 18% de los adultos consumen tabaco diariamente (14% de mujeres y 23% de hombres) (Figura 4.1). Los índices más altos se presentan en Grecia, Hungría y Turquía, así como en Indonesia (más de 25%); y los más bajos en México y Brasil (menos de 10%). Las mujeres fuman más en Austria, Grecia y Hungría, donde los índices sobrepasan el 20%; y menos en Corea y México, así como en China, India e Indonesia, donde los índices son inferiores al 5%. Para los hombres, los índices más altos se presentan en Turquía, así como en China, Indonesia y la Federación de Rusia, donde sobrepasan el 40%; y son menores al 10% en Islandia y Brasil. Los hombres fuman más que las mujeres en todos los países excepto Dinamarca e Islandia, donde la brecha de género es de alrededor de un punto porcentual. En otros países, la brecha de género varía de menos de dos puntos en Suecia y los Estados Unidos, a más de 30 puntos en China (46 puntos), Indonesia (73 puntos) y la Federación de Rusia (34 puntos).

El tabaquismo habitual ha disminuido en la mayoría de los países de la OCDE desde 2000, aunque las tasas han subido ligeramente en la República Eslovaca (+0.8 puntos), se han incrementado en forma importante en Indonesia (+8.8 puntos), y han permanecido iguales en Austria (Figura 4.2). En 2015, un promedio de 18% de los adultos fumó diariamente en países de la OCDE, contra un 26% en 2000, lo que equivale a una disminución del 28%. Los decrementos más importantes ocurrieron en Dinamarca, Islandia, Luxemburgo, los Países Bajos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, así como en Brasil, India, Lituania y la Federación de Rusia, donde sobrepasaron los 10 puntos porcentuales; y Noruega, donde la disminución fue de 20 puntos. En 2015, las tasas más altas se presentaron en Grecia, Hungría, Turquía e Indonesia (arriba del 25%), y las más bajas en México y Brasil (debajo del 10%).

El alza de impuestos al tabaco es la forma más efectiva de reducir su consumo (WHO, 2015). Niveles altos de

impuestos, así como políticas rígidas condujeron a grandes reducciones en las tasas de tabaquismo entre 1996 y 2011 en muchos países de la OCDE (OECD, 2015). En 2014, 29 países de la OCDE aplicaron prohibiciones para la publicidad de tabaco al menos en la televisión nacional, medios impresos y radio; mientras que 26 países aplicaron tasas impositivas de al menos 70% (WHO, 2015). En todos los países de la OCDE, las cajetillas muestran una advertencia de salud al menos de tamaño mediano. Cada año se celebra el 31 de mayo el "Día Mundial sin Tabaco", que busca promover políticas efectivas para reducir el consumo de tabaco, y resalta los riesgos de salud y otros asociados al consumo de tabaco. El tema en 2017 fue "Tabaco -una amenaza para el desarrollo", y se centró en las amenazas de la industria para el desarrollo sostenido de los países.

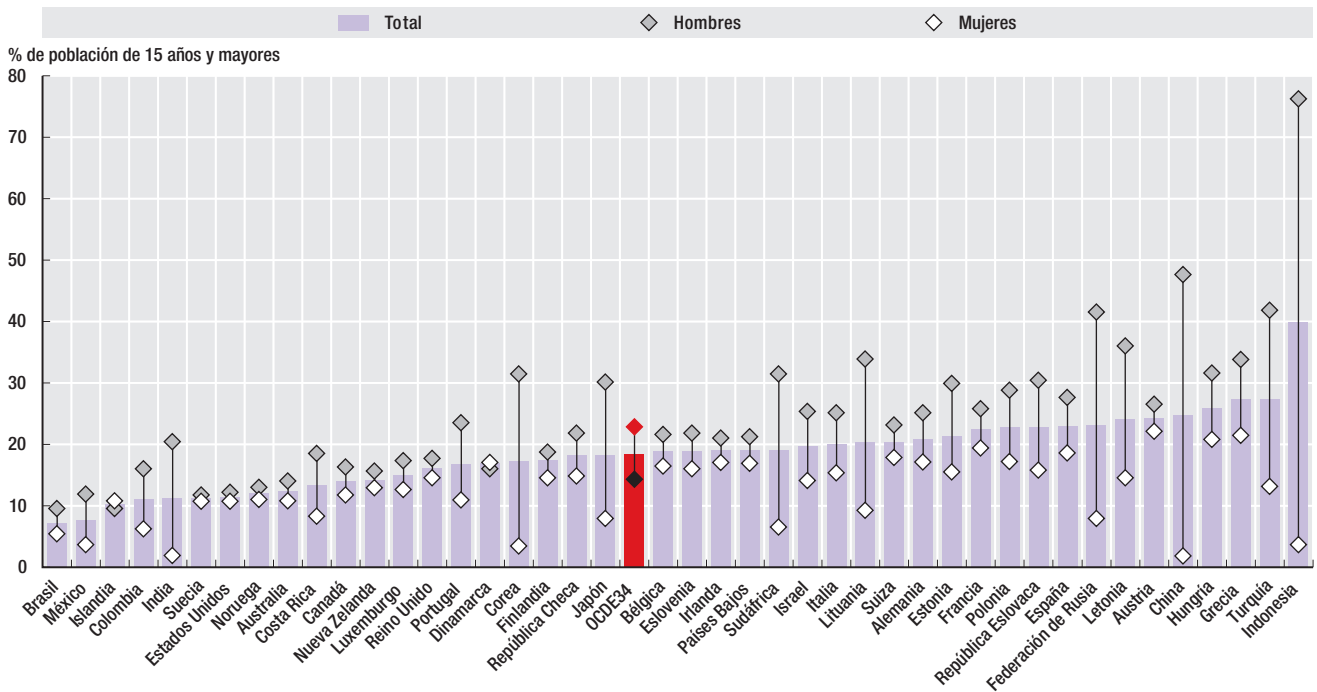
Definición y comparabilidad

La proporción de fumadores habituales se define como el porcentaje de la población de 15 años de edad y mayores que reportan consumir tabaco diariamente. Otras formas de productos de tabaco sin humo, como el rapé en Suecia, no se toman en cuenta. Este indicador es más representativo de la población fumadora que del número promedio de cigarrillos consumidos por día, pues la acción de fumar es más determinante que la cantidad. La mayoría de los países reporta datos para la población de 15 años y mayores, pero hay algunas excepciones como se resalta en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics.

Referencias

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- WHO (2015), *Report on the Global Tobacco Epidemic - Raising Taxes on Tobacco*, WHO, Ginebra.

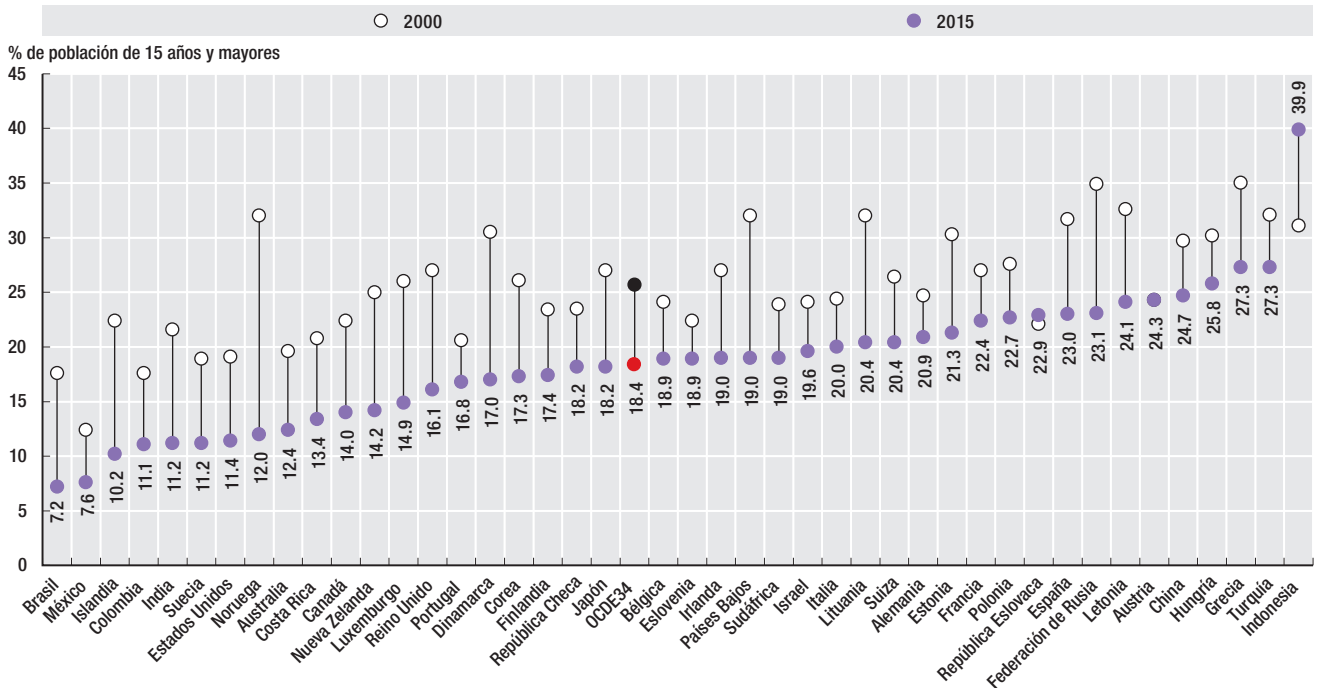
4.1. Población de adultos que fuman diariamente por género, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602709>

4.2. Población de adultos que fuman diariamente, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602728>

Consumo de alcohol entre adultos

El consumo dañino de alcohol es una de las más importantes causas de muerte y discapacidad en el mundo, sobre todo entre la población en edad laboral (OECD, 2015). El consumo de alcohol está entre los 10 principales factores de riesgo en términos de pérdida de años de vida saludable en 32 países de la OCDE (Forouzanfar et al., 2016), y el consumo en los países de la OCDE sigue estando muy por encima del promedio mundial. En 2015, el consumo de alcohol causó 2.3 millones de muertes, por cáncer, enfermedades cardíacas y hepáticas, entre otras. La mayor parte del alcohol es consumida por el 20% de la población que más bebe. El consumo excesivo de alcohol se asocia con menores probabilidades de empleo, mayor ausentismo, baja productividad y salarios más bajos.

En promedio, el consumo de alcohol registrado ha decrecido en la OCDE desde 2000 (Figura 4.3), de 9.5 litros per cápita por año, a 9 litros de alcohol puro per cápita cada año, equivalente a 96 botellas de vino. El grado de decremento varía enormemente por país, y de hecho el consumo se ha incrementado en trece países de la OCDE, así como en China, India, Lituania y Sudáfrica. El consumo se incrementó de 0.1 a 1 litro en Canadá, Chile, Israel, Corea, México, Noruega, Eslovenia, Suecia y los Estados Unidos, así como en Sudáfrica. El incremento fue mayor en Bélgica, Islandia, Letonia y Polonia, así como en China, India y Lituania (1.1 a 5.3 litros per cápita). En todos los demás países el consumo de alcohol decreció entre 2000 y 2015. Los mayores descensos ocurrieron en Dinamarca, Irlanda, Italia y los Países Bajos (más de 2 litros per cápita).

Aunque el consumo de alcohol per cápita en adultos es una medida útil para evaluar las tendencias de largo plazo, no identifica a grupos de población en riesgo de desarrollar patrones dañinos de bebida. El consumo excesivo y la dependencia del alcohol ocasionan una importante proporción de la carga de enfermedades asociadas con el alcohol. En los países de la OCDE, un promedio de 12% de las mujeres y 30% de los hombres beben en exceso regularmente (al menos una vez al mes) (Figura 4.4). Las tasas varían de 8% en Hungría a 37% en Dinamarca, y muestran grandes brechas de género, siendo más altas para los hombres en casi todos los países. Las brechas menores son las de España y Grecia (8-10 puntos), y las más altas las de Estonia, Finlandia y Letonia (arriba de 25 puntos).

Existen muchas políticas para abordar el consumo dañino de alcohol; algunas se enfocan solamente en quienes beben en exceso, mientras que otras tienen una base más amplia. Aunque todos los países de la OCDE gravan las bebidas alcohólicas, el nivel de impuesto puede variar mucho entre países. Se han implantado nuevas formas de políticas fiscales, como un precio mínimo por unidad de alcohol en Escocia. Se han establecido reglas para la publicidad de productos de alcohol en muchos países de la OCDE, pero los medios regulados (p. ej. periódicos impresos, espectaculares, internet) y la aplicación de las leyes varían enormemente entre países. Todos los países de la OCDE han establecido niveles legales máximos de

concentración de alcohol en la sangre para conductores, pero la aplicación de estas reglas puede ser irregular y varía mucho en los países y entre ellos. Algunas políticas menos estrictas incluyen mensajes de promoción de la salud, intervenciones en escuelas y sitios de trabajo, e intervenciones en sitios de atención primaria a la salud. Los conjuntos de políticas incluyentes que comprenden medidas fiscales, reglas y políticas menos estrictas, parecen ser los más efectivos para reducir el consumo dañino de alcohol (OECD, 2015).

Definición y comparabilidad

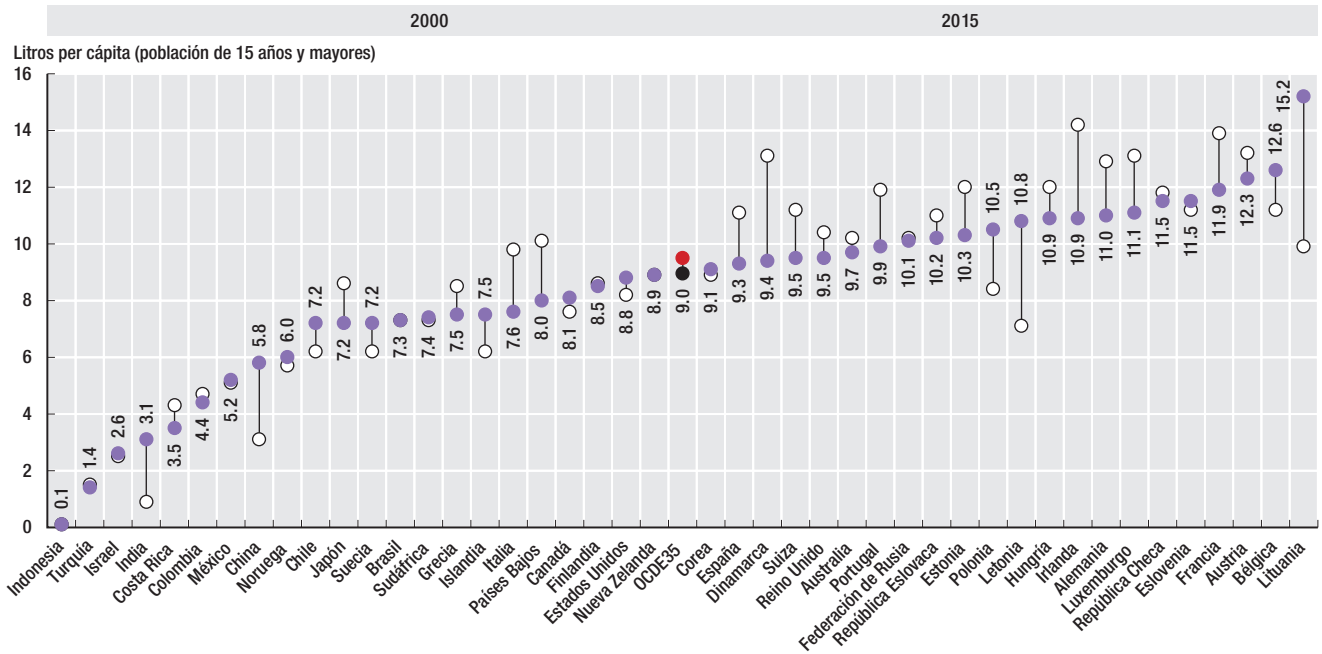
El consumo de alcohol registrado se define como las ventas anuales de alcohol puro en litros por persona de 15 años de edad y mayores. La mayoría de los países reportan datos para la población de más de 15 años, pero hay algunas excepciones como se resalta en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics. La metodología para convertir las bebidas a alcohol puro puede variar entre países. Las estadísticas oficiales no incluyen el consumo no registrado, como la producción casera. El consumo de alcohol no registrado y de bebidas alcohólicas de baja calidad (bebidas producidas informalmente o ilegalmente) sigue siendo un problema, especialmente cuando se estima la carga de enfermedades relacionadas con el alcohol entre grupos de bajos ingresos. La OMS reporta un consumo no registrado de alcohol en el depósito de datos Global Health Observatory. En algunos países (p. ej. Luxemburgo), las ventas anuales no reflejan con exactitud el consumo real de los residentes, ya que las compras de no residentes crean una brecha importante entre las ventas y el consumo. El consumo de alcohol en Luxemburgo es, por lo tanto, la media del consumo de alcohol de Francia y Alemania, según registra la base de datos WHO-GISAH.

El consumo regular en exceso se deriva de auto-reportes de la European Health Interview Survey 2014. El consumo regular en exceso se define como beber seis o más bebidas alcohólicas por ocasión al menos una vez al mes en los últimos 12 meses.

Referencias

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- OECD (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>.

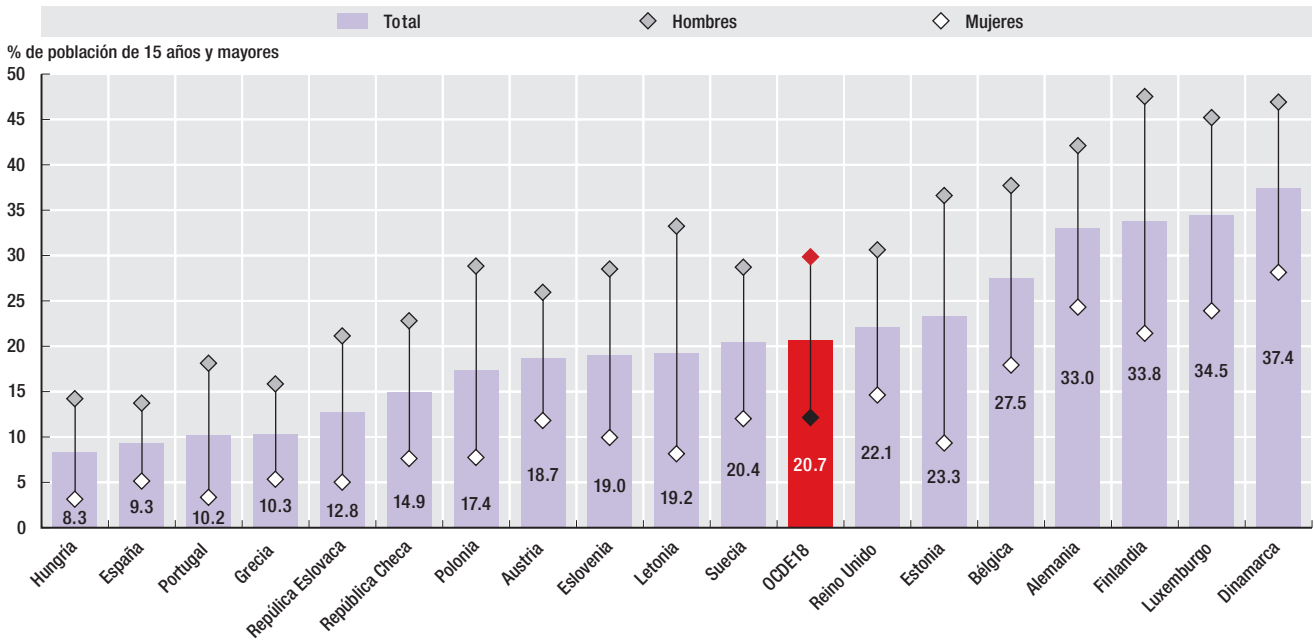
4.3. Consumo registrado de alcohol entre adultos, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602747>

4.4. Consumo regular en exceso (al menos una vez al mes) por género, 2014



Fuente: Eurostat EHS 2014.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602766>

Consumo de alcohol y tabaco entre adolescentes

El tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia tienen consecuencias inmediatas y de largo plazo en la salud. Adquirir el hábito de fumar a temprana edad incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer (Currie et al., 2012). El tabaquismo durante la adolescencia tiene consecuencias adversas inmediatas, que incluyen la adicción, función pulmonar reducida y crecimiento pulmonar deficiente, y asma (Inchley et al., 2016). Está también relacionado con una mayor probabilidad de experimentar otras drogas y exhibir otros comportamientos riesgosos (O’Cathail et al., 2011). El consumo temprano y frecuente de alcohol y la embriaguez se asocian con efectos psicológicos, sociales y físicos negativos, como dejar la educación preparatoria sin graduarse (Chatterji y DeSimone, 2005).

Los resultados de las encuestas Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), una serie de estudios colaborativos entre países, permiten monitorear los comportamientos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes. Otras encuestas nacionales, como el Youth Risk Behavior Surveillance System en los Estados Unidos, o la encuesta Escapad en Francia, también monitorean comportamientos riesgosos.

Más del 15% de los adolescentes de 15 años fuman al menos una vez a la semana en Francia, Hungría, Italia, Luxemburgo y la República Eslovaca, así como en Lituania (Figura 4.5). Al otro extremo de la escala, menos del 5% reportaron fumar semanalmente en Islandia y Noruega. El promedio es de 12% en la OCDE. En promedio, los hombres fuman un poco más que las mujeres, pero ellas fuman más en doce países (Australia, la República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Luxemburgo, la República Eslovaca, España, Suecia y el Reino Unido). Las brechas de género son particularmente altas en Israel, así como en Lituania y la Federación de Rusia.

Más del 30% de los adolescentes de 15 años se han embriagado al menos dos veces en la República Checa, Dinamarca, Hungría, Eslovenia y el Reino Unido, así como en Lituania (Figura 4.6). En Islandia, Israel, Luxemburgo, Suiza y la Federación de Rusia, las tasas están por debajo del 15%. En la OCDE el promedio es de 22.3%, con una pequeña brecha entre hombres (23.5%) y mujeres (21.2%). La disparidad de género, con los varones más inclinados a la bebida que las mujeres, es especialmente alta en Austria, Hungría, Israel, Lituania y la Federación de Rusia (más de 5 puntos). Solo en Canadá, Suecia y el Reino Unido las mujeres reportan embriaguez repetida con mayor frecuencia que los hombres.

Las tendencias de embriaguez repetida y consumo regular de tabaco en adolescentes de 15 años muestran patrones semejantes (Figura 4.7). Ambos comportamientos están actualmente en su punto más bajo desde 1993-94. El consumo regular de tabaco muestra la disminución más importante, pues las tasas entre hombres y mujeres son menos de la mitad entre 1997-98 y 2013-14. La brecha de género para embriaguez también se ha disminuido desde los años 90. Todos los países presentan un decremento en el consumo regular de tabaco desde 1997-98, que sobrepasa el 60% para hombres y mujeres en Bélgica, Canadá, Dinamarca, Irlanda, Noruega, Suecia y el Reino

Unido, y para mujeres en Austria, Finlandia y Suiza. Los decrementos son menos marcados para la embriaguez, y alcanzan el 60% solo para los hombres en Irlanda y Suecia. Las tasas se han incrementado desde 1997-98 para las mujeres en la República Checa, Estonia, Hungría, Letonia y Polonia.

En todo el mundo, una tercera parte de los adolescentes que experimentan con el tabaco, lo hacen como resultado de la exposición a la publicidad, promoción y patrocinio (WHO, 2013). Para reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes, el consumo entre la población en general debe dejar de considerarse normal. Los fumadores jóvenes responden a las políticas encaminadas a reducir el consumo de tabaco, incluyendo los impuestos indirectos para incrementar los precios, leyes de prohibición de tabaco en lugares cerrados, restricciones para el acceso al tabaco, y mejor educación acerca de sus efectos (Forster et al., 2007).

Definición y comparabilidad

Los estimados de tabaquismo se refieren a la proporción de adolescentes de 15 años que reportan fumar al menos una vez a la semana. Los estimados de embriaguez se refieren a la proporción de adolescentes de 15 años que se han embriagado dos veces o más en su vida.

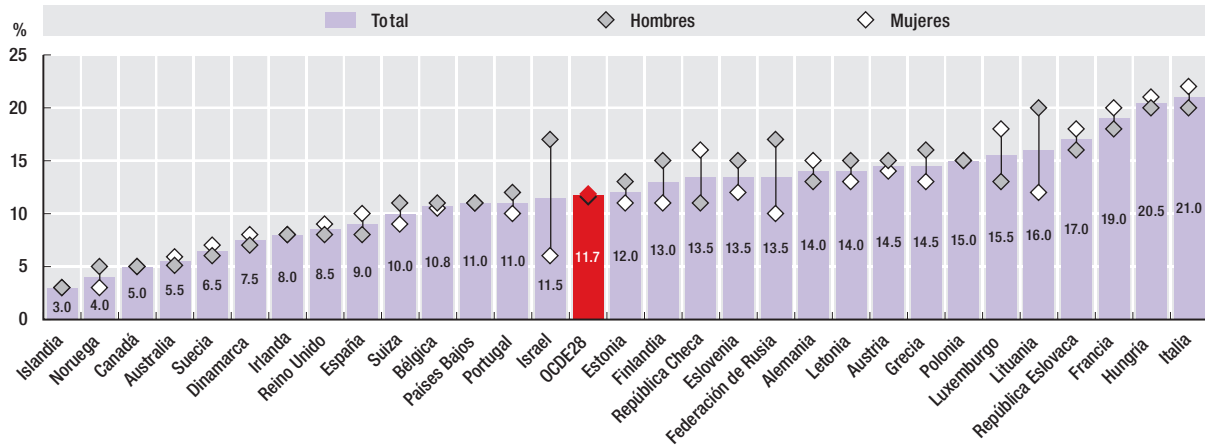
Las encuestas Health Behavior in School-aged Children (HBSC) se llevaron a cabo cada cuatro años entre 1993-94 y 2013-14, e incluyen hasta 29 países de la OCDE, Lituania y la Federación de Rusia. Los datos provienen de muestras en escuelas de 1500 sujetos en cada grupo etario (11, 13 y 15 años de edad) en la mayoría de los países.

Referencias

- Chatterji, P. y J. DeSimone (2005), “Adolescent Drinking and High School Dropout”, *NBER Working Paper*, núm. w11337, Cambridge, Estados Unidos.
- Currie, C. et al. (eds.) (2012), “Social Determinants of Health and Well-being Among Young People”, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Forster, J. et al. (2007), “Policy Interventions and Surveillance as Strategies to Prevent Tobacco Use in Adolescents and Young Adults”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, núm. 6 (Suppl.), pp. S335-S339.
- Inchley, J. et al. (eds.) (2016), “Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People’s Health and Well-being”, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- O’Cathail, S.M. et al. (2011), “Association of Cigarette Smoking with Drug Use and Risk Taking Behaviour in Irish Teenagers”, *Addictive Behaviors*, vol. 36, núm. 5, pp. 547-550.
- WHO (2013), *Report on the Global Tobacco Epidemic*, WHO, Ginebra.

4.5. Tabaquismo entre adolescentes de 15 años, 2013-14

Consumo al menos una vez a la semana

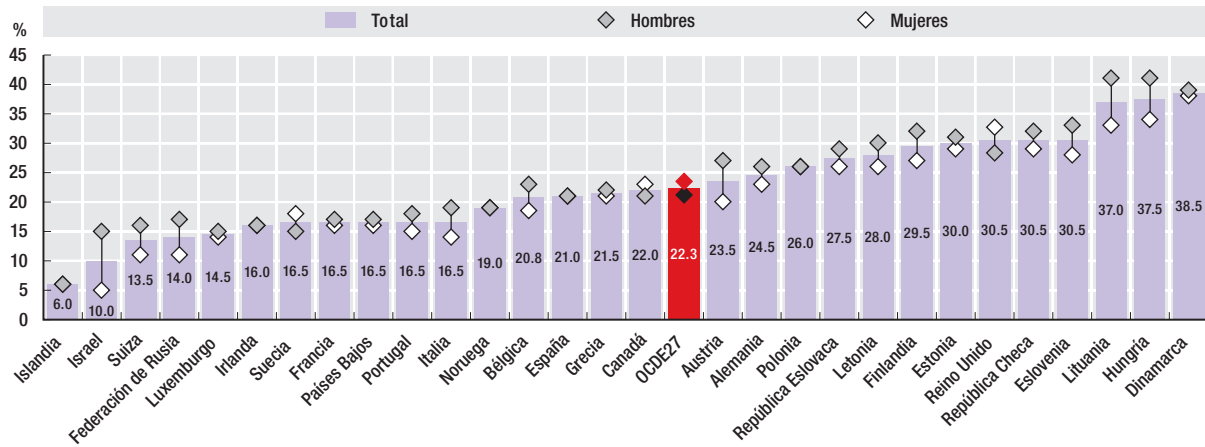


Fuente: Inchley et al. (2016); Cancer Council Victoria (2016) para Australia.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602785>

4.6. Embriaguez entre adolescentes de 15 años, 2013-14

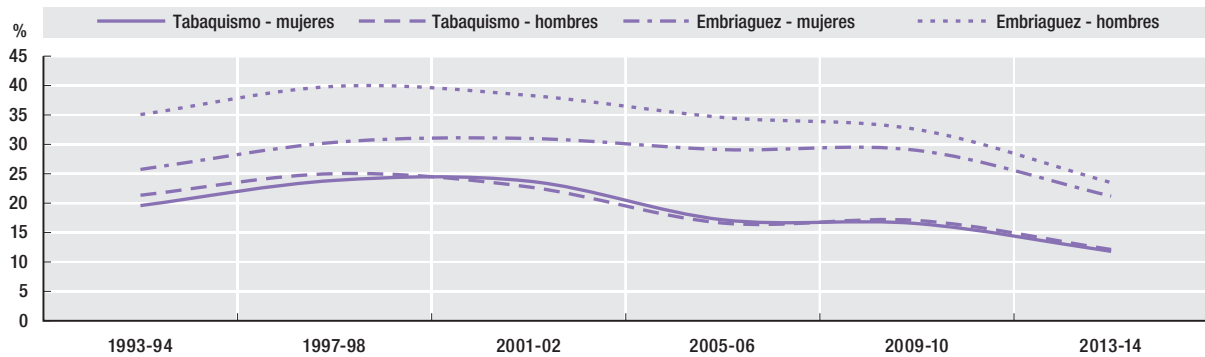
Se han embriagado al menos dos veces en su vida



Fuente: Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602804>

4.7. Tendencias en consumo regular de tabaco y embriaguez repetida entre adolescentes de 15 años para una selección de países de la OCDE, 1994 a 2014



Nota: El promedio para 1993-94 incluye 19 países; el promedio para 1997-98 incluye 22 países; el promedio para 2001-02 incluye 25 países; el promedio para 2005-06 incluye 28 países; los promedios para 2009-10 y 2013-14 incluyen 27 países.

Fuente: WHO (1996); Currie et al. (2000, 2004, 2008, 2012); Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602823>

Estilos de vida saludables entre adultos

El consumo bajo de frutas, vegetales y los niveles bajos de actividad física, están entre los 10 principales factores de riesgo en términos de pérdida de años de vida saludable en 24, 6 y 16 países de la OCDE respectivamente (Forouzanfar et al., 2016). Las dietas reducidas en fruta fueron la causa de casi 3 millones de muertes en 2015, mientras que el bajo consumo de vegetales causó cerca de 2 millones de muertes, y la actividad física reducida causó 1.6 millones de muertes. Incluir fruta y vegetales en la dieta diaria reduce el riesgo de cardiopatía coronaria, accidente vascular y ciertos tipos de cáncer (WHO, 2014). Aportan fibra dietética, que baja la presión arterial y regula la insulina, lo que posiblemente impacta el riesgo de diabetes tipo 2 (InterAct Consortium, 2015). La actividad física regular mejora el estado muscular y cardiorrespiratorio, y reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente vascular, diabetes y varios tipos de cáncer (WHO, 2017). También se ha comprobado que impacta positivamente la salud mental (Lindwall et al., 2012). La OMS recomienda al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada a la semana para adultos, al menos 75 minutos de actividad física intensa, o el equivalente a una combinación de los dos (WHO, 2017).

El 57% de los adultos en la OCDE consumen fruta diariamente, con valores entre 30-35% en Finlandia y Letonia, a más de 70% en Australia, Italia, Nueva Zelanda y Portugal (Figura 4.8). Las mujeres consumen más fruta que los hombres en todos los países, y tienen las más altas tasas de consumo en Australia, Canadá, Italia y Nueva Zelanda (más del 75%). Por el contrario, presentan índices más bajos en Finlandia, Letonia, México, los Países Bajos y Turquía (debajo del 50%). Los más altos niveles de consumo entre los hombres se presentan en Australia, Canadá, Italia, Corea, Nueva Zelanda, Portugal y España (arriba del 60%), y los más bajos en Finlandia y Letonia (debajo del 30%). Las brechas de género son más amplias en Austria, la República Checa, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Islandia, Letonia, Noruega, Eslovenia, Suecia y Suiza (15-20 puntos), y menores en Australia, México y Turquía (menos de 5 puntos). En general, 63% de las mujeres, y 50% de los hombres en la OCDE consumen fruta diariamente.

El consumo de vegetales es más alto que el de fruta (Figura 4.9). En promedio, 60% de la población en la OCDE consume vegetales diariamente (65% de mujeres, y 55% de hombres). Las tasas más altas se presentan en Australia, Corea, Nueva Zelanda y los Estados Unidos, con más de 90% de población que reporta comer vegetales diariamente, aunque la metodología difiere entre países (ver Definición y comparabilidad). En el otro extremo del espectro, menos de 40% reporta este consumo en Finlandia, Alemania y los Países Bajos. En los Estados Unidos, los hombres consumen un poco más vegetales que las mujeres, y en Corea y México el consumo es equivalente. En todos los demás países, las mujeres consumen más vegetales que los hombres. Las brechas de género son más grandes en Austria, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Luxemburgo, Noruega, Suecia y Suiza (15-19 puntos).

Más del 70% de los adultos realizan al menos 150 minutos de actividad física moderada semanalmente en Austria,

Dinamarca, Finlandia, Francia, Islandia, Irlanda, Noruega, Eslovenia y Suecia (Figura 4.10). En Portugal, Italia y España, menos del 60% alcanzan la recomendación de la OMS. En todos los países de la OCDE, un promedio de 66.5% de la población realiza 150 minutos de actividad física moderada cada semana, con 70% de hombres y 63% de mujeres. Los hombres son más activos físicamente que las mujeres en todos los países excepto Dinamarca. La brecha es particularmente alta (más de 15 puntos) en la República Checa, Letonia, Turquía y España.

Definición y comparabilidad

El consumo de fruta y vegetales se define como la proporción de individuos que consumen al menos una fruta o vegetal al día. Los datos se basan en auto-reportes y están sujetos a error de memoria.

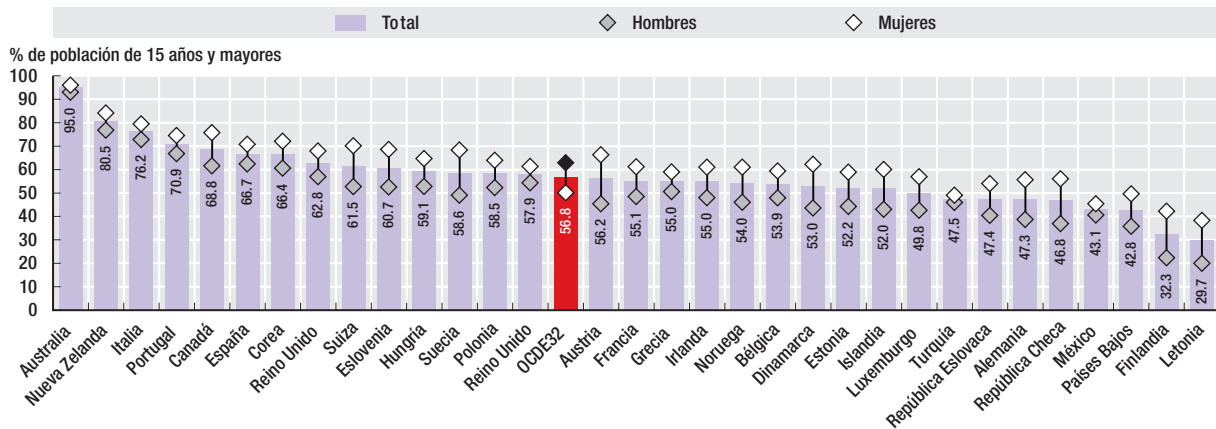
Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas cuantitativas. Los datos de los Estados Unidos incluyen jugos hechos de concentrados. En estos países, los valores pueden ser sobreestimados en comparación con otros. La mayoría de los países reportan datos para la población de 15 años y mayores, pero hay algunas excepciones como se resalta en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics.

El indicador de actividad física moderada se define como al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana. Los estimados de actividad física moderada se basan en auto-reporte de la encuesta European Health Interview Survey 2014, en combinación con actividad física relacionada con el trabajo y el esparcimiento (ciclismo como medio de transporte y deporte). La caminata no está incluida como transporte.

Referencias

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- Lindwall, M. et al. (2012), "Self-Reported Physical Activity and Aerobic Fitness are Differently Related to Mental Health", *Mental Health and Physical Activity*, vol. 5, núm. 1, pp. 28-34.
- The InterAct Consortium (2015), "Dietary Fibre and Incidence of Type 2 Diabetes in Eight European Countries: The EPIC-InterAct Study and a Meta-analysis of Prospective Studies", *Diabetologia*, vol. 58, pp. 1394-1408.
- WHO (2017), "Fact Sheet on Physical Activity".
- WHO (2014), "Increasing Fruit and Vegetable Consumption to Reduce the Risk of Noncommunicable Diseases".

4.8. Consumo diario de fruta entre adultos, 2015 (o año más cercano)

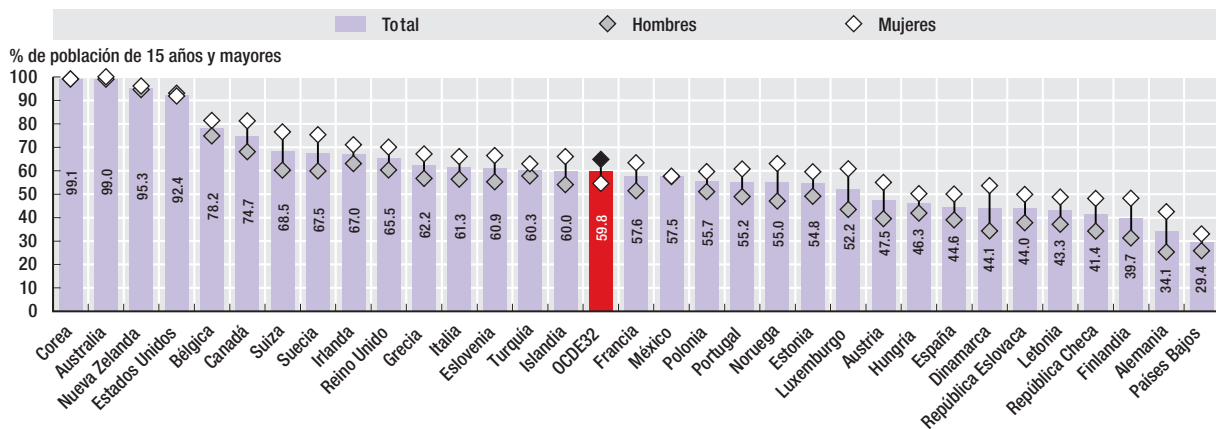


Nota: Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas cuantitativas. Los datos de los Estados Unidos incluyen jugos hechos de concentrados.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602842>

4.9. Consumo diario de vegetales entre adultos, 2015 (o año más cercano)

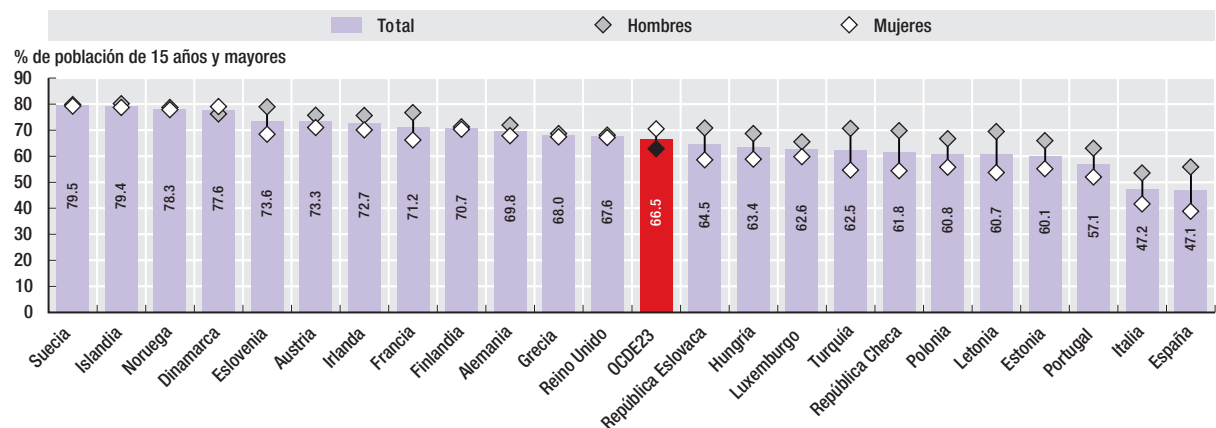


Nota: Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas cuantitativas. Los datos de los Estados Unidos incluyen jugos hechos de concentrados.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602861>

4.10. Actividad física moderada semanal entre adultos, 2014



Fuente: Eurostat EHS 2014.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602880>

Estilos de vida saludables entre adolescentes

Consumir una dieta saludable y realizar actividad física regularmente en la juventud, ayuda a formar hábitos y tener un estilo de vida saludable en la edad adulta. El consumo diario de fruta y vegetales puede ayudar a reducir el riesgo de cardiopatías coronarias, accidentes vasculares y ciertos tipos de cáncer (Hartley et al., 2013; World Cancer Research Fund, 2007). La guía más común recomienda consumir al menos cinco porciones de fruta y vegetales diariamente. La actividad física de moderada a vigorosa trae beneficios a la salud física, mental y psicosocial de los adolescentes, pues ayuda a formar y mantener huesos y músculos sanos, reduce los sentimientos de depresión y ansiedad, y mejora el rendimiento académico (Janssen y LeBlanc, 2010; Singh et al., 2012). La OMS recomienda 60 minutos de actividad física de moderada a vigorosa para el grupo de cinco a 17 años de edad.

Más del 40% de la población de 15 años de edad consume fruta diariamente en Canadá, Dinamarca, Islandia y Suiza, mientras que menos del 25% lo hacen en Finlandia, Grecia, Letonia y Suecia (Figura 4.11). Las tasas sobrepasan el 50% para mujeres en Dinamarca y Suiza, mientras que los hombres sólo en Canadá alcanzan el 40%. Las tasas están debajo del 30% para las mujeres en Grecia, Hungría, Letonia, Polonia y Suecia, y por debajo del 20% para hombres en Finlandia, Letonia y Suecia. En todos los países de la OCDE, cerca de uno de cada tres adolescentes de 15 años de edad consume fruta diariamente, 37% de las mujeres y 28% de los hombres. Las mujeres consumen más fruta que los hombres en todos los países. Las brechas de género son más marcadas en Dinamarca, Finlandia y Suiza (17-18 puntos).

El consumo diario de vegetales para la población de 15 años sobrepasa el 50% en Bélgica, 40% en Canadá, Dinamarca, Irlanda, Israel, los Países Bajos y Suiza (Figura 4.12). Los índices están debajo del 25% en la República Checa, Estonia, Alemania, Portugal, la República Eslovaca, Eslovenia y España. En general, el promedio de la OCDE es de 32%, casi idéntico al promedio de consumo de fruta. Los índices más altos para mujeres se presentan en Bélgica (más del 60%), Israel y Suiza (más del 50%); para hombres en Bélgica (50%) e Irlanda (más del 40%). El más bajo consumo diario de vegetales para mujeres se encuentra en Estonia, Portugal y España, y para hombres en Finlandia, Alemania y España. En todos los países, las mujeres consumen más vegetales que los hombres. Las brechas de género son más pronunciadas en Finlandia, Alemania, Italia y Suiza (15 puntos o más).

Los índices de actividad física de acuerdo a las directrices de la OMS alcanzan 20% en Canadá y España, y son inferiores al 10% en Israel, Italia y Suiza (Figura 4.13). Son consistentemente más altos para los hombres, por un amplio margen, variando de 5 puntos (Israel, Suecia y Suiza) a 17 puntos (Luxemburgo). La actividad física más reducida se presenta entre mujeres en Austria, Israel, Italia y Portugal (5%) y entre hombres en Francia, Israel, Italia y Suiza (debajo del 15%). En Canadá, Islandia y Letonia, la actividad física entre mujeres es suficiente (14-15%), y para hombres, en Canadá y España (cerca del 30%). El promedio de la OCDE está ligeramente debajo del 15%, con cerca de 20% para hombres, y 10% para mujeres, lo que resulta en una brecha de género de 10 puntos.

Casi todos los países de la OCDE promueven el consumo de fruta y vegetales, siendo "5 al día" la guía mejor conocida (OECD, 2017). En años recientes, los hábitos diarios de los adolescentes han cambiado, debido a nuevos patrones de entretenimiento (televisión, Internet, teléfonos inteligentes) lo que ha ocasionado una disminución de la actividad física (Inchley et al., 2016). Las políticas específicas para el grupo de edad deben promover menos tiempo frente a las pantallas, y mayores niveles de actividad física. Además, la brecha de género no ha disminuido con el tiempo, lo que sugiere que las mujeres deben ser el objetivo con intervenciones y enfoques de género.

Definición y comparabilidad

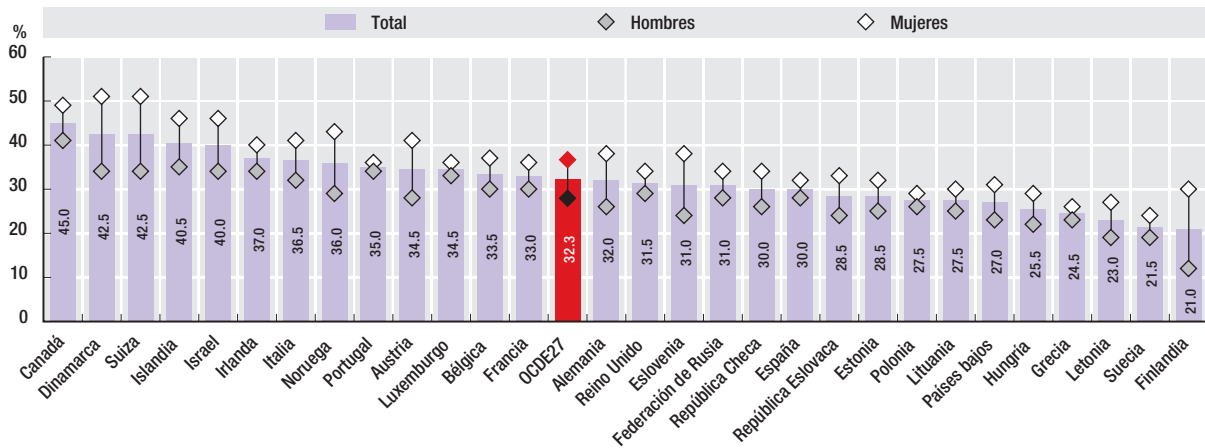
Los hábitos alimenticios se miden aquí en términos de las proporciones de adolescentes que reportan comer fruta y vegetales al menos una vez al día, sin importar la cantidad. No se menciona referencia alguna a excluir el jugo, las sopas o las papas en las preguntas de la encuesta. Además de la fruta y los vegetales, la nutrición sana incluye otros tipos de alimentos.

Los datos para actividad física consideran la regularidad de al menos 60 minutos de actividad física auto-reportada de moderada a vigorosa. Estos términos se refieren a ejercicio realizado al menos una hora diariamente, donde la frecuencia cardiaca se eleve y a veces deje al adolescente sin aliento.

Referencias

- Hartley, L. et al. (2013), "Increased Consumption of Fruit and Vegetables for the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, núm. 6, CD009874.
- Inchley, J. et al. (eds.) (2016), "Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being", *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Janssen, I. and A.G. LeBlanc (2010), "Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity and Fitness in School-Aged Children and Youth", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 7, núm. 40.
- OECD (2017), "Obesity Update", OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
- Singh, A. et al. (2012), "Physical Activity and Performance at School: A Systematic Review of the Literature Including Methodological Quality Assessment", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 166, núm. 1, pp. 49-55.
- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research (2007), "Food, Nutrition, and Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective", AICR, Washington DC.

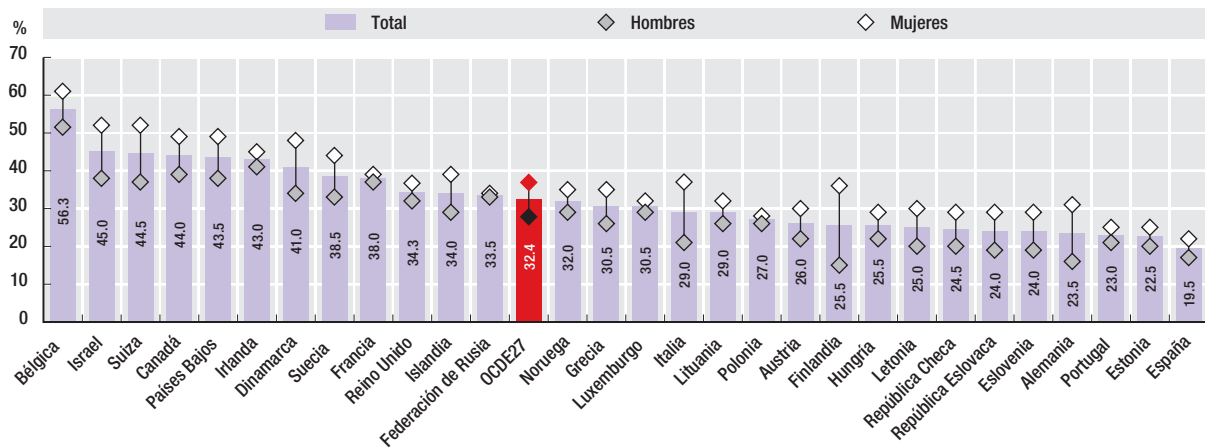
4.11. Consumo diario de fruta entre adolescentes de 15 años de edad, 2013-14



Fuente: Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602899>

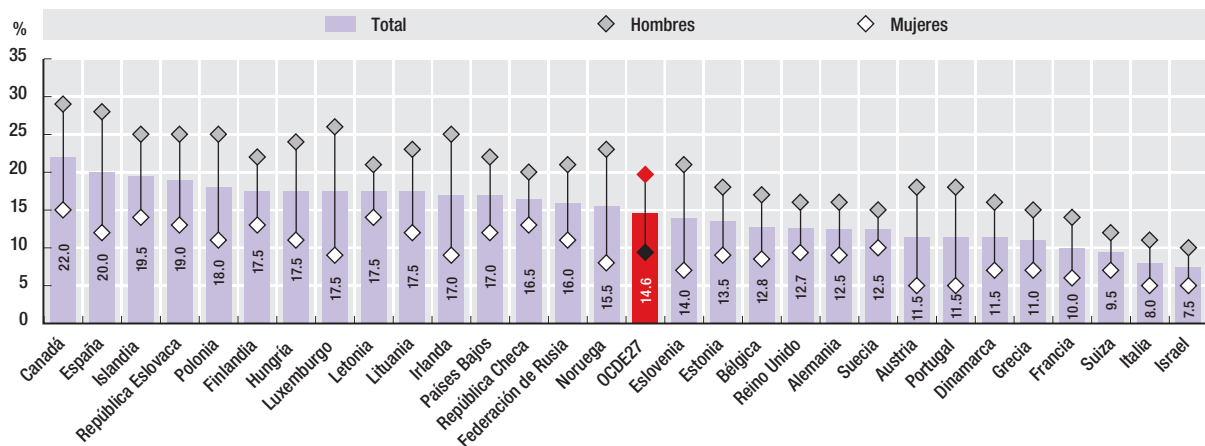
4.12. Consumo diario de vegetales entre adolescentes de 15 años de edad, 2013-14



Fuente: Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602918>

4.13. Actividad física diaria de moderada a vigorosa entre adolescentes de 15 años de edad, 2013-14



Fuente: Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602937>

Sobrepeso y obesidad entre adultos

El sobrepeso y la obesidad son importantísimos factores de riesgo para muchas enfermedades crónicas que incluyen diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. El alto índice de masa corporal (IMC) ocasionó cerca de 4 millones de muertes en 2015, un incremento de 19.5% desde 2005 en todo el mundo. Es el factor de riesgo más importante en términos de pérdida de años de vida saludable en Turquía, el segundo en otros seis países de la OCDE, y el tercero en otros 24 países miembros (Forouzanfar et al., 2016). Las tasas de obesidad han aumentado rápidamente en la OCDE en décadas recientes, y las proyecciones muestran que esta tendencia continuará (OECD, 2017). Afecta a todos los grupos de población, independientemente del género, la edad, la raza, el nivel de ingreso y educativo, aunque en diferentes grados (Sassi, 2010).

El 54% de la población de los países de la OCDE tiene sobrepeso, incluyendo a 19% que son obesos (Figura 4.14). El sobrepeso total (IMC > 25) va de 24% en Japón y 33% en Corea, a más del 70% en México y los Estados Unidos. La obesidad (IMC > 30) es menor en Italia, Japón y Corea (debajo de 10%) y más alta en Hungría, México, Nueva Zelanda y los Estados Unidos (30% o más). En la mayoría de los países, la pre-obesidad (25<IMC<30) representa la mayor proporción de gente con sobrepeso.

En promedio, 20% de las mujeres y 19% de los hombres son obesos (Figura 4.15). Las brechas de género son menores a 1 punto en Canadá, Francia, Alemania, Islandia, la República Eslovaca, España, Suecia y el Reino Unido. Las mujeres son más obesas que los hombres en una mayoría de países, con disparidades de 10 puntos y más en México y Turquía, así como en Colombia, y de 22 puntos en Sudáfrica. En los países donde los hombres son más obesos que las mujeres (Australia, la República Checa, Japón, Corea, Irlanda y Eslovenia), las brechas de género son mucho menores.

La obesidad ha aumentado en las últimas dos décadas aún en países donde los índices han sido históricamente bajos (Figura 4.16). Es más del doble desde finales de los 90 en Corea y Noruega. Las tasas parecen haberse estabilizado en años recientes en Italia y Japón. Los países de la OCDE que históricamente tienen altas tasas de obesidad son Canadá, Chile, México, el Reino Unido y los Estados Unidos. Estos países también muestran un enorme incremento desde los años 90: +92% en el Reino Unido y +65% en los Estados Unidos. El incremento ha sido más lento en Canadá y México desde 2006, y en Chile es casi imperceptible.

Los países de la OCDE han aumentado la implantación de una variedad de políticas públicas de salud para intentar detener la epidemia de obesidad (OECD, 2017). Se han establecido medidas en el etiquetado de productos de alimentación, como listas de nutrientes, logos informativos, o esquemas de semáforo, en Australia, Inglaterra, Francia y Nueva Zelanda, entre otros. Las redes sociales y las nuevas tecnologías se han convertido en herramientas para la promoción de la salud pública, a través de campañas en medios masivos dirigidas a sensibilizar la opinión pública sobre opciones saludables (Goryakin et al., próxima publicación). Las políticas impositivas también han sido implantadas más frecuentemente para incrementar el precio de productos potencialmente dañinos para la salud como los que tienen alto contenido de sal, grasa o

azúcar. Los impuestos para las bebidas endulzadas con azúcar son los más usados, pero no hay evidencia de que los impuestos diseñados apropiadamente, tengan por resultado reducciones proporcionales de consumo, especialmente si se fijan en 20% o más del precio de venta (WHO, 2016). Los conjuntos de políticas incluyentes que comprenden la promoción de la salud, educación, intervenciones en sitios de atención primaria a la salud, así como políticas fiscales y regulatorias más amplias, proporcionan soluciones económicas y costo-efectivas para enfrentar el problema de obesidad (OECD, 2010).

Definición y comparabilidad

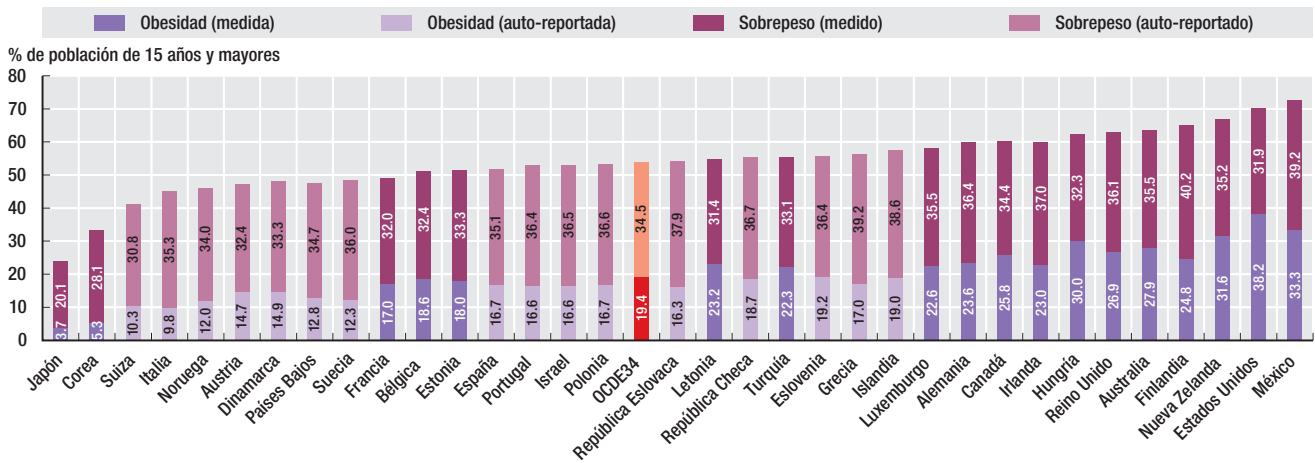
El sobrepeso y la obesidad se definen como peso excesivo que presenta riesgos para la salud por la alta proporción de grasa corporal. La medida más frecuentemente usada se basa en el índice de masa corporal (IMC), que es un número único que evalúa el peso de un individuo en relación con su estatura (peso/estatura², con peso en kg y estatura en metros). Con base en la clasificación de la OMS, los adultos mayores de 18 años con un IMC igual o superior a 25 tienen sobrepeso, y con un IMC igual o superior a 30 son obesos. Se define como preobesos a quienes tienen un IMC igual o superior a 25 e inferior a 30. La mayoría de los países reportan datos para la población de 15 años de edad y mayores, pero hay algunas excepciones, como se resalta en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics.

Los índices de sobrepeso y obesidad pueden medirse por estimados auto-reportados de peso y estatura en encuestas de salud a la población, o estimados medidos derivados de exámenes médicos. Los estimados de exámenes médicos son generalmente más altos y más confiables que los de las encuestas de salud.

Referencias

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- Goryakin, Y. et al. (próxima publicación), "The Role of Communication in Public Health Policies. The Case of Obesity Prevention in Italy", *OECD Health Working Paper*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2017), "Obesity Update", OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
- Sassi, F. (2010), *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084865-en>.
- WHO (2016), "Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases", WHO, Ginebra.

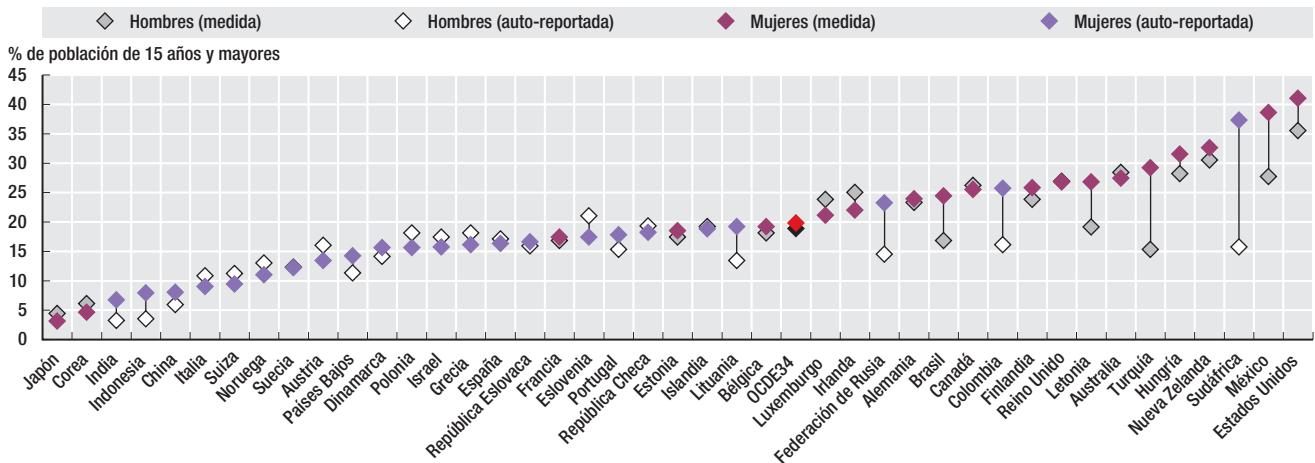
4.14. Sobrepeso incluyendo obesidad entre adultos, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602956>

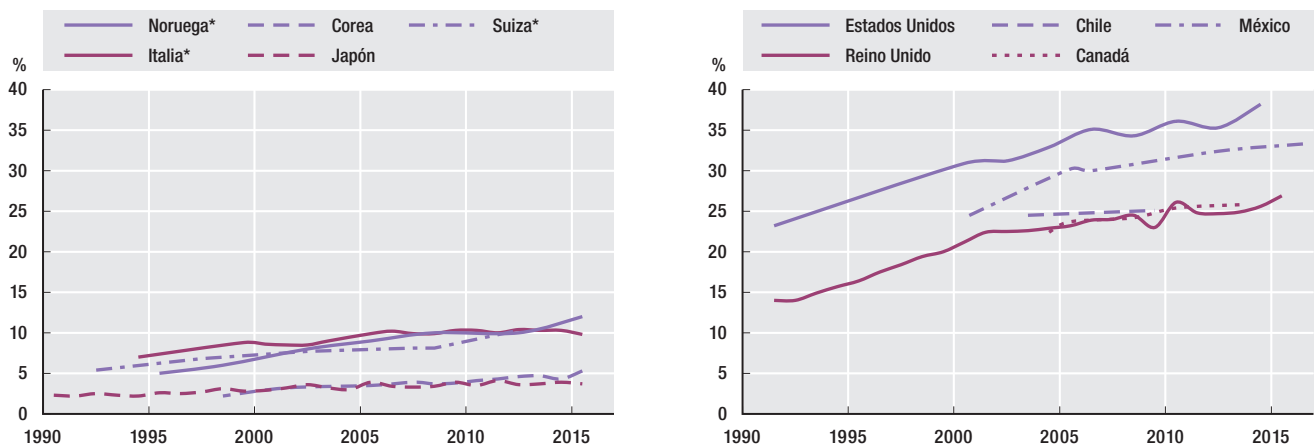
4.15. Obesidad entre adultos por género, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602975>

4.16. Evolución de la obesidad en una selección de países de la OCDE, 1990 a 2015 (o año más cercano)



Nota: Los datos de países con un * fueron auto-reportados y no medidos.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602994>

Sobrepeso y obesidad entre adolescentes

La obesidad infantil se ha convertido en uno de los más serios retos de salud pública del siglo XXI. La obesidad puede dañar la salud de un niño con enfermedades cardiovasculares, endocrinas o pulmonares, además de su salud psicosocial, con el desarrollo de autoestima baja, desórdenes alimenticios y depresión (Inchley et al., 2016). La obesidad también puede afectar el logro educativo (Cohen et al., 2013). Además, la obesidad infantil es un fuerte predictor de obesidad en adultos, lo que tiene consecuencias económicas y de salud (WHO, 2016).

El sobrepeso (incluyendo obesidad) basado en estatura y peso medidos, en lugar de auto-reportados, varía de 15% en Noruega a 45% en Chile (Figura 4.17). El promedio de la OCDE es de 25% con 26% de niños con sobrepeso y 24% de niñas, aunque los índices se basan en diferentes grupos de edad. La prevalencia de sobrepeso en niñas es más alta que en los niños en Irlanda, México, Nueva Zelanda, Portugal, Suecia, Suiza, Turquía, y el Reino Unido (Inglaterra), así como en Sudáfrica. Las brechas de género son más marcadas en Dinamarca, Grecia, Corea, Polonia, Suecia y Sudáfrica (mayores a 8 puntos).

Más del 20% de adolescentes de 15 años de edad auto-reportan sobrepeso en Canadá, Grecia y los Estados Unidos, mientras que la prevalencia cae a 10% en Dinamarca (Figura 4.18). Las tasas más altas para niñas se presentan en Canadá, Grecia, Islandia y los Estados Unidos (15% o más), y para niños en Canadá, Grecia, Israel, Italia, Eslovenia y los Estados Unidos (más de 20%). Las tasas más bajas para niñas se reportan en Polonia y Noruega, así como en Lituania y la Federación de Rusia (6-7%), y para niños en Dinamarca, los Países Bajos, Francia y Lituania (10-14%). El sobrepeso auto-reportado es más alto en niños que en niñas en todos los países, y el promedio de la OCDE es de 16% (19% en niños y 12% en niñas). Las brechas de género son amplias, y las más grandes se presentan en Canadá, Estonia, Grecia, Italia, Noruega, Polonia y la Federación de Rusia (10-15 puntos). Las brechas de género siguen siendo muy pequeñas en Dinamarca, los Países Bajos y Portugal (1-3 puntos).

El sobrepeso auto-reportado en adolescentes de 15 años de edad se ha incrementado en la mayoría de los países de la OCDE en la última década (Figura 4.19). En general, el sobrepeso se incrementó en 28% en la OCDE, de 12% en 2001-02 a 16% en 2013-14. Los incrementos más importantes ocurrieron en la República Checa, Israel, Letonia, Polonia, la República Eslovaca y Suecia, donde el sobrepeso creció más de 50%, así como en Estonia, Lituania y la Federación de Rusia, donde fueron de más del doble. El sobrepeso ha decrecido desde 2001-02 en Dinamarca, así como para niños en Islandia y España, y para niñas en Noruega y el Reino Unido (Inglaterra).

Los ambientes cada vez más obesogénicos han contribuido al aumento del sobrepeso y la obesidad en niños. Varios países de la OCDE han implantado políticas encaminadas a hacer más estrictas las reglas para la publicidad de alimentos y bebidas poco saludables, específicamente dirigidos a niños y adolescentes para prevenir la obesidad (OECD, 2017). Los niños han respondido bien a programas escolares (Veugelaers y Fitzgerald, 2005), pero es necesario un enfoque sistémico

que comprenda un amplio espectro de factores que causan obesidad, y que incluya a las comunidades, familias e individuos para detener la epidemia y disminuir la prevalencia (Inchley et al., 2016).

Definición y comparabilidad

Los estimados de sobrepeso y obesidad están basados en cálculos del índice de masa corporal (IMC) que usan estatura y peso ya sea medidos o auto-reportados, siendo éstos últimos posibles subestimaciones. Los niños con sobrepeso y obesidad son aquellos cuyo IMC está por encima de un conjunto de límites específicos para edad y género (Cole et al., 2000).

Los datos medidos son obtenidos por la World Obesity Federation (WOF, antes IASO) de diferentes estudios nacionales. Los estimados se basan en encuestas nacionales de estatura y peso medidos entre niños en diferentes edades. Se debe tener precaución al comparar los índices entre países. Las definiciones de sobrepeso y obesidad entre niños puede variar algunas veces entre países, aunque cuando es posible, los límites de IMC IOTF se utilizan.

Los datos auto-reportados provienen de las encuestas Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) llevadas a cabo entre 2001-02 y 2013-14. Los datos provienen de muestras en escuelas de 1 500 sujetos en cada grupo etario (11, 13 y 15 años de edad) en la mayoría de los países. La estatura y el peso auto-reportados están sujetos a subestimación, datos faltantes y error, y requieren de una cuidadosa interpretación.

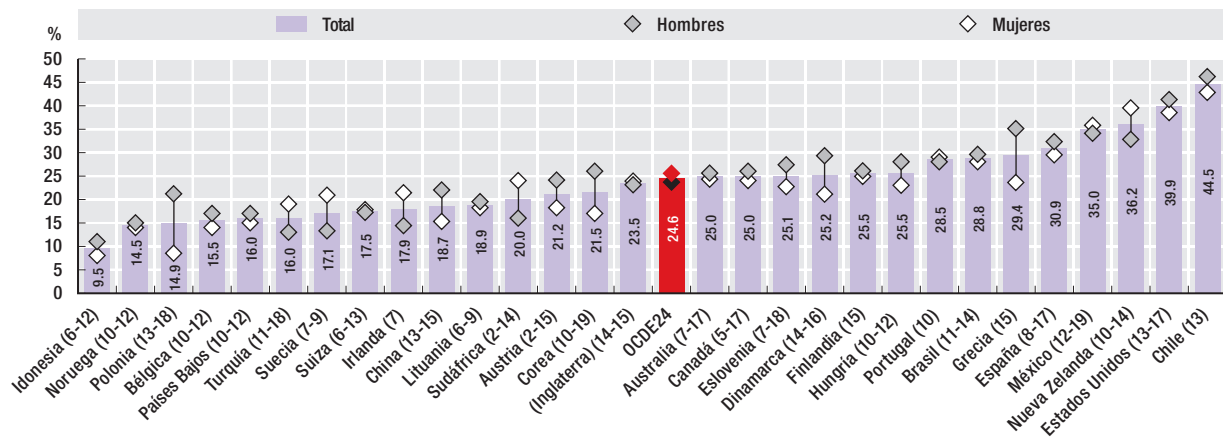
Referencias

- Cohen, A.K. et al. (2013), "Educational Attainment and Obesity: A Systematic Review", *Obesity Reviews*, vol. 14, núm. 12, pp. 989-1005.
- Cole, T.J. et al. (2000), "Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey", *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1-6.
- Inchley, J. et al. (eds.) (2016), "Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being", Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- OECD (2017), "Obesity Update", OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
- Veugelaers, P. y A. Fitzgerald (2005), "Effectiveness of School Programs in Preventing Childhood Obesity: A Multilevel Comparison", *American Journal of Public Health*, vol. 95, núm. 3, pp. 432-435.
- WHO (2016), "Report of the Commission on Ending Childhood Obesity", WHO, Ginebra.

4. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Sobrepeso y obesidad entre adolescentes

4.17. Sobrepeso medido (incluyendo obesidad) entre niños de varias edades, 2010 (o año más cercano)



Nota: Los datos entre paréntesis se refieren a la edad de los niños encuestados en cada país.

Fuente: International Association for the Study of Obesity (2013); World Obesity Federation (2016, 2017); JUNAEB (2016) para Chile; THL National Institute for Health and Welfare para Finlandia.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603013>

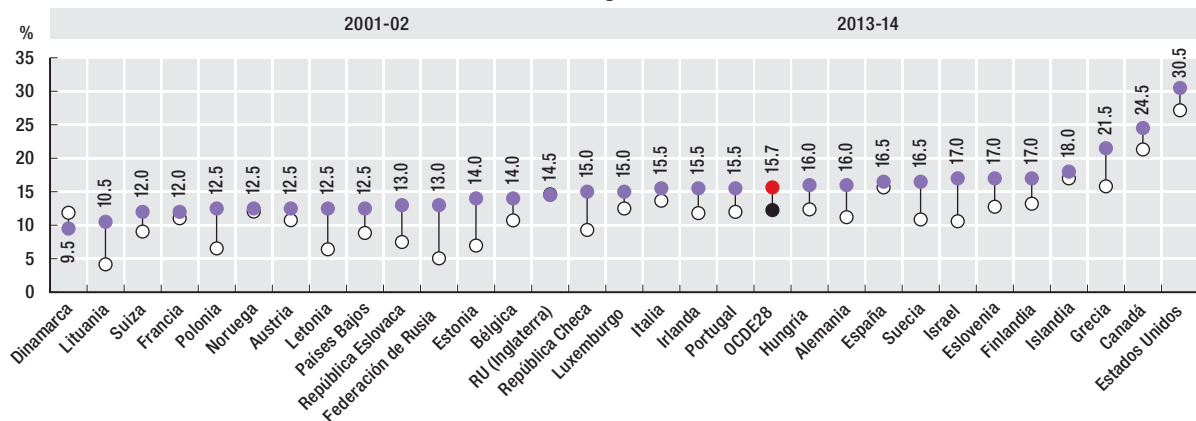
4.18. Sobrepeso auto-reportado (incluyendo obesidad) entre adolescentes de 15 años de edad, 2013-14



Nota: Límites de la International Obesity Task Force. Los índices para los Estados Unidos se refieren a la encuesta para 2009-10, y no 2013-14. Fuente: Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603032>

4.19. Cambio en el sobrepeso auto-reportado (incluyendo obesidad) entre adolescentes de 15 años de edad, 2001-02 y 2013-14



Nota: Límites de la International Obesity Task Force. Los datos para el segundo punto de los Estados Unidos se refieren a la encuesta de 2009-10, y no 2013-14. Los índices para el primer punto de Islandia, Luxemburgo y la República Eslovaca se refieren a la encuesta de 2005-06, y no 2001-02. Fuente: Currie et al. (2004); Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603051>

Contaminación del aire

La contaminación del aire es una importante amenaza ambiental para la salud, especialmente para niños y adultos mayores, pues puede causar enfermedades respiratorias, cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares. También ha sido vinculada al bajo peso al nacer, demencia y daño al DNA y el sistema inmunológico (WHO, 2017). Se estima que la contaminación exterior tanto en ciudades como en áreas rurales causó 3 millones de muertes prematuras en el mundo en 2012 (WHO, 2016), y puede tener también consecuencias económicas y sociales sustanciales, de costos para la salud, necesidad de restauración de edificios y rendimiento agrícola (OECD, 2015). En la contaminación exterior, el monóxido de carbono, óxido de nitrógeno y ozono son particularmente preocupantes, pero también las micro-partículas, o $PM_{2.5}$, cuyo diámetro es de 2.5 μm o menor. Estas son potencialmente más peligrosas que partículas más grandes (PM_{10}), pues pueden penetrar a mayor profundidad en el tracto respiratorio y causar serios daños a la salud. En 2015, la contaminación por micro-partículas fué la causa de más de 4.2 millones de muertes en el mundo (Forouzanfar et al., 2016). La OMS ha declarado que la contaminación del aire es una de las amenazas más perniciosas que enfrenta la salud pública a nivel global, y en una escala mayor que el VIH o el Ébola (WHO, 2017).

En 2015, los niveles de exposición a $PM_{2.5}$ que excedieron los límites recomendados por la OMS fueron 90% más altos en 21 países de la OCDE (Figura 4.20). En 19 de esos países, el 100% de la población estuvieron expuestos. Australia, Canadá, Finlandia, Islandia, Nueva Zelanda y Suecia tienen índices cercanos a 0%, seguidos por los Estados Unidos y Noruega, con índices inferiores a 10%. El promedio de la OCDE es de 68%.

La media anual de exposición de la población a $PM_{2.5}$, ha decrecido en promedio en la OCDE de 18.2 microgramos/ m^3 en 1990, a 15.1 microgramos/ m^3 en 2015 (Figura 4.21). Aunque la tendencia general desde 1990 ha sido a la baja, han habido incrementos en la exposición de la población en años recientes. Esto se debe en buena parte a la concentración de fuentes de contaminación en las áreas urbanas, y al mayor uso de vehículos privados para transporte en las ciudades (OECD, 2015).

En 2015, la exposición de la población fue menor en Australia, Canadá, Finlandia, Islandia, Nueva Zelanda y Suecia, y más alta en Corea y Turquía, así como en China, India y Sudáfrica. La exposición de la población ha decrecido en la mayoría de los países desde 1990, excepto en Israel, Italia, Japón, Corea, Turquía, China e India, donde los incrementos varían entre 5% en Japón, a 24% en India. En los países donde la exposición ha disminuido, los decrementos varían entre 3-8% en Finlandia, Islandia, España, Suecia, y Suiza, así como Costa Rica e Indonesia; a 30-40% en la República Checa, Hungría, Letonia, Polonia, la República Eslovaca, así como Lituania.

La OMS estima que en general, 92% de la población del mundo respira aire con índices de $PM_{2.5}$ superiores a los recomendados (WHO, 2017), y la contaminación exterior e interior causa aproximadamente 7 millones de muertes

prematuras al año (WHO, 2014). Las proyecciones de la OCDE estiman que la contaminación exterior del aire causará de 6 a 9 millones de muertes prematuras para 2060, y costará 1% del PIB global (OECD, 2016). Las políticas para limitar la contaminación del aire consisten en enfoques regulatorios, como estándares de calidad del aire, estándares de calidad de combustibles y topes de emisión, así como instrumentos económicos, que incluyen impuestos a los combustibles, tarifas viales e impuestos sobre emisiones.

Definición y comparabilidad

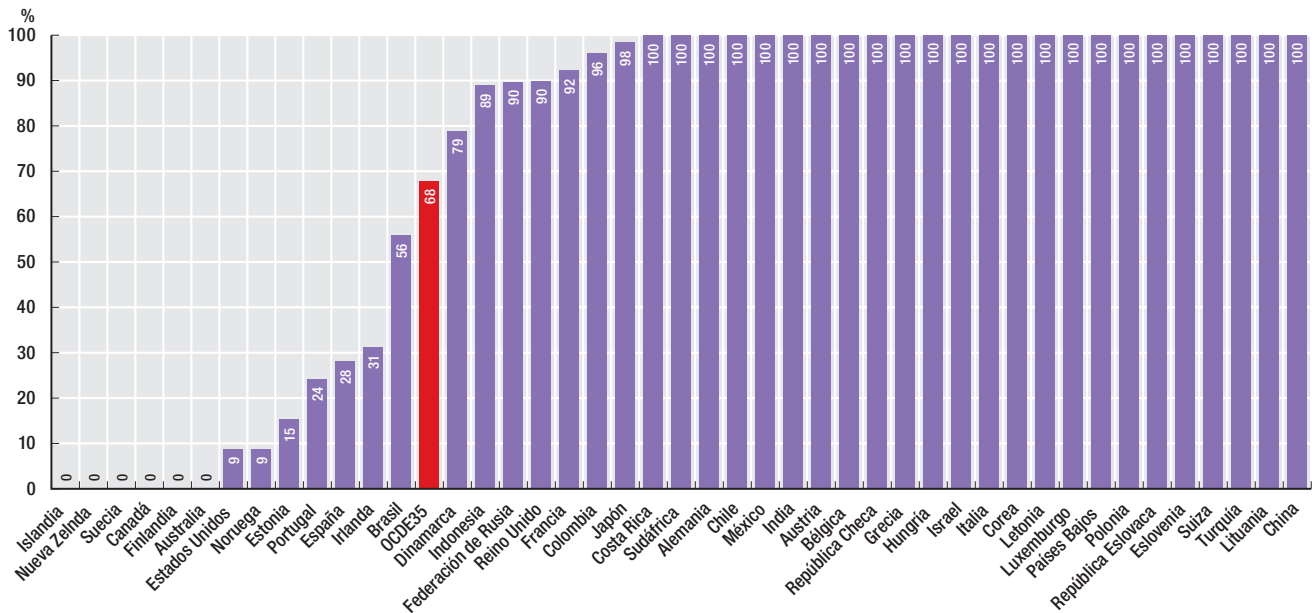
La OMS ha establecido directrices para la contaminación del aire, expresadas como el nivel promedio de exposición de la población de un país (urbana y rural) a concentraciones de partículas suspendidas que no deben ser sobrepasadas. Los indicadores que se presentan aquí, reflejan el nivel promedio estimado de exposición a concentraciones de micro-partículas que miden menos de 2.5 micrones de diámetro. Las directrices de la OMS para $PM_{2.5}$ son una media anual de 10 microgramos/ m^3 , que es el rango inferior en el que se han observado efectos adversos para la salud.

Los datos para $PM_{2.5}$ fueron proporcionados por el Banco Mundial (World Bank), a través del Global Burden of Disease Study. Se generaron al combinar los datos de diferentes fuentes, incluyendo observaciones de satélites de aerosoles en la atmósfera, y observaciones globales de partículas. Sin embargo, las concentraciones de partículas son sensibles a condiciones locales, y los protocolos de medición difieren entre países. Por lo tanto, los datos deben servir como un indicador general de calidad del aire, sobre todo para permitir la comparación entre países.

Referencias

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- OECD (2015), *Environment at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264235199-en>
- OECD (2016), *The Economic Consequences of Outdoor Air Pollution*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264257474-en>
- WHO (2017), "Healthier, Fairer, Safer: The Global Health Journey", WHO, Ginebra.
- WHO (2016), "Ambient (Outdoor) Air Quality and Health Fact Sheet", WHO, Ginebra.
- WHO (2014), "7 Million Premature Deaths Annually Linked to Air Pollution", informe de prensa, WHO, Ginebra.

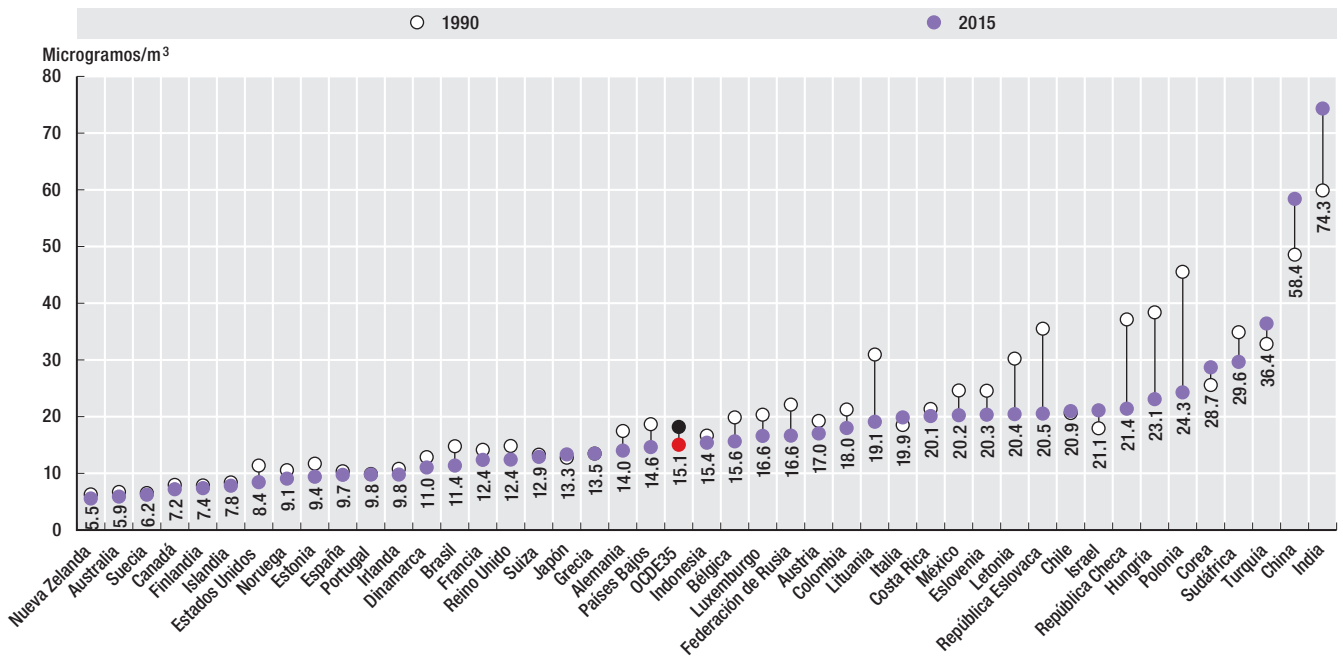
4.20. Población expuesta a niveles de PM_{2.5} que exceden 10 microgramos/m³, 2015



Fuente: World Bank (2017), World Development Indicators (base de datos).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603070>

4.21. Media anual de exposición de la población a PM_{2.5}, 2015



Fuente: World Bank (2017), World Development Indicators (base de datos).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603089>





5. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Cobertura de población en servicios de salud

Necesidades de salud no atendidas debido al costo

Gasto médico de bolsillo

Distribución geográfica de médicos

Tiempos de espera para cirugía electiva

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Cobertura de población en servicios de salud

La cobertura de servicios de salud mediante esquemas gubernamentales y seguros médicos privados, provee seguridad financiera contra enfermedades inesperadas o serias. Sin embargo, el porcentaje de la población cubierto por estos esquemas no proporciona un indicador completo de accesibilidad, pues el rango de servicio cubiertos y el grado de reparto de costos aplicado a esos servicios, también afecta el acceso a los mismos.

La mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal o casi universal de los costos de un conjunto básico de servicios de salud, que normalmente incluye consultas con médicos y especialistas, análisis y exámenes, y procedimientos quirúrgicos y terapéuticos (Figura 5.1). Generalmente, los servicios dentales y productos farmacéuticos están parcialmente cubiertos, aunque hay varios países en los que estos servicios deben adquirirse por separado (OECD, 2015). La cobertura universal típicamente se ha alcanzado mediante esquemas de gobierno (sistemas nacionales de salud o seguridad social), aunque algunos países (los Países Bajos y Suiza) utilizan un seguro privado obligatorio para cubrir a una parte o el total de la población.

La cobertura de población para un conjunto básico de servicios está por debajo del 95% en siete países de la OCDE, y la más baja se encuentra en Grecia, los Estados Unidos y Polonia. En Grecia, la crisis económica continúa teniendo un efecto significativo, reduciendo la cobertura de seguro médico entre los desempleados de largo plazo. Muchos trabajadores independientes también han decidido no renovar sus seguros al verse reducido el ingreso disponible. Sin embargo, desde 2014 la población sin seguro está cubierta para medicamentos prescritos, servicios de urgencia en hospitales públicos y para servicios hospitalarios no urgentes bajo ciertas circunstancias (Eurofound, 2014). Además, desde 2016 una nueva legislación ha buscado cerrar las brechas pendientes de cobertura. En los Estados Unidos, la cobertura es proporcionada principalmente por medio de seguros médicos privados. La cobertura financiada con fondos públicos comprende a los adultos mayores, la población de bajos ingresos y con discapacidades. La proporción de población sin asegurar decreció de 14.4% en 2013 a 9.1% en 2015. A esto se dió seguimiento con la implantación del Affordable Care Act, diseñado para expandir la cobertura de seguro médico (Cohen y Martínez, 2015). Sin embargo, el acta está bajo revisión por la actual administración en los Estados Unidos. En Polonia, una aplicación más estricta de la ley en 2012 hizo que la gente perdiera la cobertura de seguridad social si dejaban de pagar sus cuotas. Pero la población no asegurada que necesita servicios médicos, utiliza los servicios de urgencia de los hospitales, donde se les instará a asegurarse. En Irlanda, aunque la cobertura es universal, la mayor parte de la población tiene que pagar cargos de usuario nada despreciables (arriba de EUR50) para tener acceso a cuidados primarios (Burke et al., 2016).

La cobertura de servicios de salud primarios, ya sea provista por esquemas de gobierno o seguros privados, generalmente cubre una "canasta" definida de beneficios, en muchos casos con costos compartidos. En algunos países, se puede adquirir una cobertura adicional con seguros privados voluntarios para cubrir cualquier costo compartido remanente después de la cobertura básica

(seguro complementario), agregar servicios adicionales (seguro suplementario) o tener acceso más rápido o más opciones de proveedores (seguro duplicado). Entre los países de la OCDE, nueve tienen cobertura privada para más de la mitad de la población (Figura 5.2)

Los seguros médicos privados ofrecen al 96% de la población en Francia seguros complementarios para cubrir costos compartidos con el sistema de seguridad social. Los Países Bajos tienen el más grande mercado suplementario (84% de la población), seguido por Israel (83%), donde los seguros privados pagan los medicamentos prescritos y servicio dental que no tienen reembolso público. Los mercados más grandes de seguros duplicados, que ofrecen acceso privado más rápido a servicios médicos donde hay largos tiempos de espera en sistemas públicos, se encuentran en Irlanda (45%) y Australia (56%).

La población cubierta por seguros privados se ha incrementado en algunos países de la OCDE en la última década, particularmente en Dinamarca, Corea, Eslovenia y Bélgica; pero ha decrecido en otros países, principalmente Grecia, Irlanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos (Figura 5.3). La importancia de los seguros médicos privados se vincula a diferentes factores que incluyen brechas en el acceso a servicios financiados con fondos públicos, intervenciones gubernamentales dirigidas a los mercados de seguros médicos privados, y desarrollo histórico.

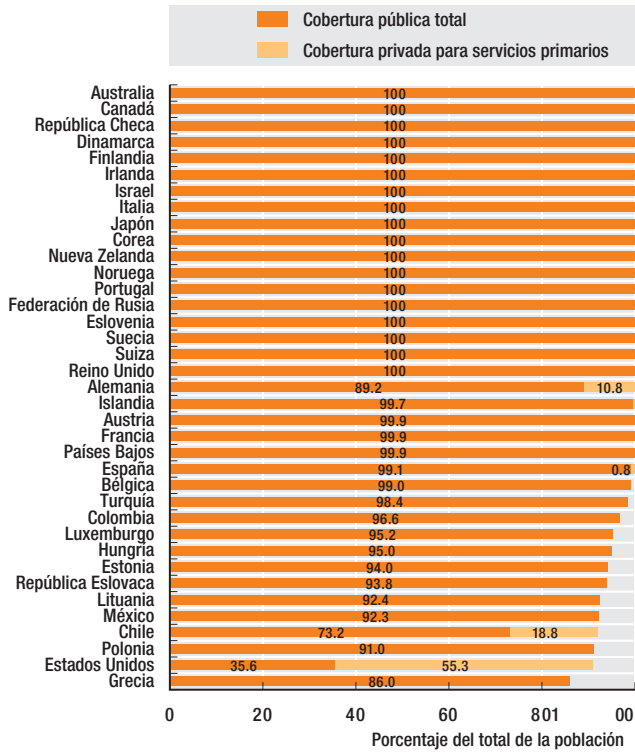
Definición y comparabilidad

La cobertura de servicios de salud se define aquí como la proporción de la población que recibe un conjunto básico de bienes y servicios para el cuidado de la salud bajo esquemas públicos y seguros médicos privados. Incluye a los asegurados y sus dependientes. La cobertura pública se refiere a los sistemas nacionales de salud o la seguridad social. La adquisición de seguros médicos privados es con frecuencia voluntaria, aunque puede ser obligatoria por ley, o esencial para empleados como parte de sus condiciones laborales. Las primas en general no están relacionadas con el ingreso, aunque la adquisición de cobertura privada puede estar subsidiada por el gobierno.

Referencias

- Burke, S. et al. (2016), "From Universal Health Insurance to Universal Healthcare? The Shifting Health Policy Landscape in Ireland since the Economic Crisis", *Health Policy*, vol. 120, núm. 3, pp. 235-240.
- Cohen, R.A. y M.E. Martínez (2015), "Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, 2014", *National Center for Health Statistics*, junio.
- Eurofound (2014), *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Dublin.
- OECD (2015), "Measuring Health Coverage", OECD, Paris, disponible en: <http://www.oecd.org/eis/health-systems/measuring-health-coverage.htm>.

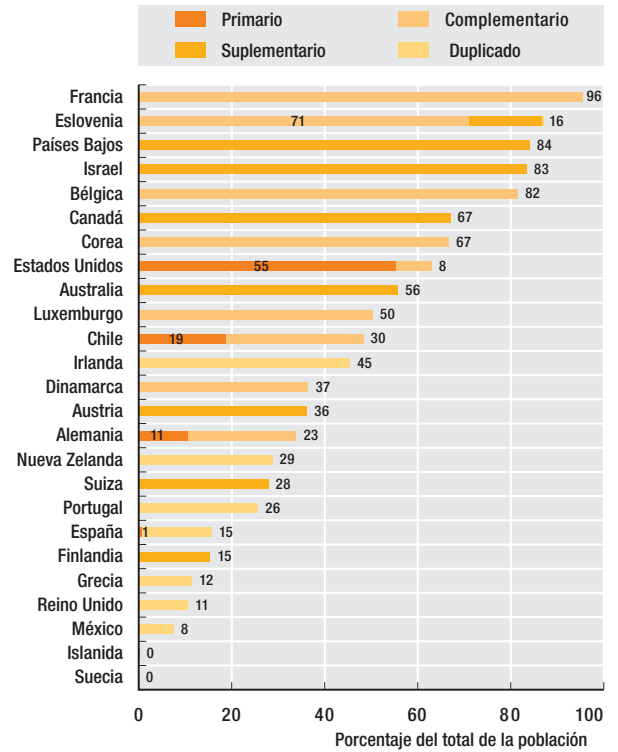
5.1. Cobertura de población para un conjunto de servicios básicos, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603108>

5.2. Cobertura de seguros médicos privados, por tipo, 2015 (o año más cercano)

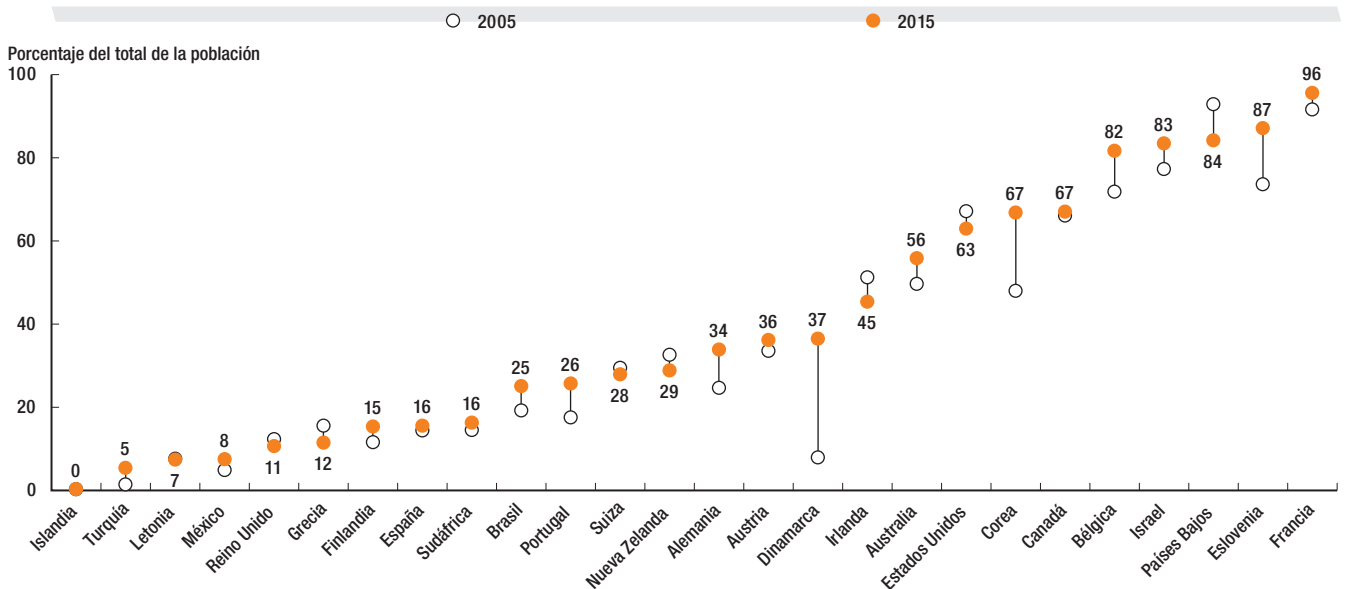


Nota: El seguro médico privado puede ser tanto duplicado como suplementario en Australia; complementario y suplementario en Dinamarca y Corea; y duplicado, complementario y suplementario en Israel y Eslovenia.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603127>

5.3. Tendencias en cobertura de seguro médico privado, 2005 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603146>

Necesidades de salud no atendidas debido al costo

El acceso a la salud puede ser impedido por varias razones, que pueden deberse al funcionamiento del sistema de salud (como el costo de los servicios, la distancia a las instalaciones de salud, o listas de espera), o pueden ser personales (incluyendo el temor de no ser comprendido por el médico o no tener tiempo de buscar ayuda). Las personas que descuidan la atención médica cuando la necesitan, pueden poner en riesgo su estado de salud.

Las necesidades de salud no atendidas debido al costo, son un problema particularmente agudo, sobre todo entre la población de ingresos bajos. En consecuencia, un número creciente de países recopilan datos para estudiar la medida en la que el servicio de salud es descuidado debido al costo (Fujisawa y Klazinga, 2017). Estos datos incluyen consultas no atendidas o medicamentos prescritos descartados debido al costo.

En promedio, más de una persona de cada 10 en 17 países de la OCDE, reportan haber faltado a una consulta debido al costo en 2016 (Figura 5.4). El número relativamente alto de gente que reporta no asistir a las consultas médicas es sorprendente, pues en la mayoría de los países de la OCDE las consultas son gratuitas o requieren de un pequeño co-pago (Paris et al., 2016). La proporción de población que retrasa las consultas debido al costo, es alta en Polonia (33%), en los Estados Unidos (22.3%) y Suiza (20.9%). Menos del 5% de la población en Alemania, España, Suecia, el Reino Unido, Israel e Italia reportan haber faltado a una consulta debido al costo.

En la mayoría de los países, la proporción de población que faltó a una consulta por el costo no ha cambiado mucho en los últimos años, pero hay algunas excepciones. Se observó un incremento importante en Suiza, donde el fenómeno se concentra entre personas de menos de 50 años de edad y la población de ingresos bajos (OFSP, 2016). En Alemania y Estonia, la proporción de población que faltó a consultas médicas por el costo, ha disminuido.

En términos de medicamentos prescritos, un promedio de 7.1% de la población en 15 países de la OCDE, reporta haberlos descartado debido al costo (Figura 5.5). La mayoría de los países de la OCDE tienen co-pagos para los medicamentos, aunque frecuentemente con exenciones para grupos de población específicos (Paris et al., 2016). Las proporciones más altas de población que reporta haber descartado los medicamentos prescritos se presentaron en los Estados Unidos (18%) y Suiza (11.6%); y las más bajas en Alemania (3.2%) y el Reino Unido (2.3%). En la mayoría de los países, esta proporción ha decrecido en años recientes. Se reportaron grandes mejoras en Israel, Estonia y Australia. En Israel esto puede deberse en parte, a la implantación de políticas para mejorar la accesibilidad y asequibilidad de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas y adultos mayores.

En todos los países de la OCDE, las necesidades de salud no atendidas debido al costo son consistentemente más altas entre los grupos de ingresos bajos, en comparación con los grupos de ingresos altos (Figura 5.6). El Reino Unido es una excepción, donde las necesidades de salud no atendidas debido al costo son similares para adultos de bajos ingresos y el resto de la población. En los Estados Unidos este problema es particularmente agudo entre la población de bajos ingresos, pues 43% de los adultos de este grupo

reportaron en 2016 haber retrasado la atención de sus necesidades debido al costo. Existen también grandes brechas entre las poblaciones de alto y bajo ingreso en Francia y Canadá.

Las necesidades de salud no atendidas auto-reportadas deben evaluarse junto con otros indicadores de potenciales barreras al acceso, como la proporción de cobertura de seguros médicos y la cantidad del gasto de bolsillo. Las estrategias para mejorar el acceso a servicios de salud para la población vulnerable y marginada deben atacar las barreras financieras y no financieras, así como promover un suministro y distribución adecuados de fuerza laboral dedicada a la salud.

Definición y comparabilidad

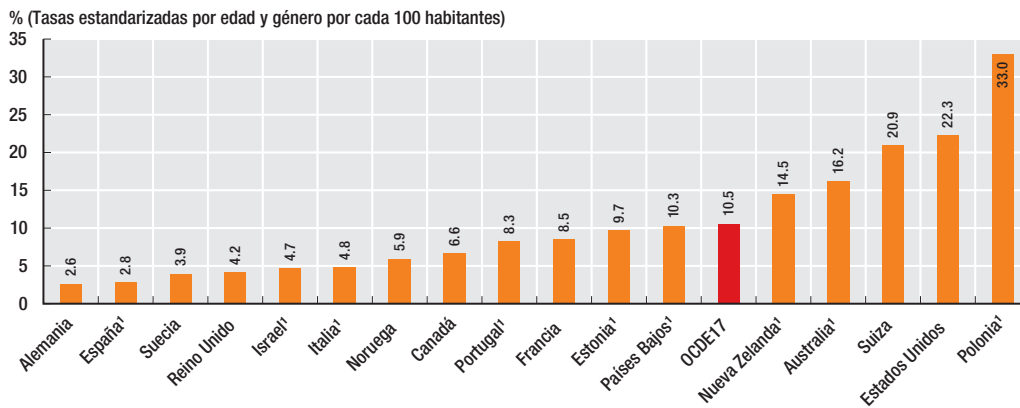
La OCDE recopila datos sobre las necesidades de salud no atendidas debido al costo reportados por la población en fuentes nacionales e internacionales de un número creciente de países a lo largo del tiempo. En estas encuestas se usan preguntas similares a las de la encuesta Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Los índices para las Figuras 5.4 y 5.5 se refieren a atención primaria y secundaria, y están estandarizados por edad y género para la estructura de población de la OCDE de 2010, para evitar el efecto de las diferencias en estructuras de población entre países. Debido al cambio de la fuente de datos para este indicador, la información no puede compararse directamente con los datos presentados en ediciones previas de *Panorama de la Salud*.

La encuesta International Health Policy Survey 2016 de Commonwealth Fund pregunta a los encuestados si dejaron de visitar al médico cuando tuvieron necesidad, no se hicieron un examen médico, tratamiento o seguimiento recomendado por un médico, no completaron los medicamentos prescritos u omitieron dosis debido a costo en el año anterior, y como también recopila datos de antecedentes socioeconómicos incluyendo nivel de ingreso, permite analizar las necesidades de salud no atendidas por nivel de ingreso. La encuesta se llevó a cabo en 11 países.

Referencias

- Fujisawa, R. y N. Klazinga (2017), "Measuring Patient Experiences (PREMs): Progress Made by the OECD and its Member Countries 2006-2015", *OECD Health Working Papers*, París.
- OFSP (2016), "Prise en charge médicale : la population suisse est satisfaite", comunicado de prensa, Berna, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-64545.html>.
- Paris, V. et al. (2016), "Health Care Coverage in OECD Countries in 2012", *OECD Health Working Papers*, núm. 88, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5f123kb77p2v-en>.

5.4. Consultas no atendidas debido al costo, 2016 (o año más cercano)

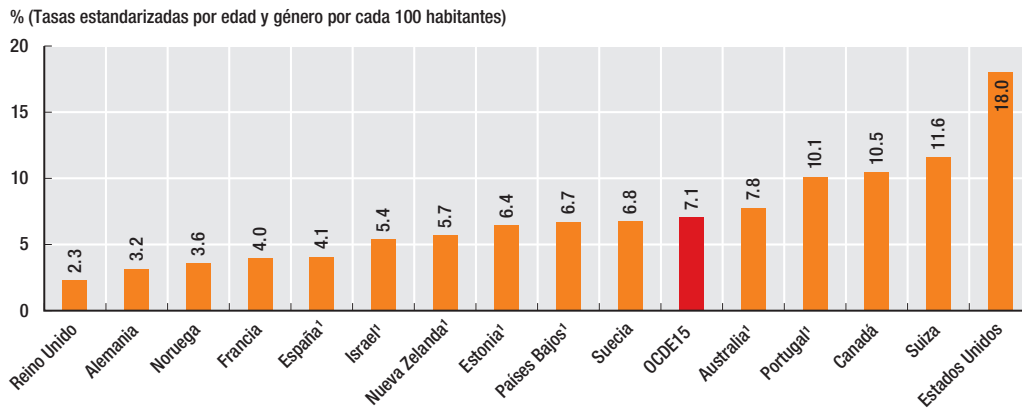


1. Fuentes nacionales.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603165>

5.5. Medicamentos prescritos descartados debido al costo, 2016 (o año más cercano)

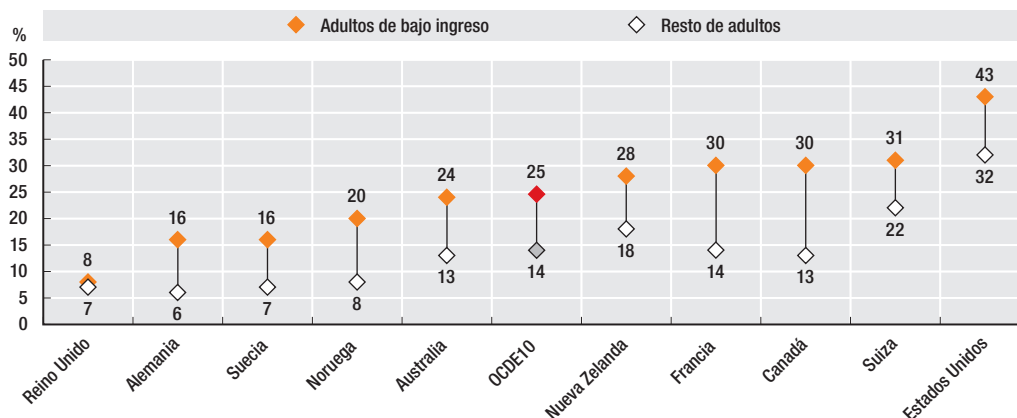


1. Fuentes nacionales.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603184>

5.6. Necesidades de salud no atendidas debido al costo por nivel de ingreso, 2016



Nota: Pueden no haber consultado/visitado a un médico debido al costo, omitido un examen médico, tratamiento o seguimiento recomendado por un médico, haber descartado, ignorado, u omitido dosis de un medicamento prescrito debido al costo. "Ingreso bajo" se define como el ingreso de un hogar que es menor al 50% de la mediana de un país. Las muestras son pequeñas (n<100) en los Países Bajos y el Reino Unido.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603203>

Gasto médico de bolsillo

La protección financiera mediante de cobertura de salud obligatoria o voluntaria puede reducir de manera sustancial la cantidad que la gente debe pagar directamente por servicios médicos. Sin embargo, en muchos países la carga del gasto de bolsillo todavía puede crear barreras para el acceso y uso de servicios de salud. Los hogares que enfrentan dificultades para pagar gastos médicos pueden retrasar o incluso descuidar servicios de salud necesarios. En promedio en la OCDE, una quinta parte del gasto en servicios de salud es cubierto directamente por los pacientes (ver el indicador "Financiamiento del cuidado de la salud").

El gasto de bolsillo depende de la capacidad de pago. Si el financiamiento de los servicios de salud depende más del gasto de bolsillo, la carga se transfiere, en teoría, a aquellos que usan más los servicios, y posiblemente de quienes tienen ingresos altos a los que tienen bajos ingresos, para quienes la necesidad de servicios de salud es normalmente mayor. En la práctica, muchos países tienen formas de proteger a los grupos más vulnerables de la población de gastos de bolsillo excesivos (los pobres, los adultos mayores, la gente con enfermedades crónicas y discapacidades). Estas formas de protección pueden ser exenciones totales o parciales, o un tope en pagos directos tanto en términos absolutos, como una proporción del ingreso (Paris et al., 2016).

La carga del gasto médico de bolsillo (esto es, excluyendo servicios de salud de largo plazo) puede ser medida como una proporción del ingreso o consumo total de los hogares. La proporción del consumo de un hogar destinada a servicios médicos varió considerablemente en los países de la OCDE en 2015, de niveles bajos de alrededor de 1.5% del consumo total en Francia, Luxemburgo y el Reino Unido, a más del 5% en Corea y Suiza (Figura 5.7). En promedio en la OCDE, el 3% del gasto de los hogares se destina a bienes y servicios médicos.

Los sistemas de salud en los países de la OCDE difieren en el grado de cobertura para diferentes bienes y servicios. En la mayoría de los países, una proporción más alta del costo se paga directamente para medicamentos, cuidado dental y de la vista, que la que se destina a cuidados en hospitales y consultas médicas (Paris et al., 2016). Tomando en cuenta estas diferencias, y la importancia relativa de las diferentes categorías de gasto, no es sorprendente que existan variaciones significativas entre países de la OCDE en el desglose de costos médicos que los hogares tienen que solventar por su cuenta.

En la mayoría de los países de la OCDE, el gasto en medicamentos y atención ambulatoria (incluyendo servicios dentales) son los principales rubros de gasto de bolsillo (Figura 5.8). Estos dos componentes típicamente contribuyen a casi 80% del total del gasto en servicios médicos de los hogares. El co-pago y los servicios adicionales, pueden resultar ser una proporción mayor del costo de la atención hospitalaria que absorben

directamente los hogares; Grecia, Bélgica y los Países Bajos reportan una mayor proporción de gasto de los hogares (20-32%) en cuidados hospitalarios que el promedio de menos de 10% de la OCDE.

En algunos países de Europa Central y del Este como Polonia, la República Checa y Hungría, así como en Canadá y México, el gasto en medicamentos representa la mitad o más del total del gasto médico de bolsillo. Esto puede deberse no solo a los co-pagos por medicamentos prescritos, sino también a altos niveles de gasto en medicamentos de libre acceso para automedicación. Los productos terapéuticos, que comprenden entre otros, anteojos graduados y aparatos de audición, también pueden representar una proporción significativa del gasto de los hogares. En el caso de los anteojos, los seguros obligatorios a menudo se limitan a pagar una contribución para el costo de las lentes, y las familias tienen que solventar el costo total de los marcos si no están cubiertos por seguros privados complementarios. En general, los bienes terapéuticos representan más del 20% del gasto de los hogares en los Países Bajos, el Reino Unido, Eslovenia, Alemania y la República Eslovaca.

La cobertura de tratamiento dental normalmente es limitada, y es una de las porciones significativas del cuidado y el gasto total de los hogares, pues representa 20% del gasto de bolsillo en los países de la OCDE. En España, Noruega y Estonia, alcanza el 30% o más, lo que puede ser explicado por las limitaciones de la cobertura obligatoria para tratamiento dental en estos países, en comparación con una cobertura más incluyente para otras categorías de servicio.

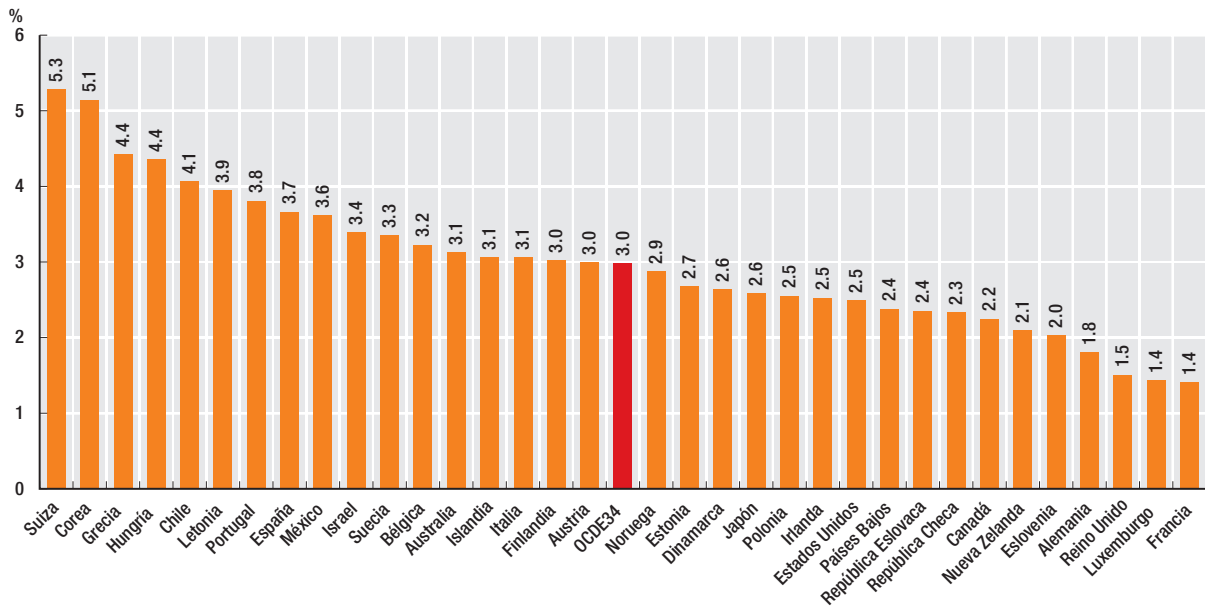
Definición y comparabilidad

El gasto de bolsillo son los pagos hechos directamente por el paciente cuando la cobertura de seguro, ya sea obligatoria o voluntaria, no cubre el costo total de un bien o servicio para la salud. Incluye costos compartidos y otros gastos pagados directamente por los hogares y debe incluir además estimados de pagos informales a proveedores de servicios de salud. Solo se presenta el gasto por pagos médicos (es decir, gasto corriente en salud menos gasto en la parte destinada a salud del cuidado de largo plazo), pues la capacidad de los países para estimar el gasto privado de cuidados de largo plazo varía ampliamente.

Referencias

Paris, V. et al. (2016), "Health Care Coverage in OECD Countries in 2012", *OECD Health Working Papers*, núm. 88, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5j1z3kbf7pzv-en>.

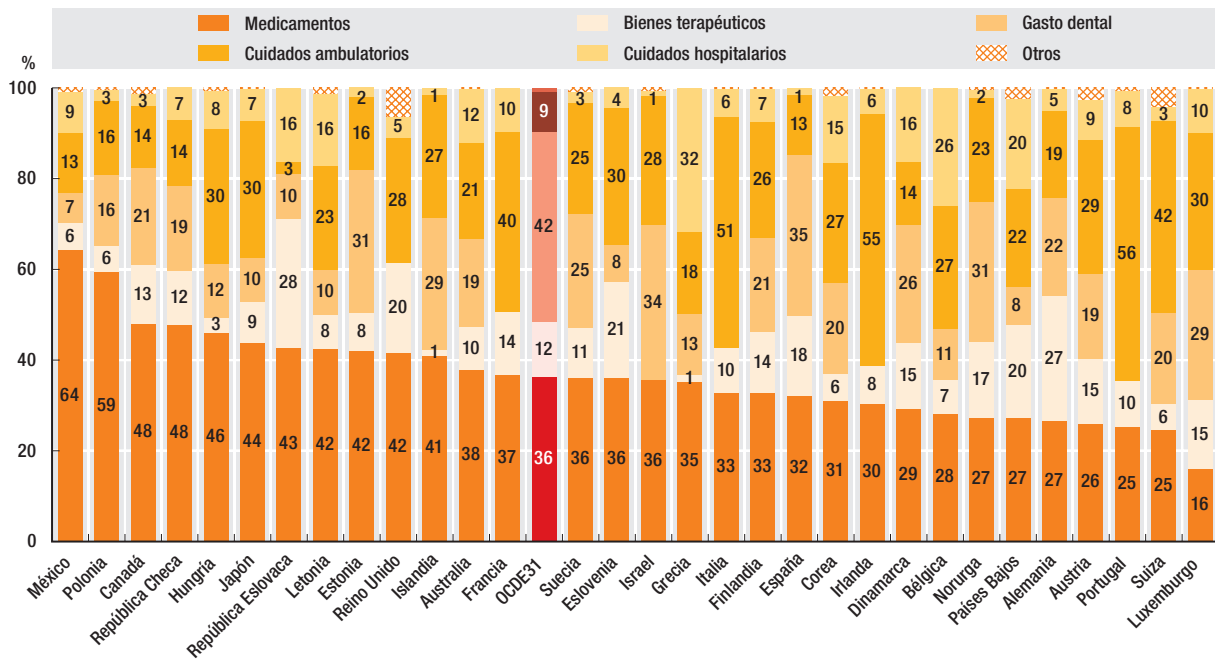
5.7. Gasto médico de bolsillo como proporción del consumo total de los hogares, 2015 (o año más cercano)



Nota: El indicador es el gasto corriente en salud, excluyendo el gasto relacionado con salud en cuidados de largo plazo.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603222>

5.8. Gasto médico de bolsillo por bienes y servicios, 2015 (o año más cercano)



Nota: El indicador es el gasto corriente en salud, excluyendo el gasto relacionado con salud en cuidados de largo plazo.

1. Incluye productos para el cuidado de los ojos, aparatos de audición, sillas de ruedas, etc.
2. Incluye cuidados en casa y servicios complementarios (y dentales si no se muestran separadamente).
3. Incluye cuidados de corto plazo.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603241>

Distribución geográfica de médicos

El acceso a la atención médica requiere de un número adecuado y una distribución apropiada de médicos en todo el país. La concentración de médicos en una región y la escasez en otras puede conducir a inequidades de acceso como viajes o tiempos de espera mayores. La distribución desigual de médicos y las dificultades para reclutarlos y retenerlos en ciertos lugares, es un importante asunto de políticas en la mayoría de los países de la OCDE, especialmente aquellos con áreas remotas y poco pobladas, y aquellos con áreas rurales y urbanas desfavorecidas.

El número total de médicos per cápita varía entre países de la OCDE de alrededor de dos por cada 1000 habitantes en Turquía, Chile y Corea, a más de cinco por cada 1000 habitantes en Grecia y Austria (ver el indicador de médicos en el Capítulo 8). Más allá de estas diferencias entre países, el número de médicos per cápita también varía enormemente entre regiones de un país (Figura 5.9). En muchos países hay una alta concentración de médicos en las capitales, lo que es muy evidente en Austria, la República Checa, Grecia, México, Portugal, la República Eslovaca, y los Estados Unidos. En los Estados Unidos existe una diferencia de densidad de médicos de casi cinco veces entre regiones, mientras que en Australia, Bélgica y Corea hay diferencias de alrededor de 20% en la densidad de médicos entre regiones.

La densidad de médicos es consistentemente más alta en las regiones urbanas, lo que refleja la concentración de servicios especializados como cirugías, y las preferencias de práctica de los médicos. Existen grandes diferencias en la densidad de médicos entre áreas predominantemente urbanas y regiones rurales en Canadá, la República Eslovaca y Hungría, aunque la definición de regiones urbanas y rurales varía entre países. La distribución de médicos entre regiones urbanas y rurales es más balanceada en Japón y Corea, pero en general hay menos médicos en estos dos países (Figura 5.10).

Los médicos pueden ser reacios a ejercer en regiones rurales, debido a la preocupación por su vida profesional (incluyendo su ingreso, horas de trabajo, oportunidades para desarrollo profesional, aislamiento de colegas) y servicios sociales (como opciones de educación para sus hijos, y oportunidades profesionales para sus parejas). Se pueden utilizar una variedad de políticas para influenciar la selección de la ubicación de sus consultorios, que incluyen 1) la provisión de incentivos financieros para trabajar en áreas desfavorecidas; 2) mayores inscripciones en programas de capacitación médica de estudiantes que vengan de regiones geográficas y circunstancias sociales particulares, o descentralizar la ubicación de escuelas de medicina; 3) regular la selección de localización de consultorios médicos (para los recién graduados y los capacitados en el extranjero); y 4) reorganizar la prestación de servicios médicos para mejorar las condiciones laborales de quienes ejercen en áreas desfavorecidas.

Muchos países de la OCDE ofrecen diferentes tipos de incentivos financieros para atraer y retener médicos en áreas desfavorecidas, incluyendo subsidios únicos para ayudarles a establecer sus consultorios y pagos recurrentes, como garantías de ingreso y pago de bonos (Ono et al., 2014). Varios países han implantado medidas para alentar a estudiantes de regiones desprotegidas a inscribirse en escuelas de medicina. Japón estableció en 1973 la Universidad Médica Jichi, específicamente para educar médicos para servicio en comunidades rurales, lo que contribuyó a mejorar el acceso a servicios médicos en regiones rurales marginadas (Ikegami, 2014).

La efectividad y costo de diferentes políticas para promover una mejor distribución de los médicos puede variar significativamente, y su impacto depende de las características de cada sistema de salud, la geografía del país, los comportamientos de los médicos, y el diseño específico de las políticas y los programas. Las políticas deben ser diseñadas con una comprensión clara de los intereses del grupo objetivo, de modo que puedan tener impacto duradero y significativo (Ono et al., 2014).

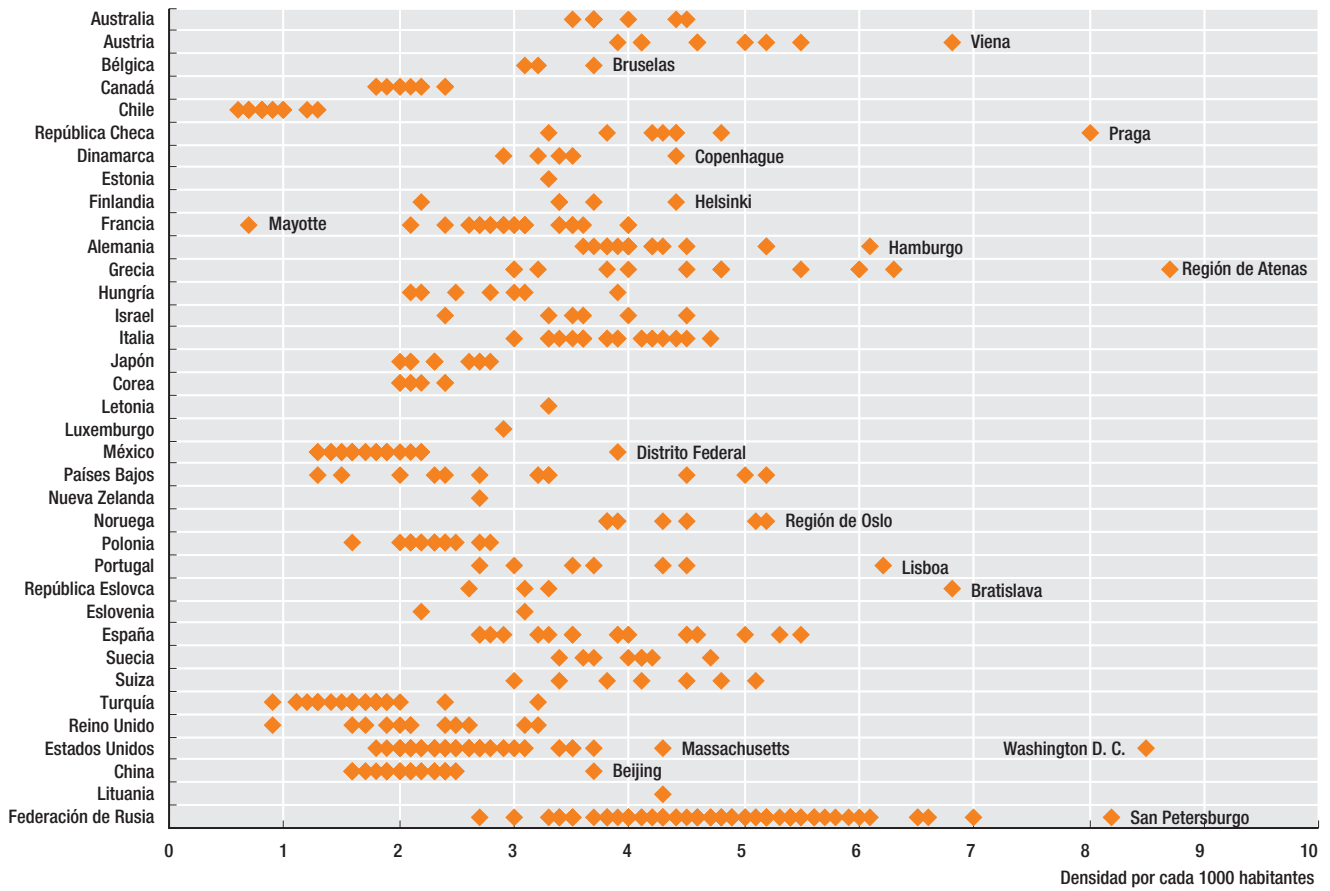
Definición y comparabilidad

Las regiones se clasifican en dos niveles territoriales. El nivel alto (Nivel Territorial 2) consiste en grandes regiones que corresponden generalmente a regiones de administración nacional. Pueden tener una mezcla de áreas urbanas, intermedias y rurales. El nivel bajo se compone de regiones más pequeñas clasificadas como predominantemente urbanas, intermedias o rurales, aunque hay variaciones entre países en la clasificación de estas regiones. Los datos de distribución geográfica son de la OECD Regional Database.

Referencias

- Ikegami, N. (2014), "Factors Determining the Distribution of Physicians in Japan", Capítulo 7 de *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Lessons from Japan*, World Bank, Washington, DC, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0408-3>
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- Ono, T., M. Schoenstein y J. Buchan (2014), "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", *OECD Health Working Papers*, núm. 69, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.

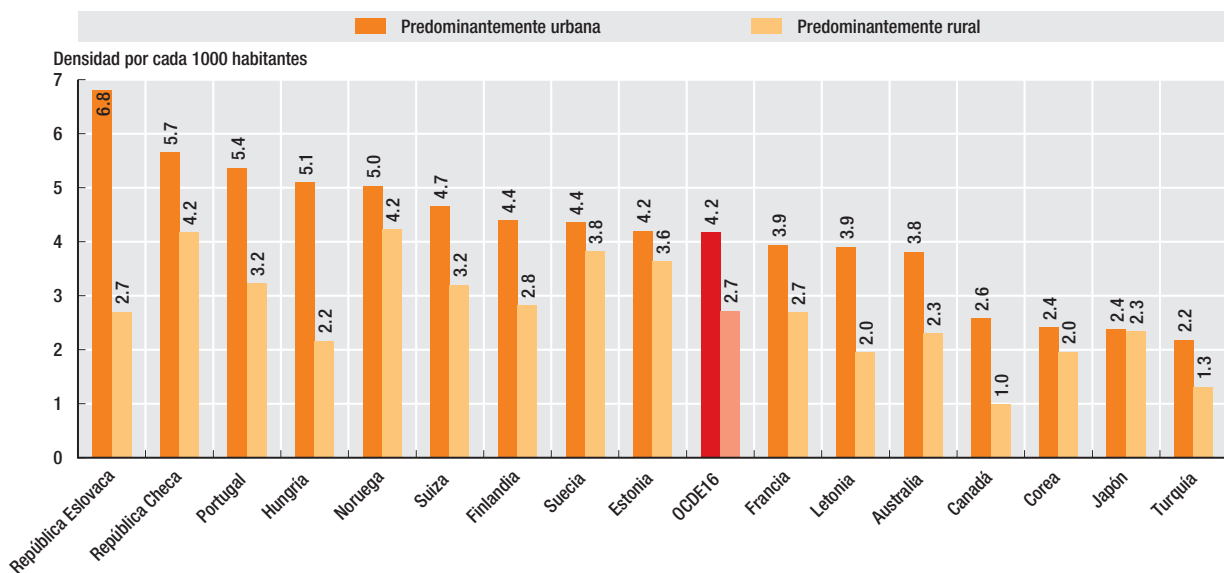
5.9. Densidad de médicos por región de nivel 2, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Statistics Database 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603260>

5.10. Densidad de médicos, áreas rurales frente a áreas urbanas, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Statistics Database 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603279>

Tiempos de espera para cirugía electiva

Los tiempos de espera largos para recibir servicios de salud es un tema de políticas importante en muchos países de la OCDE (Siciliani et al., 2013), aunque menos relevante en otros (p. ej. Bélgica, Francia, Alemania, Japón, Corea, Luxemburgo, Suiza, y los Estados Unidos). Los tiempos de espera largos para cirugías electivas (no de urgencia), como la cirugía de cataratas, reemplazo de cadera y de rodilla, generan frustración para los pacientes, pues los beneficios que esperan de los tratamientos se posponen, y el dolor y discapacidad permanecen.

Los tiempos de espera son el resultado de una compleja interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud, en la que los médicos tienen un papel crucial en ambos lados. La demanda de servicios de salud y cirugías electivas se determina por el estado de salud de la población, el avance en la tecnología médica (incluyendo la simplificación de muchos procedimientos, como la cirugía de cataratas), preferencias de los pacientes, y la carga de los costos compartidos para los pacientes. Sin embargo, los médicos tienen un papel determinante en convertir la demanda de mejor salud de los pacientes en una demanda de cuidados médicos. Del lado de la oferta, las tasas de actividad quirúrgica están influenciadas por la disponibilidad de diferentes categorías de cirujanos, anestesistas y otros profesionales involucrados en procedimientos quirúrgicos, así como de la disponibilidad del equipo médico requerido.

La medida reportada se refiere al tiempo de espera del momento en el que un médico especialista anota a un paciente en una lista de espera para el procedimiento, al momento en el que el paciente recibe el tratamiento. Se presentan tanto la media como la mediana de los tiempos de espera. Puesto que un número importante de pacientes esperan por largos períodos, la mediana es de manera consistente y considerable menor que la media, y puede representar una mejor medida de la tendencia central de este indicador. La diferencia significativa entre ambas medidas, sobre todo en países como Chile, Estonia y Polonia, resalta la presencia de grupos problemáticos de pacientes que esperan durante mucho más tiempo que otros para recibir tratamientos.

En 2015, la media del tiempo de espera para cirugía de cataratas fue ligeramente mayor a 37 días en los Países Bajos, pero mucho mayor en Estonia y Polonia (Figura 5.11), con tiempos de espera promedio de 253 y 464 días respectivamente. En muchos países, como el Reino Unido, Dinamarca, España y Chile los tiempos de espera han permanecido relativamente estables en años recientes. Otros, que se muestran en la gráfica de tendencias, han tenido una disminución general en la última década, pero se han incrementado desde 2013.

La media del tiempo de espera para reemplazo de cadera fue de alrededor de 42 días en los Países Bajos, pero de 289 días en Estonia y de más de 400 días en Chile y Polonia (Figura 5.12). La mediana de los tiempos de espera fue de alrededor de 41 días en Dinamarca, 49 días en Italia y 54 días en Israel. Alcanzó entre 100 y 150 días en España, Noruega, Portugal y Australia, y más de 200 días en Estonia, Polonia y Chile.

Los tiempos de espera para reemplazo de rodilla siguen los patrones de los de reemplazo de cadera, con los

tiempos más largos, por mucho, en Estonia y Polonia, con medianas de tiempo de espera que sobrepasan los 350 días en Polonia (Figura 5.13).

Las garantías de tiempo de espera se han convertido en la herramienta de políticas más común para manejar los tiempos de espera largos en varios países. Este es el caso de Finlandia, donde una Garantía Nacional de Cuidado de la Salud se introdujo en 2005, y condujo a una reducción del tiempo de espera para cirugía electiva (Jonsson et al., 2013). En Inglaterra, desde abril de 2010, la NHS Constitution ha establecido un derecho al acceso de ciertos servicios con tiempos máximos de espera, para que la NHS tome todas las medidas razonables para ofrecer una variedad de proveedores alternativos si esto no es posible (Smith y Sutton, 2013). Estas garantías son efectivas únicamente si se cumplen. Hay dos enfoques principales de cumplimiento: establecer tiempos de espera objetivo y responsabilizar a los proveedores de cumplirlos; o permitir a los pacientes elegir a proveedores de servicios de salud alternativos (incluyendo el sector privado) si deben esperar más de un cierto periodo máximo (Siciliani et al., 2013).

Definición y comparabilidad

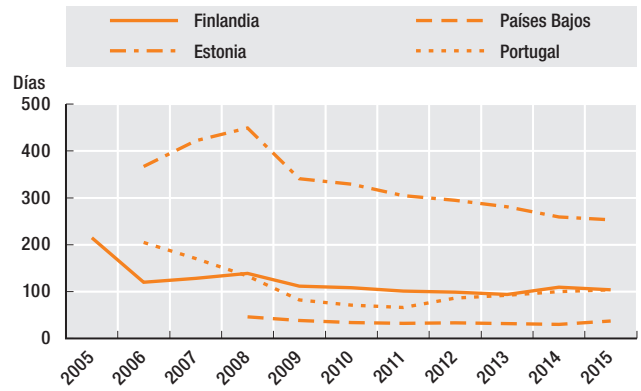
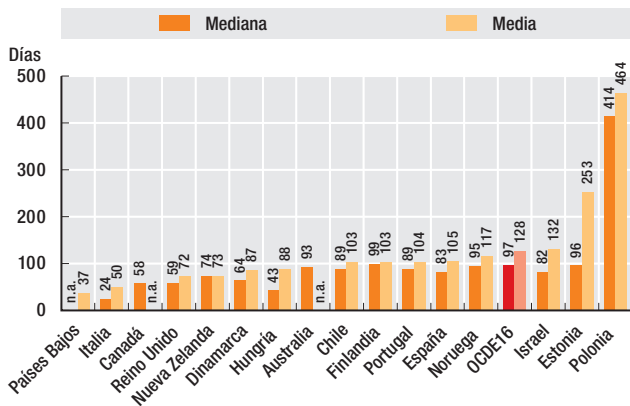
Existen al menos dos formas de medir los tiempos de espera para procedimientos electivos: 1) medir los tiempos de espera para pacientes tratados en un periodo determinado; o 2) medir los tiempos de espera para pacientes aún en la lista en un cierto momento. Los datos que se reportan corresponden a la primera metodología (los datos de la segunda están disponibles en la OECD Health Database). La información viene de bases de datos administrativas, más que de encuestas.

Los tiempos de espera se reportan en términos de promedio y mediana. La mediana es el valor que separa una distribución en dos partes iguales (es decir, la mitad de los pacientes tienen tiempos de espera más largos, y la otra mitad más cortos). Comparada con el promedio, la mediana minimiza la influencia de los datos atípicos (pacientes con tiempos de espera muy largos).

Referencias

- Jonsson, P.M. et al. (2013), "Finland", Parte II, Capítulo 7 de *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- Siciliani, L., M. Borowitz y V. Moran (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- Smith, P. and M. Sutton (2013), "United Kingdom", Parte II, Capítulo 16 de *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.

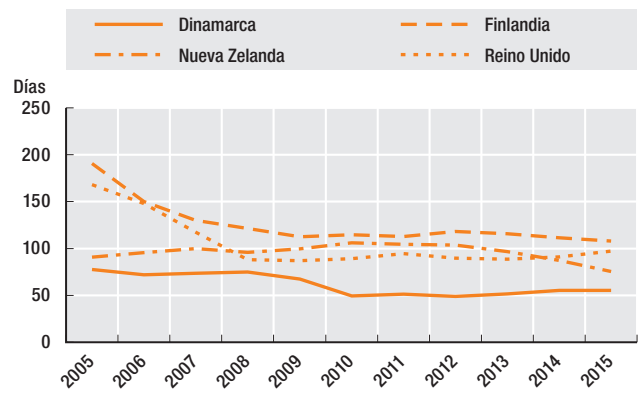
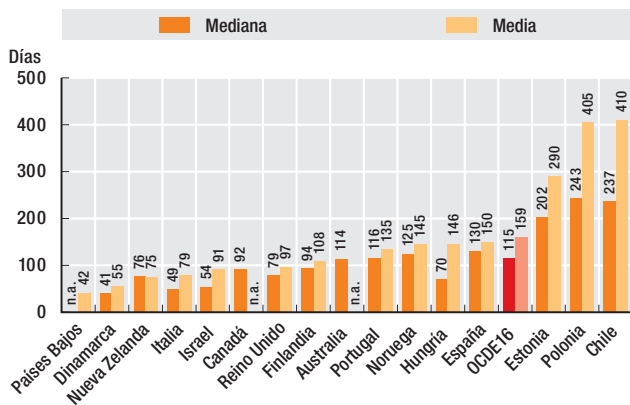
5.11. Tiempos de espera para cirugía de cataratas, promedios y selección de tendencias, 2015



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603298>

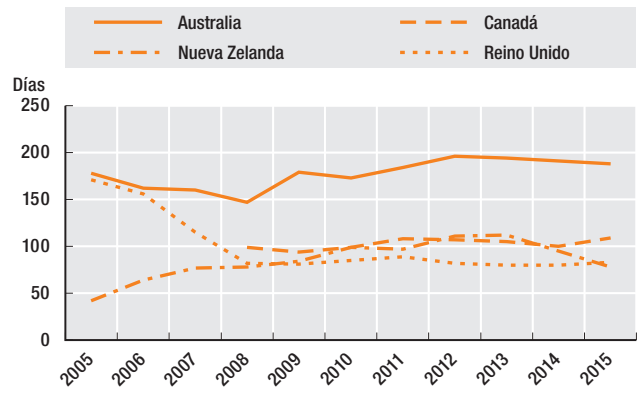
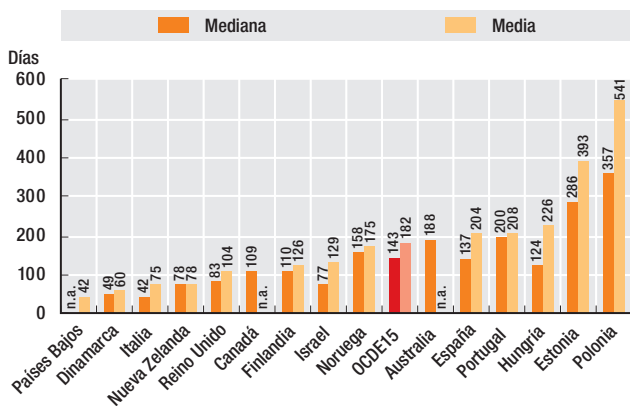
5.12. Tiempos de espera para cirugía de reemplazo de cadera, promedios y selección de tendencias, 2015



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603317>

5.13. Tiempos de espera para reemplazo de rodilla, promedios y selección de tendencias, 2015



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603336>





6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Experiencias de pacientes con cuidados ambulatorios

Prescripción en cuidados primarios

Admisiones hospitalarias evitables

Cuidado de diabetes

Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico

Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés)

Tasas de mortalidad en hospitales

Tiempos de espera para cirugía por fractura de cadera

Complicaciones quirúrgicas

Trauma obstétrico

Cuidados para personas con desórdenes de salud mental

Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer de mama

Supervivencia y mortalidad por cáncer colorrectal

Supervivencia y mortalidad por leucemia en niños

Vacunación

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Experiencias de pacientes con cuidados ambulatorios

La prestación de servicios de salud responsivos y enfocados en el paciente, juega un papel cada vez mayor en las políticas de salud de los países de la OCDE, y considerar al usuario de los servicios de salud como una fuente directa de información es una práctica cada vez más prevalente. Desde mediados de los años 90, se han realizado esfuerzos para institucionalizar mediciones y monitoreo de las experiencias de los pacientes. Esta práctica habilita a los pacientes y al público, los involucra en decisiones de prestación de servicios de salud y gobernabilidad, y provee información del grado en el que se involucran en su salud y tienen control del tratamiento que reciben.

En muchos países, se han establecido organizaciones responsables, o se han identificado instituciones existentes para medir y reportar las experiencias de los pacientes. Desarrollan instrumentos para recopilar datos sobre la experiencia de los pacientes por medio de encuestas, y estandarizar los procedimientos de análisis y reporte. Un número creciente de países recopila no solo medidas de experiencia reportadas por los pacientes (Patient-Reported Experience Measures-PREMs), sino también medidas de los resultados reportados por los pacientes (Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), que capturan la percepción de los pacientes de sus condiciones médicas específicas y estado de salud general, incluyendo movilidad, dolor/malestar y ansiedad/depresión, antes y después de una intervención médica específica como cáncer o reemplazo de cadera o rodilla. Dada la importancia de utilizar la voz de la gente para el desarrollo de los sistemas de salud y la mejora de la calidad de la atención, los esfuerzos internacionales para desarrollar y monitorear las medidas reportadas por los pacientes, se han intensificado en años recientes (OECD, 2017a; OECD, 2017b).

Los países usan los datos reportados por los pacientes de forma diferente para generar mejoras de calidad en los sistemas de salud. Para promover la calidad de la salud a través de mayor responsabilidad y transparencia de los proveedores, muchos países reportan datos de la experiencia de los pacientes en reportes periódicos del sistema de salud nacional o en sitios web públicos, mostrando diferencias entre proveedores, regiones y a través del tiempo. Noruega usa las medidas de experiencias de pacientes en mecanismos de pago, o para asignación de fondos para promover la mejora de la calidad y servicios enfocados en el paciente. Australia, Canadá, la República Checa, Dinamarca, Francia y el Reino Unido, las usan para informar a quienes vigilan los servicios de salud para inspección, regulación y/o acreditación. Las medidas reportadas por los pacientes también se usan en algunas jurisdicciones en Canadá, Dinamarca, Francia y los Países Bajos para proporcionar retroalimentación específica para la mejora de la calidad de los proveedores (Fujisawa y Klazinga, 2017).

En general los pacientes reportan experiencias positivas de comunicación y autonomía en el sistema de cuidados ambulatorios. En todos los países, la mayoría de los pacientes reportan haber pasado suficiente tiempo con el médico durante una consulta (Figura 6.1), que las explicaciones del médico fueron fáciles de entender (Figura 6.2), así como haber sido involucrados en el cuidado y las decisiones sobre el tratamiento (Figura 6.3). Para estos

tres aspectos de la experiencia de los pacientes, Bélgica y Luxemburgo tienen índices altos, con más del 95% de los pacientes con experiencias positivas; mientras que Polonia tiene índices más bajos y por ejemplo, solo uno de cada dos pacientes reporta haber sido involucrado en el cuidado y tratamiento durante la consulta.

Japón también tiene índices bajos en la percepción de los pacientes del tiempo que pasaron con el médico, lo que puede ser inferido al menos en parte por el alto número de consultas por número de habitantes y médicos (ver el indicador "Consultas médicas" en el Capítulo 9).

En varios países, la proporción de pacientes con experiencias positivas ha decrecido en años recientes. Por ejemplo en Polonia, la proporción de pacientes que reportan que el médico pasó suficiente tiempo con ellos durante la consulta disminuyó entre 2010 y 2016. Sin embargo, algunos países como Australia y Estonia, han mejorado recientemente algunos aspectos de las experiencias de los pacientes.

Definición y comparabilidad

La OCDE recomienda recopilar datos sobre la experiencia del paciente con cualquier médico en contextos de cuidados ambulatorios, para medir y monitorear la experiencia general del paciente en el sistema de salud. Un número creciente de países ha recopilado información sobre la experiencia de los pacientes con base en esta recomendación, por medio de encuestas nacionales representativas de la población. Japón y Portugal recopilan la información con encuestas a los usuarios del servicio. Sin embargo, alrededor de la mitad de los países que se presentan, recopilan datos sobre la experiencia del paciente con un médico general. En 11 países, la encuesta del Commonwealth Fund International Health Policy Surveys 2010 and 2016 fue usada como fuente de datos, aunque existen críticas con respecto al tamaño de la muestra e índices de respuesta. Los datos de esta encuesta se refieren a la experiencia del paciente con un médico general, y no cualquier otro. En 2016, los Países Bajos, que participan en esta encuesta, desarrollaron una encuesta entre toda la población, que arrojó mejores índices de respuesta y calidad de información.

Las tasas están estandarizadas por edad y género para la población de la OCDE de 2010, para evitar el efecto de las diferentes estructuras de población en los países.

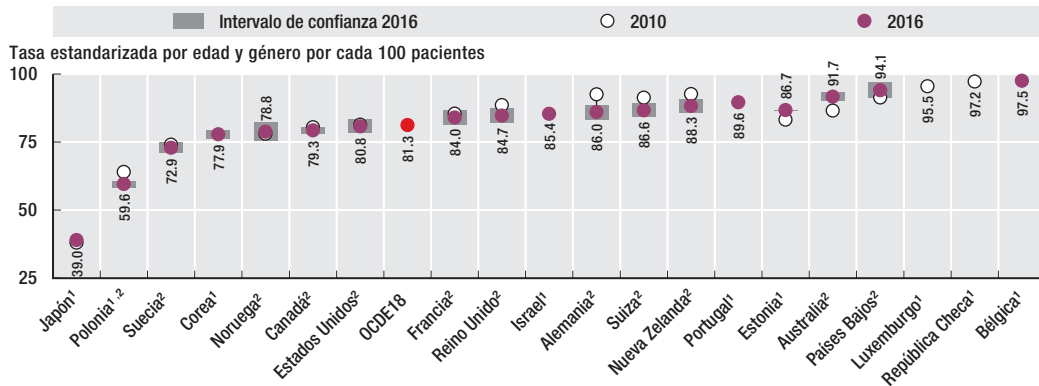
Referencias

- Fujisawa, R. y N. Klazinga (2017), "Measuring Patient Experiences (PREMs): Progress Made by the OECD and its Member Countries 2006-2015", *OECD Health Working Papers*, Paris.
- OECD (2017a), "Ministerial Statement: The Next Generation of Health Reforms", OECD Health Ministerial Meeting, Paris, <http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>.
- OECD (2017b), "Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS)", OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/health/paris.htm>.

6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Experiencias de pacientes con cuidados ambulatorios

6.1. Suficiente tiempo del médico con el paciente en consulta, 2010 y 2016 (o año más cercano)



Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

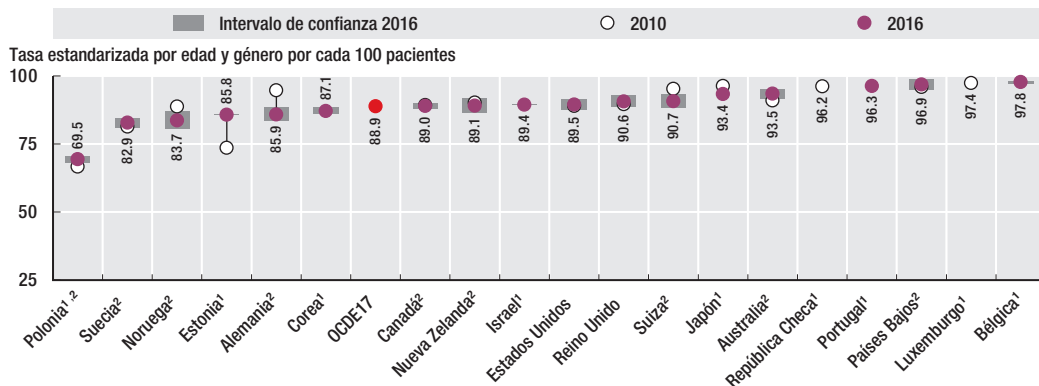
1. Fuentes nacionales.

2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con un médico general.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603355>

6.2. Explicaciones del médico fácilmente entendibles, 2010 y 2016 (o año más cercano)



Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

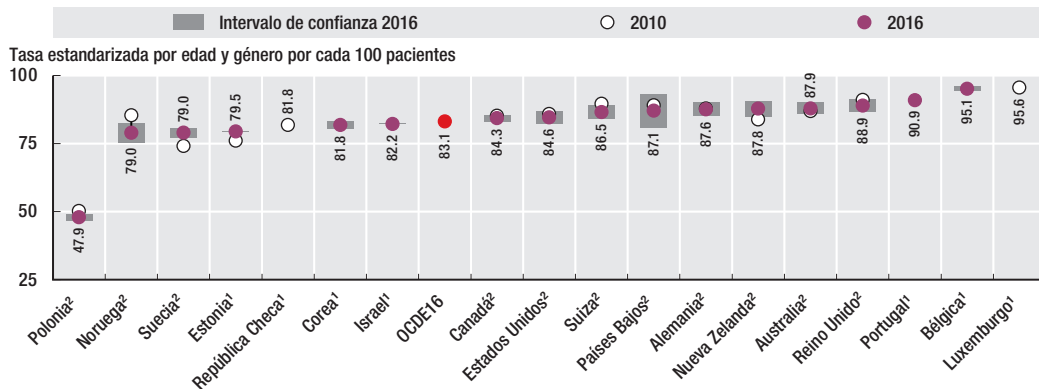
1. Fuentes nacionales.

2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con un médico general.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603374>

6.3. El médico involucra al paciente en las decisiones sobre el cuidado y el tratamiento, 2010 y 2016 (o año más cercano)



Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

1. Fuentes nacionales.

2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con un médico general.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 y otras fuentes nacionales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603393>

Prescripción en cuidados primarios

La prescripción puede usarse como un indicador de la calidad de los servicios de salud, que complementa la información de consumo y gasto (ver el Capítulo 10). Los antibióticos, por ejemplo, deben ser prescritos solo cuando existe una necesidad basada en la evidencia de reducir el riesgo de cepas resistentes. De la misma forma, las quinolonas y cefalosporinas se consideran antibióticos de segunda línea en la mayoría de las guías de prescripción. En general, deben ser usados solo cuando los antibióticos de primera línea no son efectivos. El volumen total de antibióticos prescritos y de antibióticos de segunda línea como proporción del volumen total, se han validado como indicadores de calidad en contextos de cuidados primarios.

La Figura 6.4 muestra el volumen total de antibióticos prescritos en cuidados primarios en 2015, con los volúmenes de antibióticos de segunda línea incluidos en la cantidad total. Los volúmenes totales varían más de tres veces entre países, con los más bajos en los Países Bajos, Estonia y Suecia; y con volúmenes mucho mayores que el promedio de la OCDE en Grecia y Francia. Los volúmenes de antibióticos de segunda línea varían casi 16 veces entre países. Los países Escandinavos y los Países Bajos reportan los volúmenes más bajos, mientras que los más altos se encuentran en Corea, Italia y Turquía. Es probable que la variación se explique, en cuanto a la oferta, por las diferencias en la regulación, guías e incentivos que rigen a quienes prescriben en cuidados primarios; y en cuanto a la demanda, por diferencias culturales en actitudes y expectativas en cuanto a la historia natural y tratamientos óptimos de enfermedades infecciosas. Se ha dado un cierto crecimiento en el volumen total de antibióticos entre 2010 y 2015. El crecimiento más pronunciado se observó en Irlanda y Polonia, y la disminución más marcada en Suecia e Islandia.

El consumo de antibióticos es consistentemente más alto entre niños y población joven, y adultos mayores. Los volúmenes de antibióticos recetados a los niños entre cero y nueve años de edad varía 15 veces entre países, pero solo cinco veces tratándose de jóvenes entre 10 y 19 años de edad (Figura 6.5). Los datos de consumo subdivididos por grupo de edad permiten la identificación de grupos específicos a quienes se prescriben altas proporciones de ciertos antibióticos, y aportan información detallada para campañas o intervenciones dirigidas a un uso más prudente de antibióticos en estos grupos de población.

Las benzodiazepinas se prescriben con frecuencia a adultos de mayor edad por desórdenes de ansiedad y sueño, a pesar del riesgo de efectos secundarios adversos como fatiga, mareo y confusión. El uso de largo plazo de benzodiazepinas puede conducir a eventos adversos (caídas, accidentes de tránsito y sobredosis), tolerancia, dependencia y escalamiento de dosis. Además del periodo de uso, existe preocupación sobre el tipo de benzodiazepina prescrito, y no se recomienda el uso de los tipos de acción prolongada para adultos de mayor edad, porque el organismo tarda más en eliminarlas. Las Figuras 6.6 y 6.7 indican que en promedio en la OCDE, alrededor de

25 de cada 1000 adultos son usuarios crónicos de benzodiazepina (>365 dosis diaria definida en un año), y 64 de cada 1000 han recibido al menos una prescripción de benzodiazepina de acción prolongada o medicamentos relacionados en un año. Esta gran variación puede explicarse por las diferentes políticas de prescripción y reembolso de benzodiazepinas, así como por las diferencias en la prevalencia de enfermedades y guías terapéuticas.

Definición y comparabilidad

La dosis diaria definida (DDD), es la dosis diaria promedio de mantenimiento de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Se asignan DDDs a cada principio activo en una clase terapéutica por un consenso internacional de expertos. Por ejemplo, la DDD para aspirina oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria de mantenimiento para tratar dolor en adultos. Las DDDs no necesariamente reflejan la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Para mayor detalle consultar <http://www.whocc.no/atcddd>

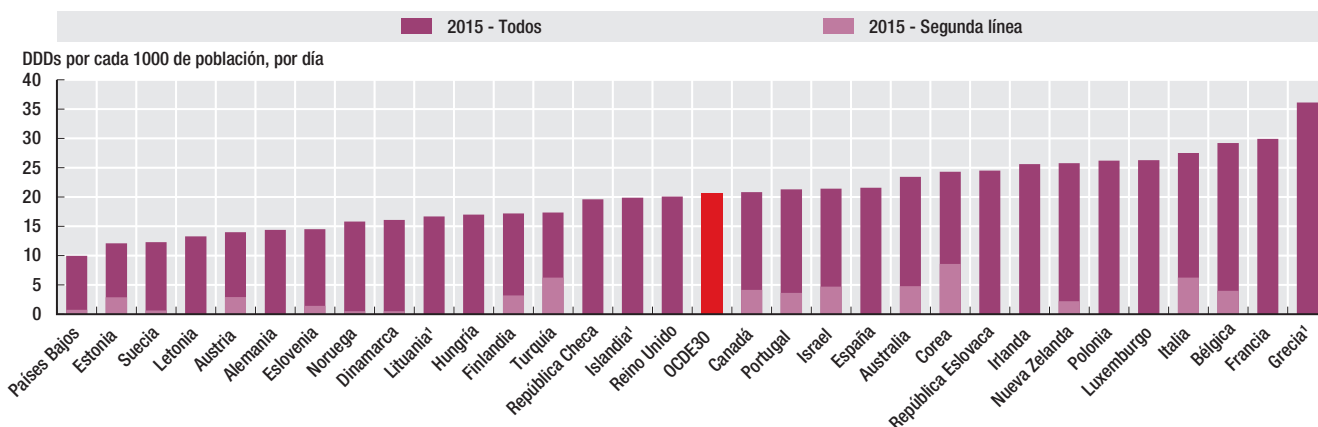
La información para España, Estonia, el Reino Unido, Portugal y Suecia incluye datos de médicos de atención primaria únicamente. La información de Canadá, Irlanda, Eslovenia y Nueva Zelanda incluye solo lo que se surte en farmacias comunitarias. Los datos para Finlandia, Italia y Corea incluyen pacientes en servicios ambulatorios únicamente. Para Bélgica, Dinamarca y los Países Bajos se consideran pacientes en servicios ambulatorios y casas de reposo. La información para Turquía incluye atención primaria, casas de reposo y residencias de ancianos. La de Australia incluye prescripciones surtidas en farmacias comunitarias, farmacias de hospitales y de pacientes en cuidados ambulatorios, así como admisiones de un día. Los resultados para Canadá solo incluyen datos para las provincias de British Columbia, Manitoba y Saskatchewan.

Los denominadores comprenden la población de la base de datos nacional de prescripción, y no la población general.

Referencias

- Cecchini, M. (2016), "Tackling Antimicrobial Resistance", en OECD Insights blog, junio, véase <http://oe.cd/1JI>
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2015), "Antimicrobial Resistance in G7 Countries", *OECD Policy Brief*, octubre, véase www.oecd.org/els/health-systems/Antimicrobial-Resistance-in-G7-Countries-and-Beyond-Policy-Brief.pdf.

6.4. Volumen total de antibióticos prescritos, 2015 (o año más cercano)

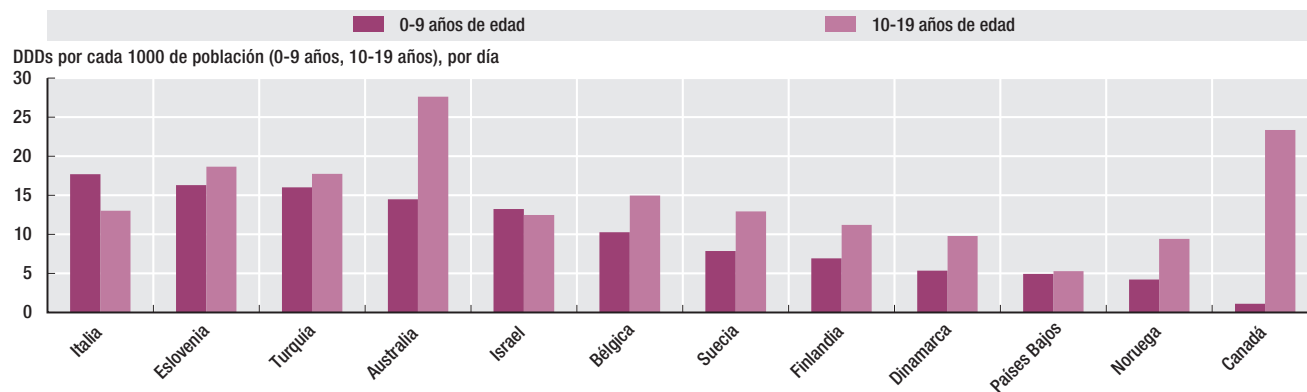


1. Los datos se refieren a todos los sectores (no solo atención primaria).

Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control, y OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603412>

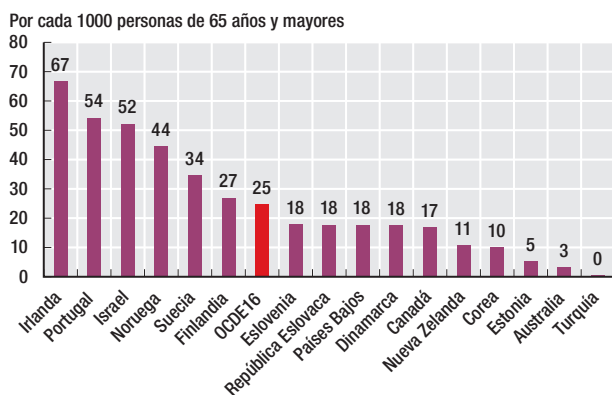
6.5. Volumen de antibióticos prescritos a gente joven, 2015 (o año más cercano)



Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control, y OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603431>

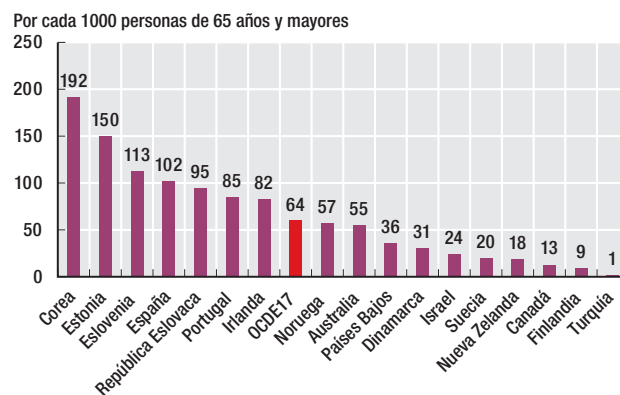
6.6. Uso crónico de benzodiazepina: número de pacientes por cada 1000, de 65 años y mayores que tienen prescripciones de benzodiazepinas por más de 365 días, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603450>

6.7. Uso de benzodiazepina de acción prolongada: número de pacientes por cada 1000, de 65 años y mayores que tienen al menos una prescripción de benzodiazepina de acción prolongada, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603469>

Admisiones hospitalarias evitables

La mayoría de los sistemas de salud han desarrollado un 'nivel primario' de atención, cuyas funciones incluyen la promoción de la salud y prevención de enfermedades, gestionando nuevos problemas de salud, condiciones de largo plazo, y refiriendo a los pacientes a servicios hospitalarios cuando es apropiado. Un objetivo clave es mantener bien a la población, proporcionando un punto de atención consistente en el largo plazo, adaptando y coordinando el cuidado para quienes tienen necesidades múltiples de atención, y apoyando a los pacientes con autoeducación y autogestión.

El asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés), son tres condiciones de largo plazo muy prevalentes. Tanto el asma como la EPOC limitan la habilidad de respirar: los síntomas del asma son normalmente intermitentes y reversibles con tratamiento, mientras que la EPOC es una enfermedad progresiva que afecta casi exclusivamente a fumadores y exfumadores. El asma puede afectar hasta 334 millones de personas en el mundo (Global Asthma Network, 2014). Cerca de 3 millones de personas murieron de EPOC en 2015, lo que equivale a 5% del total de muertes globales en ese año (WHO, 2016). La CHF es una condición médica seria, en la que el corazón es incapaz de bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita. La CHF es causada con frecuencia por hipertensión, diabetes o cardiopatía coronaria. Se estima que la falla cardíaca afecta a más de 26 millones de personas en el mundo, y tiene como resultado más de 1 millón de hospitalizaciones anualmente tanto en los Estados Unidos como en Europa (Ponikowski et al., 2014).

El hecho de que la base de evidencia para tratamiento efectivo está bien establecida, es común a las tres condiciones, y mucho del tratamiento puede suministrarse a nivel de atención primaria. Un sistema de atención primaria de alto rendimiento, con servicios accesibles y de alta calidad, puede reducir el deterioro agudo en la gente que vive con asma, EPOC o CHF, y reducir las admisiones hospitalarias innecesarias.

La Figura 6.8 muestra los índices de admisión hospitalaria para asma y EPOC, dada la relación fisiológica que existe entre ambas. Los índices de admisión por asma varían 15 veces entre países, con los más bajos en Italia, México y Colombia; y los más elevados en Letonia, Turquía y Corea, de más del doble del promedio de la OCDE. La variación internacional de admisiones por EPOC es de 25 veces entre los países de la OCDE, con las tasas más bajas en Japón e Italia, y las más altas en Hungría e Irlanda. En combinación para ambas enfermedades respiratorias, hay una variación de menos de siete veces entre países.

Las tasas de admisiones hospitalarias por CHF tienen una variación de 12 veces, como se muestra en la Figura 6.9, con las más bajas en Colombia, Costa Rica y México, mientras que Hungría, Polonia y Lituania reportan tasas de alrededor del doble del promedio de la OCDE.

La Figura 6.10 revela que en Austria, Israel e Irlanda se ha logrado una reducción de las tasas de admisión por CHF en años recientes, mientras que las de Bélgica han permanecido relativamente estables y las de España se han incrementado. Mientras que las mejoras observadas pueden representar avances en la calidad de la atención primaria para estos países, las recientes revisiones de la OCDE indican que la inversión en atención primaria puede no estar ocurriendo suficientemente rápido (OECD, 2017b), lo que resulta potencialmente en un desperdicio de recursos para el cuidado de la salud (OECD, 2017a).

Definición y comparabilidad

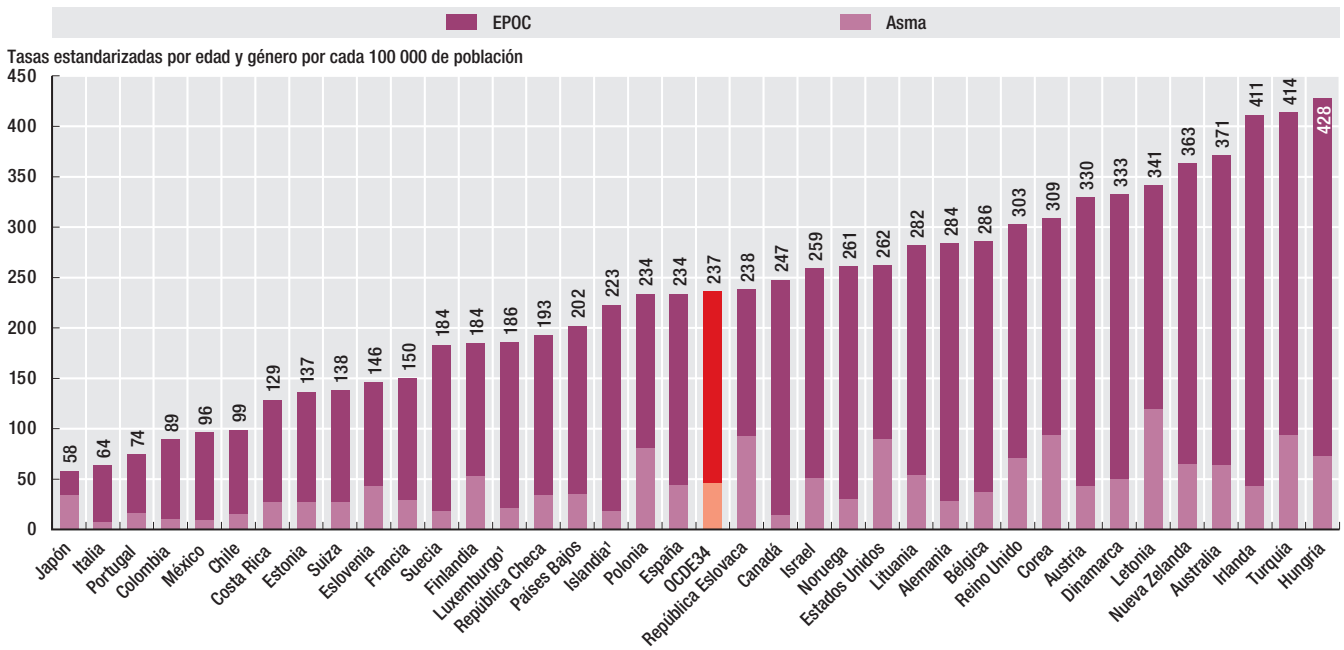
Los indicadores se definen como el número de admisiones hospitalarias con un diagnóstico primario de asma, EPOC o CHF entre personas de 15 años o mayores por cada 100 000 de población. Las tasas están estandarizadas por edad y género a la población de la OCDE de 2010 de 15 años de edad y mayores. Se excluyen del cálculo las admisiones resultantes de una transferencia de otro hospital en las que el paciente muere durante la admisión, debido a que no se consideran evitables.

La prevalencia de enfermedades y disponibilidad de atención hospitalaria explican algunas de las variaciones de tasas entre países (no todas). Las diferencias en prácticas de codificación entre países también afectan la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, la exclusión de "transferencias" puede no ser estrictamente observada por algunos países. Las diferencias en cobertura de datos del sector hospitalario nacional entre países también pueden influenciar los índices de los indicadores.

Referencias

- Global Asthma Network (2014), *The Global Asthma Report 2014*, Auckland, Nueva Zelanda, disponible en: http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf.
- OECD (2017a), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2017b), *Caring for Quality in Health, Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality* Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>.
- Ponikowski, P. et al (2014), "Heart Failure: Preventing Disease and Death Worldwide", *ESC Heart Failure*, núm. 1, pp. 4-25, <http://dx.doi.org/10.1002/ehf2.12005>.
- WHO (2016), "Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)", noviembre 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>.

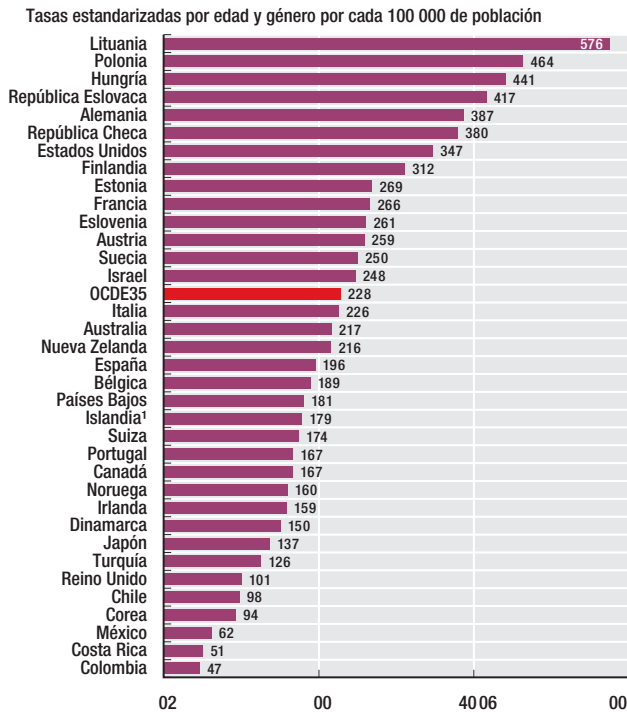
6.8. Admisión hospitalaria de adultos por asma y EPOC, 2015 (o año más cercano)



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603488>

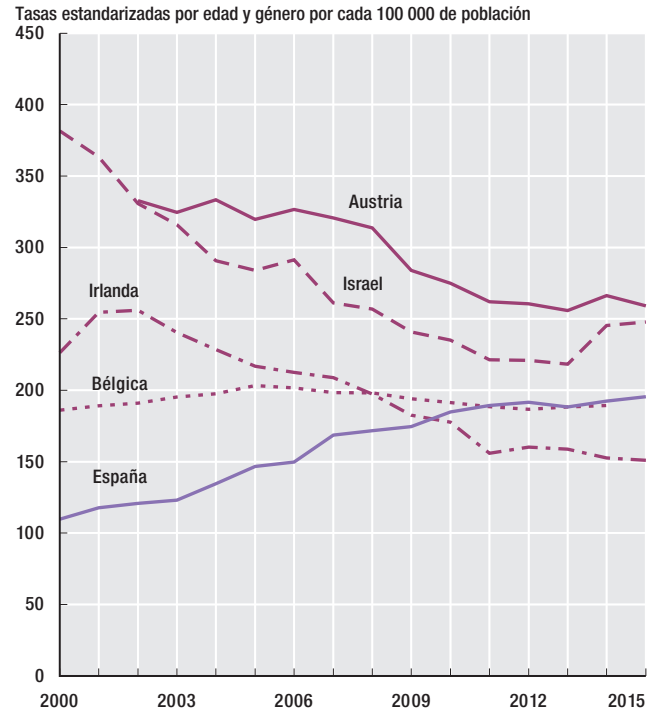
6.9. Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva (CHF), 2015 (o año más cercano)



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603507>

6.10. Tendencias en admisión hospitalaria de adultos por CHF en una selección de países



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603526>

Cuidado de diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando disminuye la habilidad del cuerpo para regular los niveles excesivos de glucosa en la sangre. Es una causa primordial de enfermedades cardiovasculares, ceguera, falla renal, y amputación de extremidades inferiores. Se estima que globalmente más de 400 millones de adultos tuvieron diabetes en 2015, y se proyecta que para 2040, esta cifra aumentará a más de 640 millones de adultos. La diabetes causó 5 millones de muertes en 2015 (IDF, 2015).

El manejo continuo de la diabetes normalmente involucra una cantidad considerable de autocuidados y por lo tanto, la asesoría y educación son vitales para los cuidados primarios de pacientes diabéticos. El control efectivo de niveles de glucosa en la sangre por medio de monitoreo rutinario, la modificación de la dieta y el ejercicio regular pueden reducir la aparición de complicaciones serias y la necesidad de hospitalización. El manejo de otros factores de riesgo como el tabaquismo, la presión arterial y los niveles de lípidos también son importantes en la reducción de complicaciones de la diabetes.

La mayoría de las guías terapéuticas nacionales recomiendan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE-I, por sus siglas en inglés) o bloqueadores de receptores de angiotensina (ARB, por sus siglas en inglés) como medicamentos de primera línea para reducir la presión sanguínea de pacientes diabéticos con hipertensión. La Figura 6.12 muestra que existe una amplia consistencia en la proporción de pacientes diabéticos que consumen medicamentos antihipertensivos, y solo Corea, Italia, Finlandia, Bélgica y la República Eslovaca presentan índices inferiores al 80%.

La Figura 6.11 muestra las admisiones hospitalarias evitables por diabetes. Aunque las admisiones han decrecido en muchos países a lo largo del tiempo, todavía es evidente una variación de más de siete veces en los índices entre países. Italia, Islandia y España reportan los más bajos, pero los índices de Austria, Corea y México son al menos el doble del promedio de la OCDE. La prevalencia de diabetes puede explicar parte de la variación de los índices. Se puede demostrar una relación positiva entre las admisiones en general, y las admisiones por diabetes, suponiendo que existen indicativos de que el acceso al cuidado hospitalario también es un factor para explicar la variación entre países (OECD, 2015).

Las admisiones hospitalarias para amputación mayor de extremidades inferiores reflejan la calidad del cuidado de largo plazo de la diabetes. La Figura 6.13 muestra las tasas de amputación en adultos con diabetes. En el lado izquierdo, se presentan las tasas con base en la población general. La variación de las tasas entre países es de más de 14 veces, pues Colombia, Corea, Italia, Finlandia y el Reino Unido reportan tasas inferiores a 3 por cada 100 000 habitantes; y Austria, Israel y México reportan tasas superiores a 14. En el panel de la derecha, se presentan las tasas con base en el estimado de población diabética, las cuales son nueve veces más altas que para la población general, y presentan diferencias en la clasificación de los países, lo cual indica que las diferencias en la prevalencia de la enfermedad entre países puede explicar en parte la variación entre ellos. En los países de la OCDE, las tasas de

amputación han disminuido significativamente desde 2000 (Carinci et al., 2016).

Definición y comparabilidad

Las personas con diabetes con prescripciones de medicamentos antihipertensivos como primera opción, se definen como el número de personas que tienen una o más prescripciones de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ACE-I, por sus siglas en inglés) o bloqueador de receptores de angiotensina (ARB, por sus siglas en inglés), entre quienes son usuarios de largo plazo de medicamentos reguladores de la glucosa (pacientes diabéticos) que también tienen una o más prescripciones al año de una variedad de medicamentos usados con frecuencia para tratar la hipertensión.

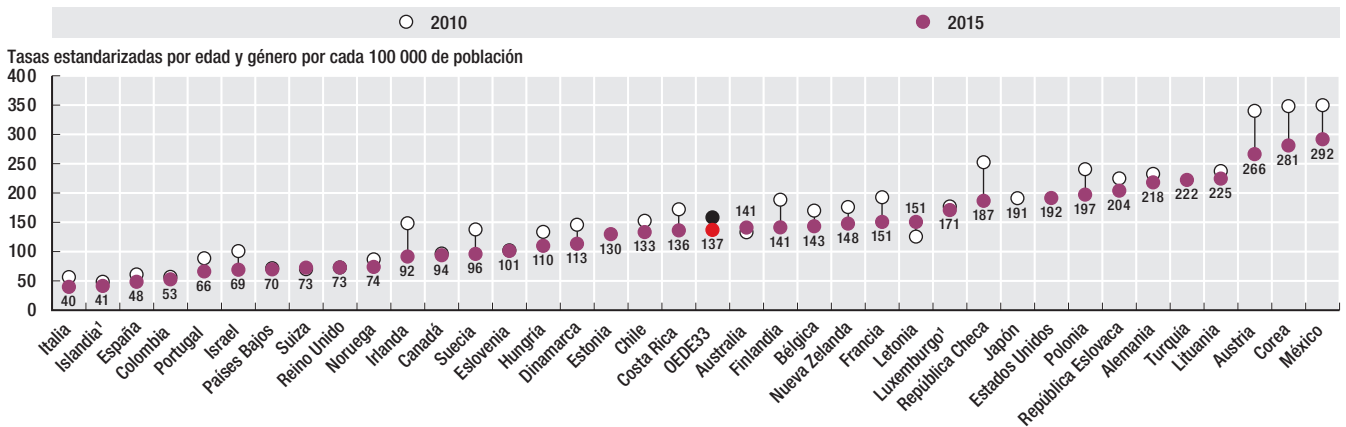
Las admisiones evitables por diabetes se basan en la suma de tres indicadores: admisiones por complicaciones de corto plazo y de largo plazo, y por diabetes no controlada sin complicaciones. El indicador se define como el número de admisiones hospitalarias con un diagnóstico primario de diabetes entre personas de 15 años y mayores por cada 100 000 de población. La amputación mayor de extremidades inferiores entre adultos con diabetes se define como el número de altas de personas de 15 años y mayores por cada 100 000 de población, para la población general y estimados de población con diabetes. Las tasas para estos indicadores están estandarizadas por edad para la población de la OCDE de 2010.

Las diferencias en definición de datos y prácticas de codificación entre países pueden afectar la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, la codificación de la diabetes como diagnóstico principal versus diagnóstico secundario, varía entre países. Este fenómeno es más pronunciado para diabetes que para otras condiciones, dado que en muchos casos las admisiones son por complicaciones de la diabetes, y no por la diabetes en sí. Los estimados de población con diabetes usados para calcular los indicadores de amputación fueron reportados por los países. Las diferencias en cobertura de datos del sector hospitalario nacional entre países, también pueden influenciar las tasas del indicador.

Referencias

- Carinci, F. et al. (2016), "Lower Extremity Amputation Rates in People with Diabetes as an Indicator of Health Systems Performance. A Critical Appraisal of the Data Collection 2000-2011 by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)", *Acta Diabetologica*, vol. 53, pp. 825-832.
- IDF - International Diabetes Federation (2015), *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition 2015*, www.diabetesatlas.org.
- OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

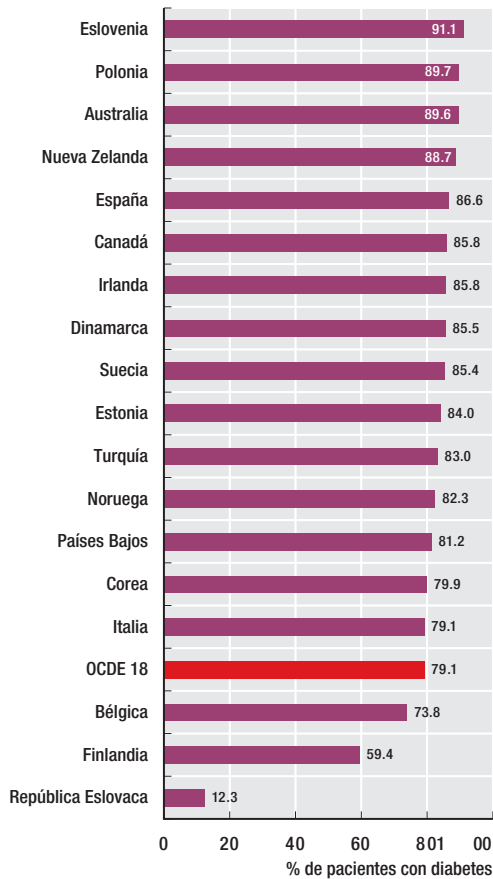
6.11. Admisión hospitalaria de adultos por diabetes, 2010 y 2015 (o año más cercano)



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603545>

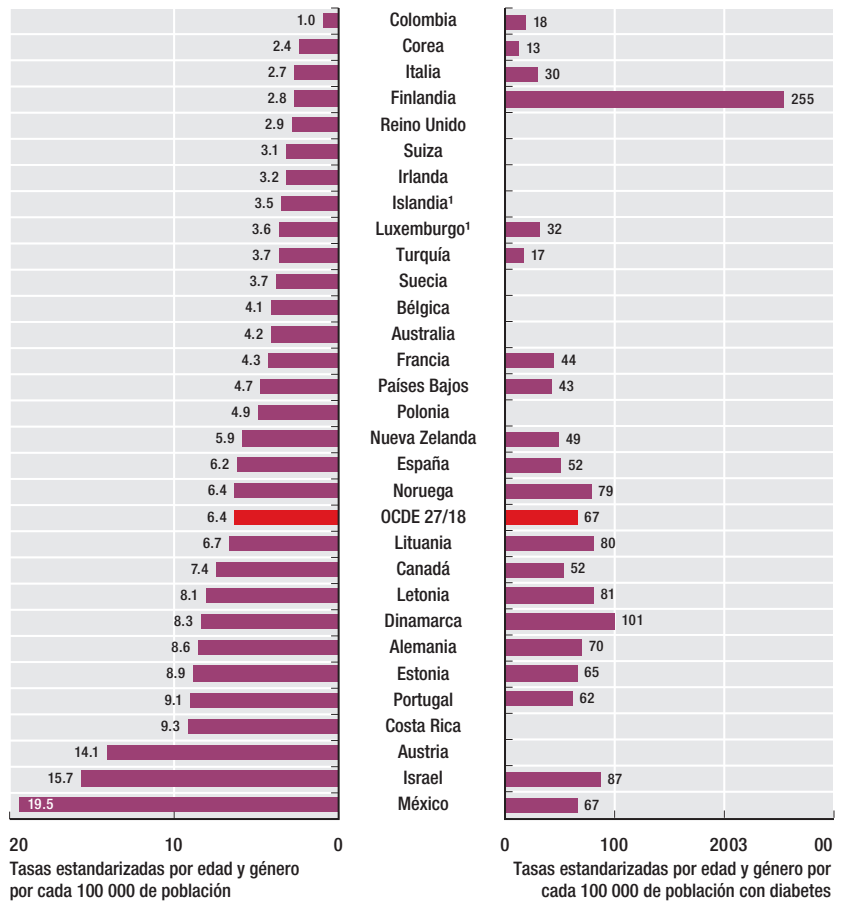
6.12. Personas con diabetes con una prescripción de medicamento antihipertensivo recomendado en el último año, 2015 (o año más cercano)



Nota: Los datos para Canadá solo incluyen las provincias de British Columbia, Manitoba y Saskatchewan.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603564>

6.13. Amputación mayor de extremidades inferiores en adultos con diabetes, 2015 (o año más cercano)



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603583>

Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico

Se estima que alrededor del mundo, 26 millones de personas han tenido un accidente cerebrovascular, con más de 10 millones de personas que tienen accidente vascular por primera vez cada año. El accidente cerebrovascular es globalmente la segunda causa de muerte más importante, detrás de las enfermedades cardíacas, y causó un poco menos del 12% del total de muertes en el mundo en 2013 (American Heart Association, 2017). El accidente vascular es también la segunda causa de discapacidad. Ocurre un accidente cerebrovascular cuando se interrumpe el flujo de sangre a alguna parte del cerebro, ocasionando necrosis (es decir, muerte celular) de la parte afectada.

De los dos tipos de accidente vascular que existen, alrededor del 85% son isquémicos (causados por un coágulo), y el 15% son hemorrágicos (causados por sangrado). El tratamiento del accidente vascular isquémico ha avanzado de manera importante en la última década, y muchos países tienen establecidos sistemas y procedimientos para identificar el accidente vascular lo antes posible y dar terapia aguda de reperfusión.

La Figura 6.14 muestra las tasas de mortalidad en los primeros 30 días de admisión por accidente vascular isquémico, en los que la muerte ocurrió en el mismo hospital que admitió al paciente. La Figura 6.15 muestra las tasas de mortalidad donde las muertes se registran, independientemente de dónde ocurren (después de transferencia a otro hospital o después del alta). Este indicador es más sólido, porque muestra las fatalidades integralmente. Aunque más países reportan la medida en el mismo hospital usando datos no relacionados, un número creciente de países están invirtiendo en su infraestructura de información y usando datos relacionados para contar con mediciones más amplias.

En los países de la OCDE en 2015, 8.2% de los pacientes murieron en los primeros 30 días en el mismo hospital donde ocurrió la admisión inicial por accidente vascular isquémico (Figura 6.14). Las tasas de mortalidad más altas se presentaron en Letonia (18.3%) y México (19.2%). Fueron inferiores al 4% en Costa Rica, Corea y Japón. En Japón se han realizado numerosos esfuerzos para mejorar el tratamiento de pacientes con accidente vascular en hospitales, por medio de monitoreo sistemático de presión arterial, inversiones materiales importantes en hospitales y el establecimiento de unidades de accidente cerebrovascular (OECD, 2015a). Con la excepción de Japón, Corea y Alemania, los países que obtienen mejores resultados para accidente vascular isquémico también tienden a reportar buenos índices de mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés), lo que sugiere que algunos aspectos de cuidados intensivos pueden afectar los resultados para pacientes con accidente vascular y AMI.

En los 22 países que reportaron tasas de mortalidad dentro y fuera del hospital, 11.6% de los pacientes murieron dentro de los primeros 30 días después de la admisión por accidente vascular (Figura 6.15). Esta cifra es más alta que el indicador de mortalidad en el mismo hospital, porque cuenta a cada paciente solo una vez y captura datos de muertes que ocurren no solo en el mismo hospital, sino

también en otros hospitales y fuera de ellos.

Entre 2010 y 2015, las tasas de mortalidad por accidente vascular isquémico decrecieron sustancialmente, aunque en Costa Rica y Letonia se han incrementado en este periodo en más de 1 punto porcentual (Figuras 6.14 y 6.15). En la OCDE, la mortalidad bajó de 9.2% a 8.2% cuando se consideran las tasas en el mismo hospital; y de 12.4% a 11.6% cuando se consideran tasas dentro y fuera del hospital. La Figura 6.16 presenta la evolución de índices de accidente vascular para una selección de países en este periodo, donde se aprecia que el Reino Unido logró una reducción anual promedio de la tasa de más de 5% en comparación con el promedio de la OCDE de 0.8%. El acceso a cuidado de alta calidad, incluyendo el traslado oportuno de los pacientes, intervenciones médicas basadas en la evidencia, e instalaciones especializadas de alta calidad, como las unidades de accidente vascular, han ayudado a reducir la tasa de mortalidad de 30 días (OECD, 2015b).

A pesar del avance visto hasta ahora, aún es posible mejorar la implantación de las mejores prácticas de cuidados intensivos para enfermedades cardiovasculares, incluyendo el accidente vascular, en todos los países. Para acortar el tiempo de cuidados intensivos, las estrategias dirigidas pueden ser muy efectivas. Los avances en la tecnología están conduciendo a modelos de atención para ofrecer terapia de reperfusión de manera más veloz y eficiente, ya sea el triaje prehospitalario vía telefónica, la administración vía telemedicina, o la administración de la terapia en la ambulancia (Chang y Prabhakaran, 2017). Sin embargo, se necesitan enfoques más amplios para fomentar el uso de tecnologías avanzadas basadas en la evidencia en cuidados intensivos. Se requiere disponibilidad de financiamiento adecuado y profesionales capacitados, y los sistemas de prestación de servicios de salud deben ser ajustados para facilitar el acceso (OECD, 2015b).

Definición y comparabilidad

Las tasas de mortalidad se definen en el indicador “Mortalidad después de infarto agudo de miocardio” en el Capítulo 6.

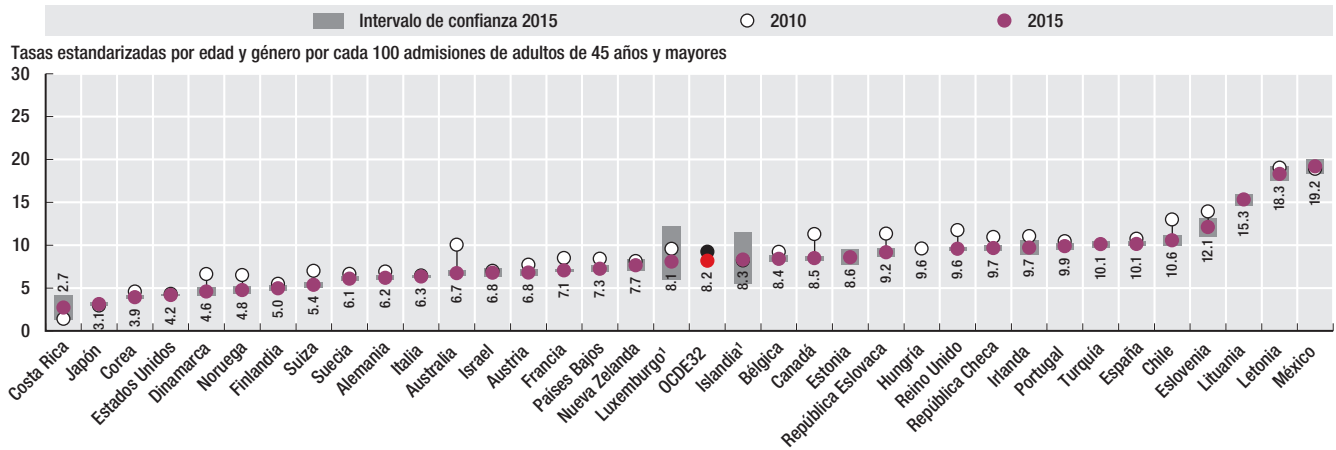
Referencias

- American Heart Association (2017), “Heart Disease and Stroke Statistics 2017 At-a-Glance”, https://www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_491265.pdf, consultado el 1 de septiembre de 2017.
- Chang, P. y S. Prabhakaran (2017), “Recent Advances in the Management of Acute Ischaemic Stroke”, *F1000Research*, 6, F1000 Faculty Rev-484, <http://doi.org/10.12688/f1000research.91911>.
- OECD (2015a), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OECD (2015b), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico

6.14. Mortalidad de 30 días posterior a la admisión hospitalaria por accidente vascular isquémico basada en datos no relacionados, 2010 y 2015 (o años más cercanos)



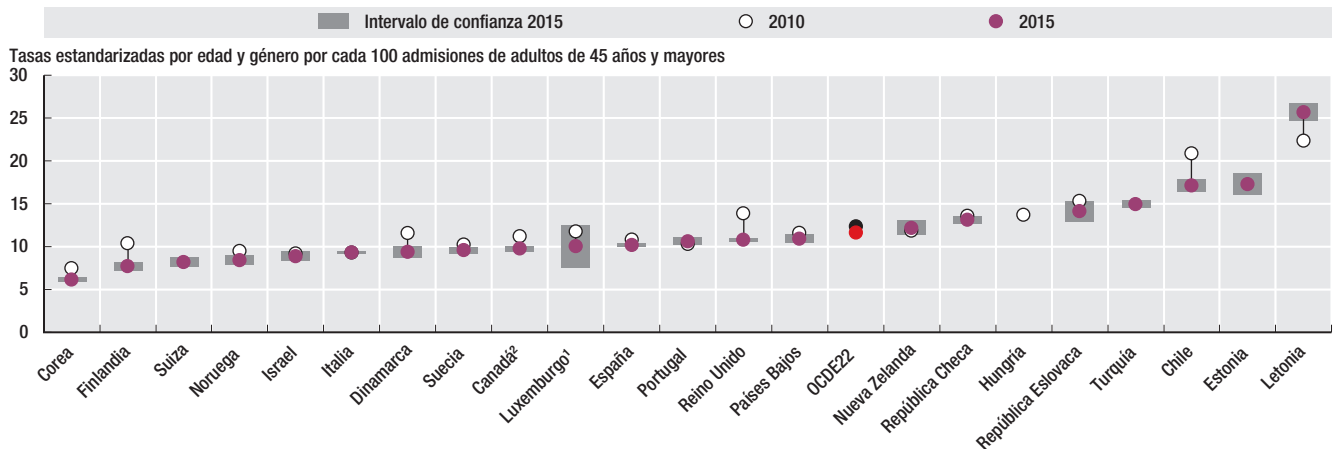
Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

1. Promedio de tres años.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603602>

6.15. Mortalidad de 30 días posterior a la admisión hospitalaria por accidente vascular isquémico basada en datos relacionados, 2010 y 2015 (o años más cercanos)



Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

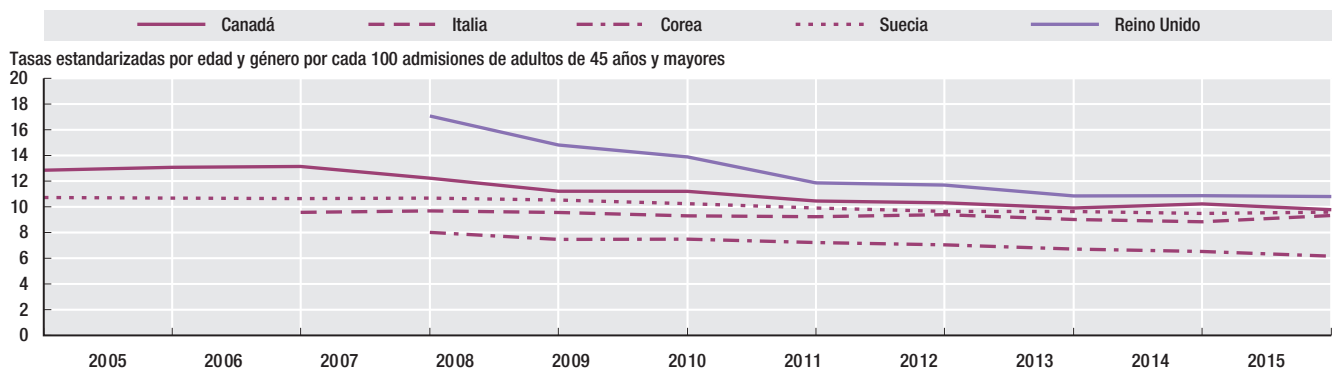
1. Promedio de tres años.

2. Los resultados para Canadá no incluyen muertes fuera de hospitales de cuidados intensivos.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603621>

6.16. Mortalidad de 30 días posterior a la admisión hospitalaria por AMI basada en datos relacionados para una selección de países



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603640>

Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés)

La mortalidad debida a cardiopatía coronaria ha disminuido de manera importante desde los años 70 (ver el indicador “Mortalidad por enfermedades circulatorias” en el Capítulo 3). Los enormes avances tanto en políticas de prevención, como para tabaquismo (ver el indicador “Tabaquismo entre adultos” en el Capítulo 4), como en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, han contribuido a estos decrementos (OECD, 2015a).

La tasa de mortalidad de 30 días por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés), es un buen indicador de la calidad de cuidados intensivos. La medida refleja tanto el proceso de la atención, como el traslado oportuno de los pacientes y la efectividad de las intervenciones médicas, y es influenciada no solo por la calidad de atención prestada en hospitales, sino también las diferencias en transferencias entre hospitales, tiempo promedio de hospitalización y severidad del AMI.

La Figura 6.17 muestra las tasas de fatalidad dentro de los primeros 30 días desde la admisión por AMI, cuando la muerte ocurre en el mismo hospital donde el paciente fue admitido. Las tasas más bajas se encuentran en Australia, Dinamarca y Noruega (todos con 4% o menos). Las más altas se presentan en Letonia, Hungría y México, lo que sugiere que los pacientes con AMI no siempre reciben los cuidados recomendados. En México, la ausencia de un sistema de atención coordinada entre la atención primaria y los hospitales puede haber contribuido a retrasos en reperfusión y bajos índices de angioplastia (Martínez-Sánchez, 2017). Los altos índices de diabetes sin controlar pueden ser también un factor para explicar las altas tasas de mortalidad por AMI (ver el indicador “Cuidado de diabetes” en el Capítulo 6), pues los pacientes con diabetes tienen resultados peores después de un AMI en comparación con quienes no tienen, particularmente si no está controlada adecuadamente. En Japón, es menos probable que la gente muera de enfermedades cardíacas en general, pero tienen más posibilidades de morir una vez admitidos en el hospital por AMI en comparación con muchos otros países de la OCDE. Una posible explicación es que la severidad de la cardiopatía de los pacientes admitidos por AMI puede ser más avanzada entre un grupo menor en la población, pero también puede reflejar diferencias en cuidados de urgencia, diagnóstico y patrones de tratamiento (OECD, 2015b).

La Figura 6.18 muestra las tasas de mortalidad de 30 días donde las muertes son registradas independientemente de dónde ocurren (después de la transferencia a otro hospital, o después del alta). Este es un indicador más sólido pues registra las muertes más ampliamente que el de muertes en el mismo hospital, pero requiere identificación única de pacientes y datos relacionados, que no están disponibles en todos los países. La tasa de mortalidad por AMI varió en 2015 de 7.1% en Canadá a 18% en Letonia.

Las tasas de mortalidad por AMI han decrecido sustancialmente entre 2005 y 2015 (Figuras 6.17 y 6.18). En la OCDE, la mortalidad bajó de 8.5% a 7.5% cuando se consideran muertes en el mismo hospital; y de 11.3% a 9.9% cuando se consideran muertes dentro y fuera del hospital. El índice de decremento fue particularmente importante en Finlandia, los Países Bajos y Dinamarca, cuando se consideran muertes dentro y fuera del hospital, con una reducción anual promedio de más de 4% en comparación

con el promedio de 2.5% de la OCDE.

La Figura 6.19 ilustra la evolución de la disminución de las tasas de mortalidad por AMI, para una selección de países. El mejor acceso a cuidados intensivos de alta calidad para ataque cardíaco, incluyendo el transporte oportuno de pacientes, intervenciones médicas basadas en evidencia e instalaciones de salud especializadas, como centros capaces de proporcionar intervención coronaria percutánea, han contribuido a reducir las tasas de mortalidad de 30 días. (OECD, 2015a). Por ejemplo, Corea tenía tasas más altas de mortalidad por AMI, pero implantó en 2006 un plan integral para enfermedades cardiovasculares (Comprehensive Plan for CVD), que contempla prevención, atención primaria y cuidados cardiovasculares intensivos (OECD, 2012). Con este plan, los servicios mejoraron con la creación de centros regionales de atención cardíaca y cerebrovascular. El tiempo promedio de espera de la llegada a la sala de urgencias, a la iniciación del cateterismo cayó de 72.3 en 2010, a 65.8 minutos en 2011, lo que condujo a una reducción de la mortalidad (OECD, 2015a).

Definición y comparabilidad

El índice de mortalidad mide el porcentaje de gente de 45 años y mayores que mueren dentro de los primeros 30 días posteriores a la hospitalización por alguna condición aguda específica. Las tasas basadas en datos no relacionados se refieren a una situación en la que la muerte ocurre en el mismo hospital donde el paciente fue admitido. Las tasas basadas en datos relacionados se refieren a una situación en la que la muerte ocurre en el mismo hospital, uno diferente, o fuera del hospital. Mientras que el método basado en datos relacionados se considera más sólido, requiere identificación única del paciente para relacionar los datos relevantes, la cual no está disponible en todos los países.

Las tasas están estandarizadas por edad y género para la población de 2010 de la OCDE de 45 años y mayores admitidos en el hospital por una condición aguda específica como AMI (ICD-10 I21, I22) y accidente vascular isquémico (ICD-10 I63-I64).

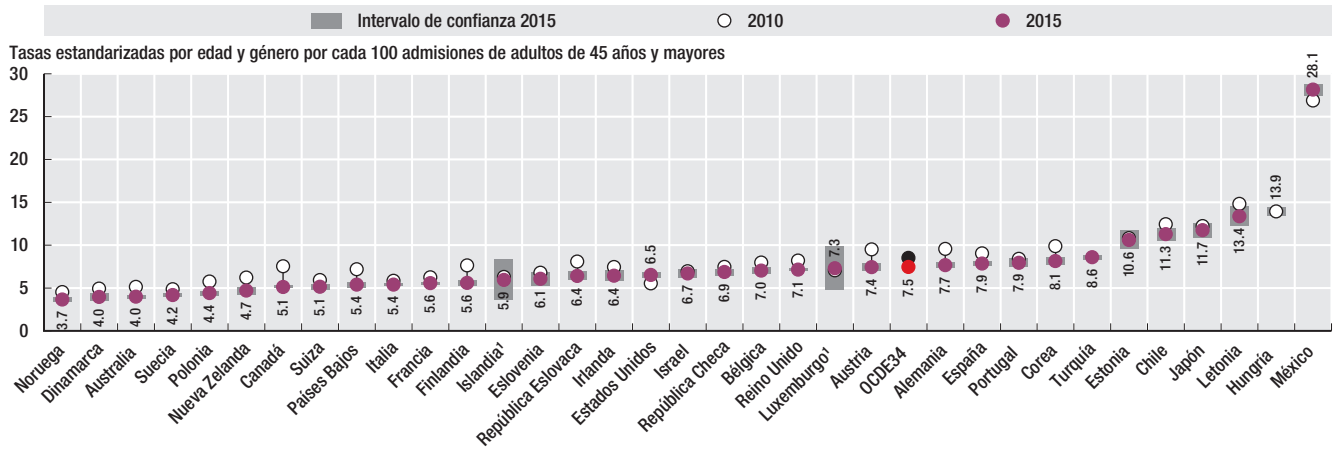
Referencias

- Martínez-Sánchez, C. et al. (2017), “Reperfusion Therapy of Myocardial Infarction in Mexico: A Challenge for Modern Cardiology”, *Archivos de cardiología de México*, vol. 87, núm. 2, pp 144-150, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.12.007>.
- OECD (2015a), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OECD (2015b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OECD (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea 2012: Raising Standards*, OECD Publishing, París, [p://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en](http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en).

6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés)

6.17. Mortalidad de 30 días posterior a la admisión hospitalaria por AMI basada en datos no relacionados, 2010 y 2015 (o años más cercanos)



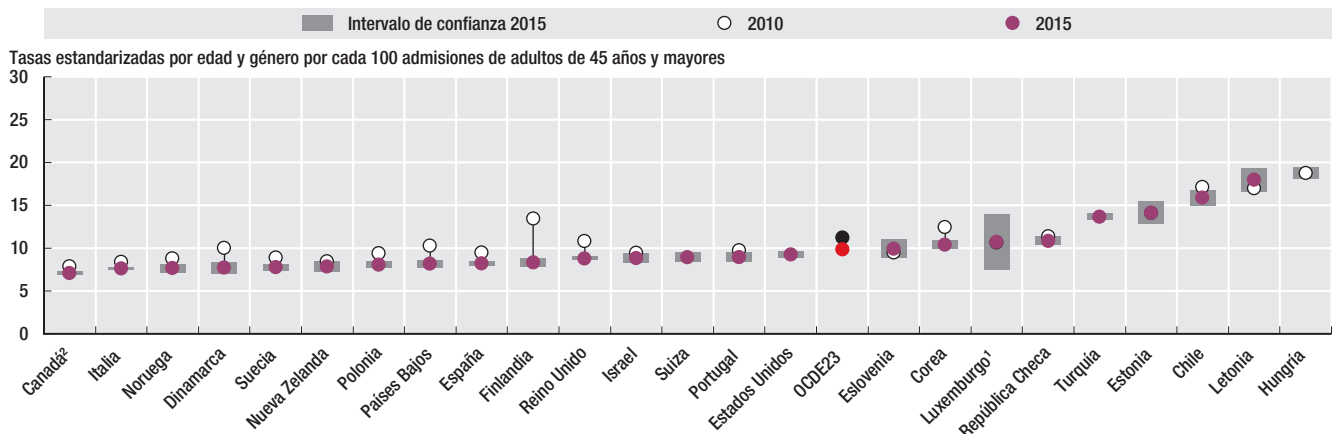
Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

1. Promedio de tres años.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603659>

6.18. Mortalidad de 30 días posterior a la admisión hospitalaria por AMI basada en datos relacionados, 2010 y 2015 (o años más cercanos)



Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

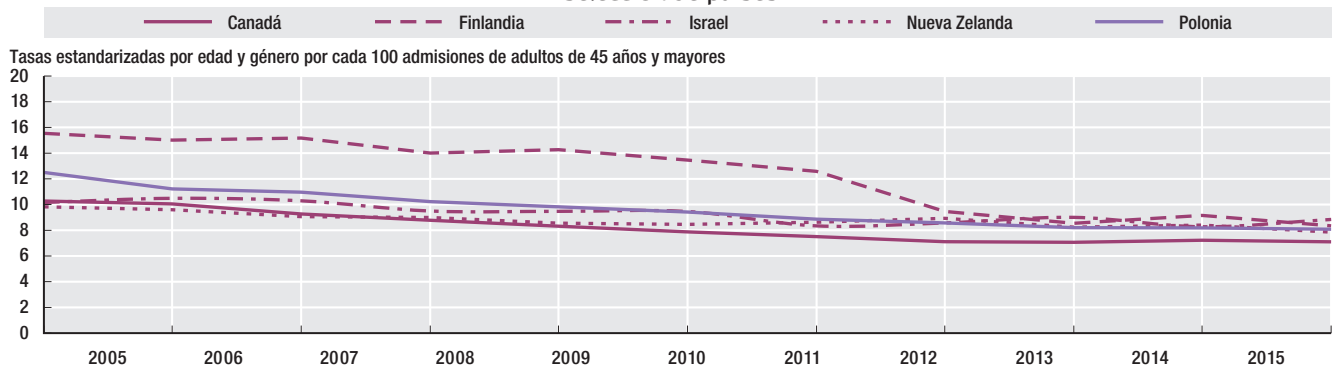
1. Promedio de tres años.

2. Los resultados para Canadá no incluyen muertes fuera de hospitales de cuidados intensivos.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603678>

6.19. Mortalidad de 30 días posterior a la admisión hospitalaria por AMI basada en datos relacionados para una selección de países



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603697>

Tasas de mortalidad en hospitales

Las variaciones en las tasas de mortalidad en 30 días por AMI a nivel nacional están influenciadas por el nivel de variación entre hospitales. La mayoría de los países de la OCDE han establecido mediciones nacionales de desempeño de hospitales, y programas de reportes públicos para monitorear los esfuerzos de mejorar el costo, la calidad y el acceso a servicios hospitalarios.

La Figura 6.20 muestra las tasas de mortalidad de 30 días por AMI (cuando la muerte ocurre en el mismo hospital en que el paciente fue admitido). Las tasas se presentan según el número de casos para cada hospital e identifica en dónde las tasas son más altas o más bajas de lo esperado. Aunque las tasas de casi todos los hospitales están dentro de lo esperado, todos los países, excepto Noruega, tienen al menos un hospital con datos atípicos.

El número total de hospitales y el número de admisiones por AMI varía entre países (Tabla 6.1). Los países con un gran número de hospitales tienen más probabilidades de tener datos atípicos que los que tienen pocos hospitales. La Figura 6.21 presenta las diferencias en dispersión de tasas de mortalidad de 30 días por AMI entre hospitales en cada país. El rango intercuartil de tasas en un país varía marcadamente. Por ejemplo, la diferencia entre las tasas altas y bajas para Israel es de 1.8 muertes por cada 100 admisiones, y de 4.9 muertes por cada 100 admisiones para Letonia (basado en datos no relacionados). Si se usan datos relacionados, los resultados son ligeramente diferentes, con Suecia, no Israel, con la variación nacional menor.

Hay muchos factores que contribuyen a la variación de resultados de la atención, incluyendo la estructura hospitalaria, el proceso de atención y la cultura organizacional. Se observa una variación significativa en el seguimiento de guías recomendadas para cuidados cardíacos entre países y dentro de los mismos (OECD, 2015, p.174). En Suecia, es probable que el programa nacional integral de mejora de calidad haya contribuido a reducir la variación en atención a pacientes con AMI. El programa incluye reportes públicos, rápida difusión de la tecnología, uso de prácticas basadas en la evidencia y un sistema de evaluación y reporte de calidad y resultados (Chung et al., 2015, p. 7).

Definición y comparabilidad

El índice de mortalidad mide el porcentaje de personas de 45 años y mayores que mueren dentro de los primeros 30 días posteriores a la hospitalización por alguna condición aguda específica. Las tasas basadas en datos no relacionados se refieren a una situación en la que la muerte ocurre en el mismo hospital donde el paciente fue admitido. Las tasas basadas en datos relacionados incluyen todas las muertes, independientemente de dónde ocurren. Mientras que el método basado en datos relacionados se considera más sólido, requiere identificación única del paciente para relacionar los

datos relevantes, que no está disponible en todos los países.

La metodología usada para calcular las tasas de mortalidad hospitalaria presentada aquí, difiere de la empleada en el indicador "Mortalidad por infarto agudo de miocardio" y es probable que sea diferente de los métodos usados por los países participantes para fines de monitoreo y reporte nacional. Las opciones metodológicas clave incluyen unidad de medida, tipo de hospital, variables de ajuste del riesgo del paciente, selección de población de referencia, y métodos de estandarización de datos.

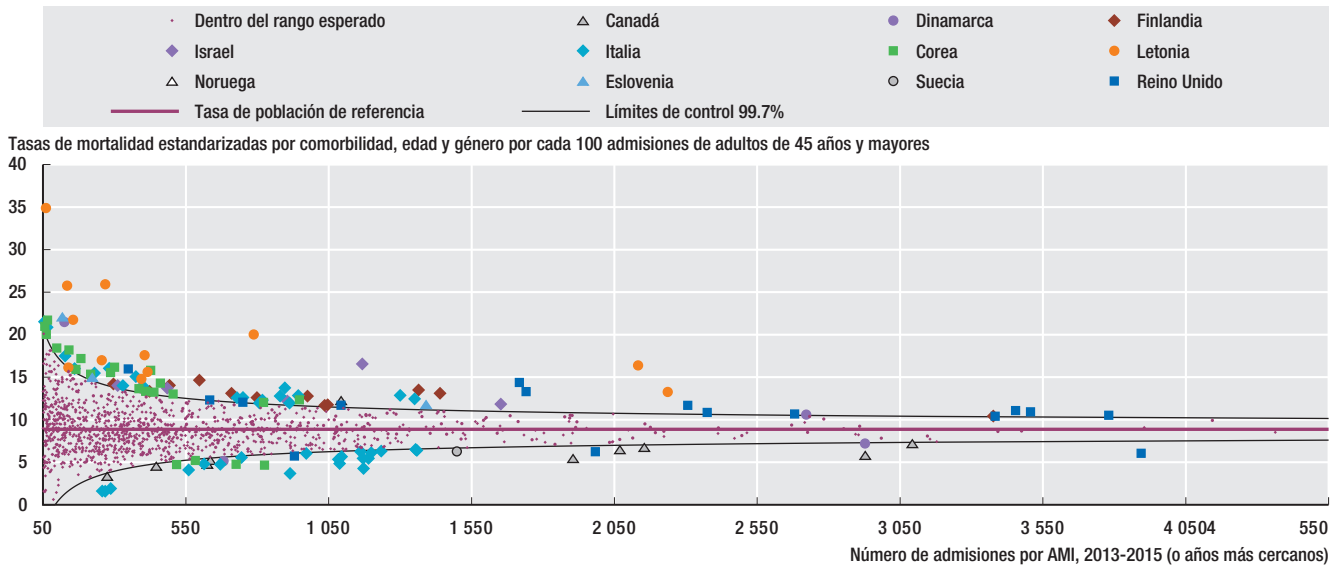
Los diferentes métodos de análisis pueden dar como resultado diferencias importantes en las tasas y las clasificaciones de organizaciones y países, y hacer problemática la comparación directa de tasas. El método analítico específico empleado aquí es una de las diferentes opciones válidas consideradas durante el desarrollo del trabajo de la OCDE. Para más detalles sobre la metodología usada para calcular estos indicadores, consultar Brownwood et al. (próxima publicación).

La Figura 6.20 es un gráfico en embudo que refleja que la precisión de las tasas del indicador se incrementa a medida que aumenta el número de casos. Las tasas dentro de los límites de control de 99.7% no se consideran diferentes de lo que se esperaba, pero las que están fuera de este límite se consideran más altas o más bajas de lo esperado. La tasa de población de referencia se calculó de datos agrupados de una selección de países, y se usó para calcular las tasas estandarizadas. La Figura 6.21 representa gráficamente la dispersión relativa de las tasas, pero no indica la relevancia estadística de las variaciones en las mismas. Los países se ordenan en nivel ascendente de dispersión, como lo mide el rango intercuartil de tasas (entre el percentil 25 y el percentil 75). Los hospitales con menos de 50 admisiones por AMI fueron excluidos de ambas figuras para mejorar la confiabilidad de los datos.

Referencias

- Brownwood, I. et al. (próxima publicación), "OECD Hospital Performance Project: Methodological Development of International Measurement of Acute Myocardial Infarction 30-Day Mortality Rates at the Hospital Level", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, París.
- Chung, S.C. et al. (2015), "Comparison of Hospital Variation in Acute Myocardial Infarction Care and Outcome Between Sweden and United Kingdom: Population Based Cohort Study Using Nationwide Clinical Registries", *British Medical Journal*, vol. 351, <http://doi.org/10.1136/bmj.h3913>
- OECD (2015a), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

6.20. Mortalidad de 30 días posterior a la admisión hospitalaria por AMI basada en datos relacionados, 2013-2015 (o años más cercanos)



Nota: Cada punto en la gráfica representa un hospital, a menos que se indique otra cosa. Los resultados para Canadá no incluyen muertes fuera de hospitales de cuidados intensivos. Los datos del Reino Unido se limitan a Inglaterra y se presentan a nivel de organizaciones (es decir, múltiples hospitales).

Fuente: OECD Hospital Performance Data Collection 2017.

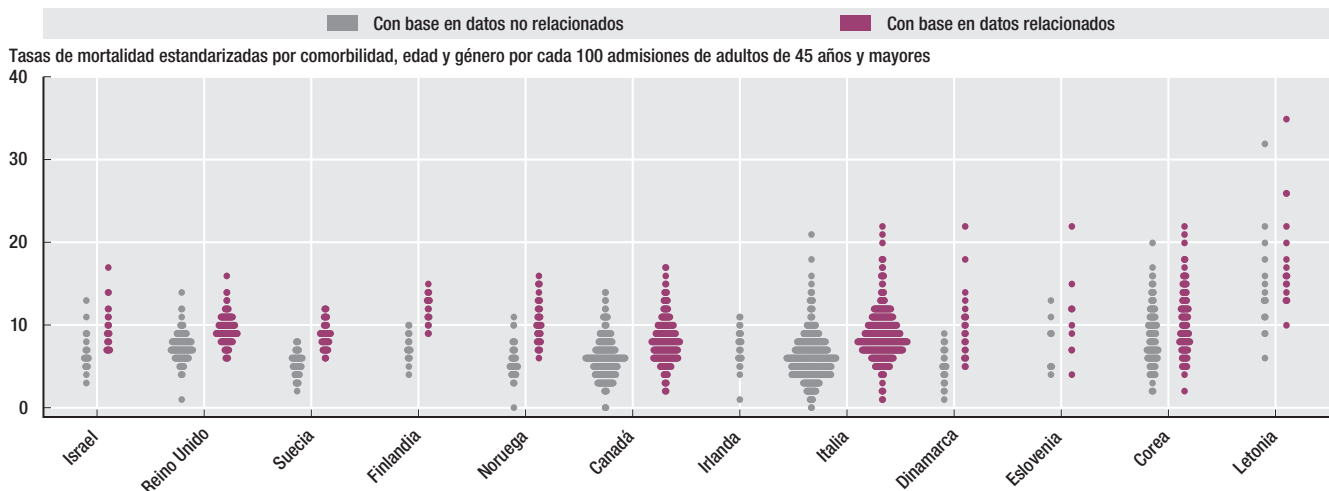
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603716>

Tabla 6.1. Número de hospitales por admisiones por AMI basado en datos no relacionados, 2013-2015 (o años más cercanos)

Admisiones por AMI	ITA	KOR	LVA	NORSVNSWEGBR
> 300	336	67	6	35
50-300	160	83	11	17
< 50	328	155	5	2

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606262>

6.21. Mortalidad de 30 días posterior a la admisión hospitalaria por AMI basada en datos relacionados y no relacionados, 2013-2015 (o años más cercanos)



Nota: El ancho de cada línea en la figura representa el número de hospitales (frecuencia) con la tasa correspondiente. Los datos para Canadá no se relacionan con estadísticas de mortalidad. Los datos del Reino Unido se limitan a Inglaterra y se presentan a nivel de organizaciones (es decir, múltiples hospitales). Se ordena por rango intercuartil con base en datos de admisión. Las tasas basadas en datos relacionados también se estandarizan para AMI previos.

Fuente: OECD Hospital Performance Data Collection 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603735>

Tiempos de espera para cirugía por fractura de cadera

Los principales factores de riesgo para fractura de cadera están asociados con el envejecimiento, incluyendo un mayor riesgo de caída y pérdida de densidad ósea por osteoporosis. Con una mayor esperanza de vida en la mayoría de los países de la OCDE, se anticipa que la fractura de cadera será un asunto de salud significativo en los próximos años.

En la mayoría de los casos de fractura de cadera, se requiere cirugía para reparar o reemplazar la articulación de la cadera. Existe un consenso general de que la intervención temprana maximiza los resultados y minimiza el riesgo de complicaciones. El acuerdo general es que la cirugía debe tener lugar dentro de los primeros dos días (48 horas) de hospitalización. Las guías en algunos países marcan incluso tiempos menores. Por ejemplo, las guías clínicas del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomiendan que se practique la cirugía por fractura de cadera el mismo día de la admisión o al siguiente (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

El tiempo desde la admisión en el hospital hasta el inicio de la cirugía, se considera ampliamente como un importante indicador de proceso de la calidad de los cuidados intensivos recibidos por los pacientes con fractura de cadera. En los países de la OCDE en 2015, un promedio de 80% de los pacientes admitidos por fractura de cadera se sometieron a cirugía dentro de los primeros dos días (Figura 6.22). En Noruega, Dinamarca y los Países Bajos, la proporción fue superior al 95%. Entre los países con la proporción más baja de pacientes operados dentro de dos días desde la admisión están Italia (53.2%), España (48.4%), Portugal (46.5%), Letonia (46%) y Costa Rica (24.9%).

En la OCDE, muchos pacientes fueron tratados antes de dos días después de la admisión, con aproximadamente 25% tratados en el mismo día, y dos tercios hacia el final del segundo día. Las tasas de cirugía en el mismo día fueron superiores al 40% en los Países Bajos, y de 80% al final del segundo día en Dinamarca.

La Figura 6.23 muestra la proporción de reemplazos de cadera por fractura dentro de los dos primeros días después de la admisión en países de la OCDE entre 2005 y 2015. El promedio de la OCDE se incrementó de 72% a 81% en ese periodo. La mejora más importante se observó en Suiza, donde la proporción se incrementó de 46% a 91%; e Italia, donde se incrementó de 28% en 2007 a 53% en 2015. Las autoridades en Italia implantaron una política de reportes públicos comparativos de indicadores de hospitales, incluyendo el tiempo hasta la cirugía por fractura de cadera, lo que explica al menos en parte el avance observado en ese país. En Canadá, el porcentaje de pacientes operados dentro del referente de dos días se incrementó a lo largo del tiempo, pero hay una variación considerable en el indicador entre provincias y hospitales (CIHI, 2015). Solo Portugal reportó un decremento en el reemplazo de cadera dentro de los primeros dos días desde la admisión, de 57% en 2008 a 47% en 2015.

El tiempo que transcurre hasta la cirugía por fractura de cadera es influenciado por muchos factores, incluyendo la capacidad de quirófanos del hospital, el flujo y acceso a intervenciones de políticas selectivas, incluyendo reportes públicos y monitoreo del desempeño (Siciliani et al., 2013). Se pueden lograr avances en la oportunidad de la cirugía para los pacientes con un diagnóstico particular o lesión (p. ej. fractura de cadera) a expensas de otras cirugías (p. ej. reemplazos de cadera o rodilla).

Definición y comparabilidad

Este indicador se define como la proporción de pacientes de 65 años de edad y mayores, admitidos en el hospital en un año específico, con un diagnóstico de fractura superior de fémur que se sometieron a cirugía dentro de los dos primeros días calendario desde su admisión. También se presentan datos de la proporción de pacientes que tuvieron cirugía durante el primer día de admisión, y aquellos que la tuvieron el mismo día de la admisión. Algunos países proporcionaron resultados para cirugías dentro de dos días calendario únicamente.

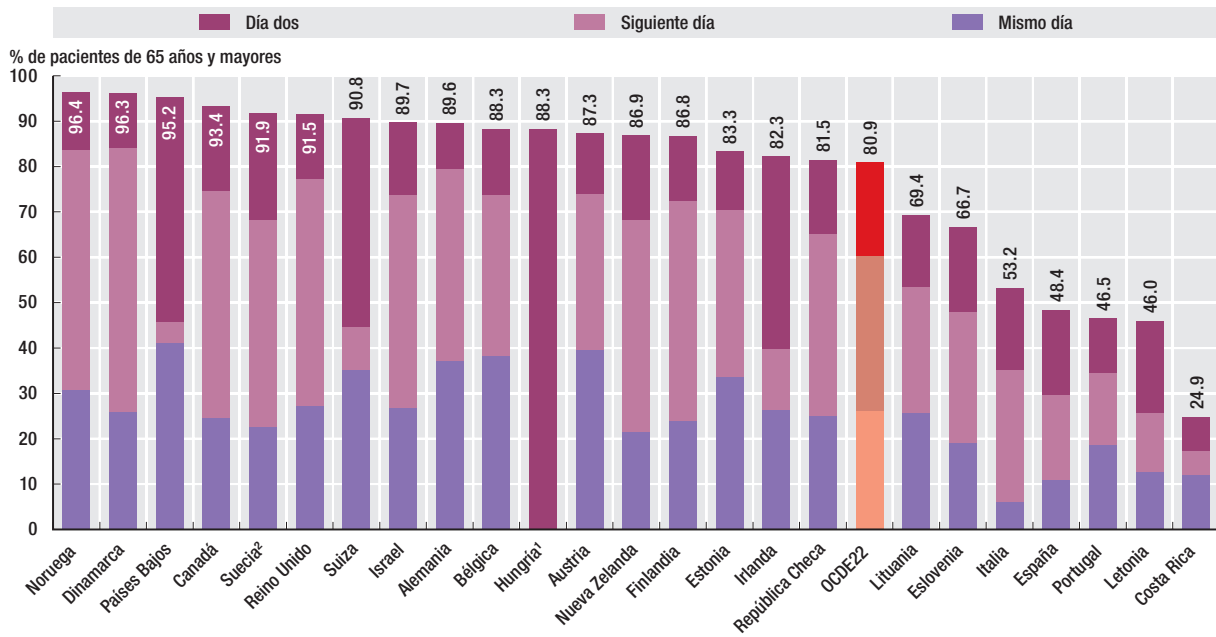
La capacidad de capturar información administrativa de los tiempos de admisión y cirugía en los hospitales, varía entre países, lo que resulta en la imposibilidad de registrar las cirugías dentro de las primeras 48 horas de manera precisa. Aunque los más recientes datos de investigación y desarrollo indican que la medición de días en lugar de horas hasta la cirugía genera incrementos marginales, el impacto en el desempeño relativo entre países puede ser notable, dada la similitud en las tasas de muchos países.

Aunque los casos en que la fractura de cadera ocurrió durante la admisión deben ser excluidos, no todos los países tienen una marca de 'ocurrido durante la admisión' en sus datos para permitirles identificar estos casos en forma precisa.

Referencias

- Canadian Institute for Health Information (2015), "Your Health System: In Depth", [herramienta web], consultada el 1 de septiembre de 2017.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014), "Hip Fracture: The Management of Hip Fracture in Adults", *NICE Clinical Guideline No. 124*, emitida en junio 2011, última modificación marzo 2014.
- Siciliani, L., M. Borowitz y V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.

6.22. Inicio de la cirugía por fractura de cadera después de la admisión, 2015 (o año más cercano)



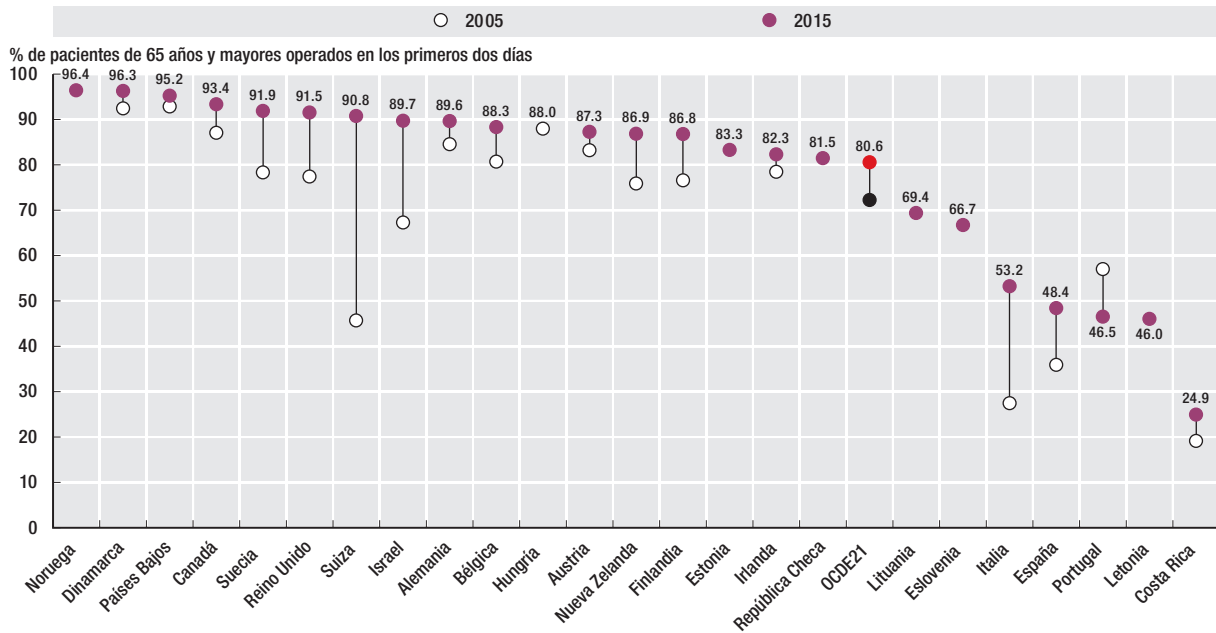
1. Hungría solo proporcionó datos para cirugías dentro de dos días calendario.

2. Suecia proporcionó datos dentro de 12, 24 y 48 horas.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603754>

6.23. Inicio de la cirugía por fractura de cadera después de la admisión, 2005 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603773>

Complicaciones quirúrgicas

La seguridad de los pacientes sigue siendo uno de los temas más prominentes en política sanitaria y el debate público. La evidencia sugiere que más del 15% del gasto y actividad en hospitales en los países de la OCDE puede atribuirse al tratamiento de fallas de seguridad, muchas de las cuales son prevenibles (OECD, 2017a; OECD, 2017b). En los Estados Unidos, se estima que se han ahorrado 28 000 millones de dólares entre 2010 y 2015 gracias al trabajo sistemático en mejorar la seguridad de los pacientes (AHRQ, 2016).

Una sólida comparación del desempeño con pares es fundamental para asegurar que hay mejora. Para este propósito, se pueden distinguir dos tipos de eventos de seguridad del paciente: aquellos que nunca deberían ocurrir, llamados 'eventos centinela' o 'eventos nunca', como no remover cuerpos quirúrgicos extraños del paciente al finalizar una intervención; y 'eventos adversos', como sepsis postoperatoria, que no puede ser evitada en todos los casos dada la naturaleza altamente riesgosa de algunos procedimientos, aunque un aumento en la incidencia a nivel agregado puede indicar un problema sistémico.

La Figura 6.24 ilustra un evento nunca, índices de ocurrencia de dejar cuerpos quirúrgicos extraños en un procedimiento. Los factores más comunes de riesgo para este evento nunca son urgencias, cambios no planeados en el procedimiento, pacientes obesos y cambios en el equipo de cirugía; y las medidas preventivas incluyen el conteo de instrumentos, exploración metódica de heridas y comunicación efectiva entre los miembros del equipo de cirugía.

La Figura 6.25 muestra las proporciones de dos eventos adversos relacionados, embolia pulmonar (PE, por sus siglas en inglés), o trombosis venosa profunda (DVT, por sus siglas en inglés) después de cirugía de reemplazo de rodilla o cadera. Ambos son procedimientos causan dolor innecesario y en algunos casos la muerte, y pueden ser prevenidos con anticoagulantes y otras medidas antes, durante y después de la cirugía. Se observan grandes variaciones en las tasas, de casi 20 veces para DVT. Las variaciones en las tasas de DVT pueden estar influenciadas por diferencias en las prácticas de diagnóstico en diferentes países, aunque existe evidencia de que la detección de rutina con ultrasonido puede incrementar significativamente la detección de DVT (Kodadek, 2016).

La Figura 6.26 muestra los índices para otro evento adverso, sepsis después de cirugías en el abdomen. Igualmente, la sepsis postoperatoria, que puede conducir a fallas orgánicas y la muerte, puede ser prevenida en muchos casos con la administración de antibióticos profilácticos, técnicas quirúrgicas estériles y cuidado post-operatorio apropiado.

El panel de la izquierda de las Figuras 6.24, 6.25 y 6.26, muestra la tasa de tres complicaciones post-operatorias respectivas con base en "admisión quirúrgica", la admisión en el hospital donde la cirugía tuvo lugar. El panel de la derecha de estos gráficos muestra las tasas con base no solo en la admisión quirúrgica, sino en todas las readmisiones subsecuentes en los primeros 30 días, ya sea en el mismo hospital o en otro.

Se requiere cautela al interpretar el grado en el que estos indicadores reflejan con certeza las diferencias entre

países en seguridad del paciente, y no las diferencias en la forma en que los países reportan, codifican y calculan las tasas de eventos adversos (ver el recuadro "Definición y comparabilidad").

Definición y comparabilidad

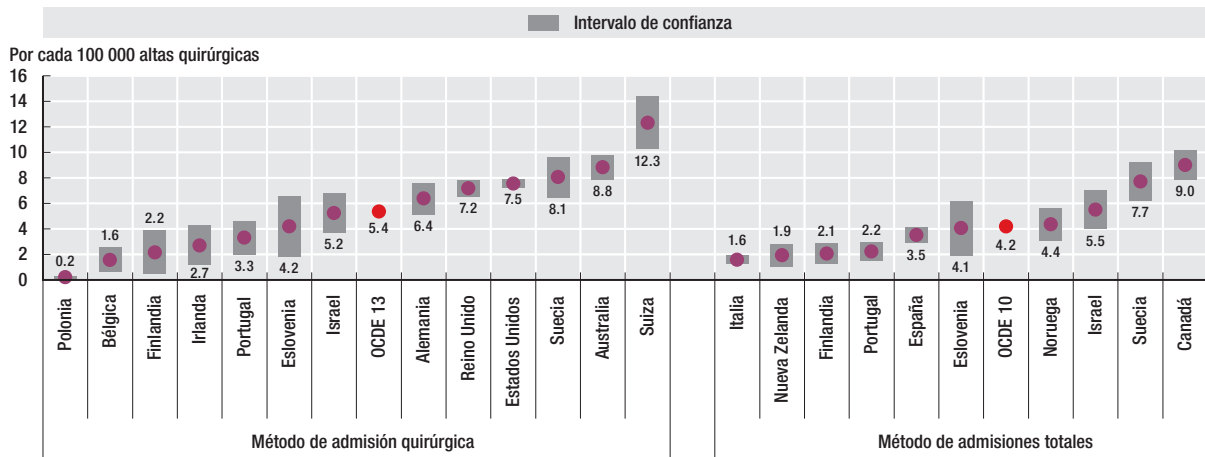
Se presentan dos métodos para calcular complicaciones quirúrgicas. El método basado en admisión quirúrgica, utiliza datos no relacionados para calcular el número de altas con códigos ICD para complicaciones en cualquier área secundaria de diagnóstico, dividido entre el número total de altas de pacientes de 15 años de edad y mayores. El método basado en el total de admisiones utiliza datos relacionados para considerar más allá de la admisión quirúrgica e incluir todas las admisiones subsecuentes relacionadas, en los primeros 30 días a cualquier hospital. Aunque este último método se considera más sólido, y resulta menos afectado por variaciones en el tiempo de hospitalización y prácticas de transferencia, requiere una identificación única de pacientes y datos relacionados que no están disponibles en todos los países. Y aunque el método basado en admisiones refuerza la identificación de complicaciones válidas, el impacto en las tasas del indicador no es claro, dado que se considera solo una admisión por paciente, aunque se identifiquen múltiples admisiones que calificarían.

Un reto fundamental en la comparación entre países de los indicadores de seguridad del paciente, está en las diferencias de los datos subyacentes. Las diferencias entre países en el registro de diagnósticos y procedimientos, y definición de admisiones hospitalarias, pueden afectar el cálculo de los índices. En algunos casos, las tasas más altas de eventos adversos pueden señalar sistemas de monitoreo de seguridad del paciente más desarrollados, y una cultura más establecida de seguridad del paciente, y no peor cuidado. Es necesario desarrollar mayor consistencia en la forma de reportar la seguridad de los pacientes entre países, y se pueden tener importantes avances en la captura de datos en programas nacionales de seguridad del paciente.

Referencias

- AHRQ (2016), "National Scorecard on Rates of Hospital-Acquired Conditions 2010 to 2015: Interim Data From National Efforts to Make Health Care Safer", Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patientsafety/pfp/2015-nationalscorecard-hac-rates.pdf>, consultado el 26 de enero de 2017.
- Kodadek, L.M. y E.R. Haut (2016), "Screening and Diagnosis of VTE: The More You Look, The More You Find?", *Current Trauma Reports*, vol. 2, núm. 1, pp. 29-34.
- OECD (2017a), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2017b), *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at a National Level* Publishing, OECD, Paris, disponible en <http://www.oecd.org/els/health-systems/The->

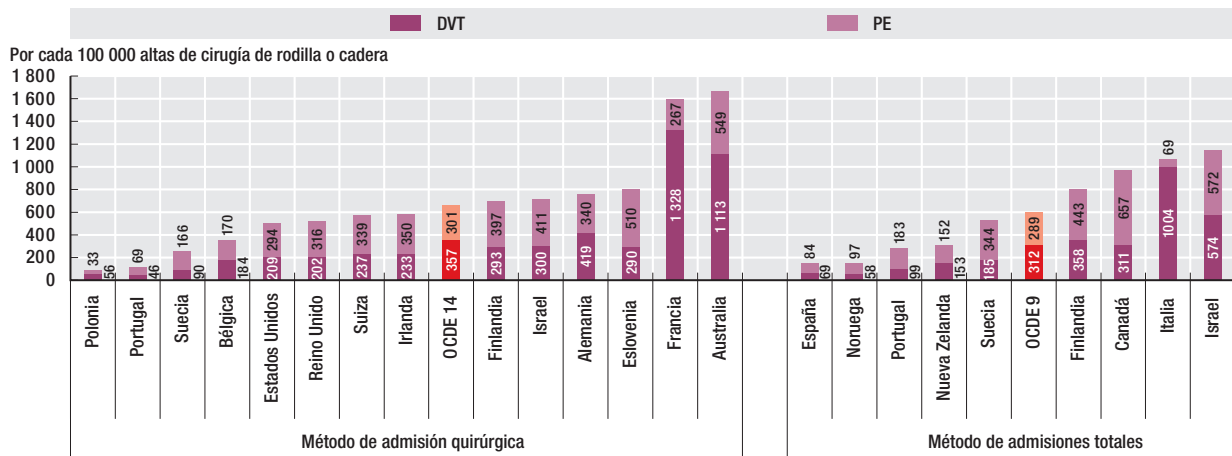
6.24. Cuerpo extraño dejado durante la cirugía, 2015 (o año más cercano)



Nota: Dado la muy baja incidencia de eventos, se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603792>

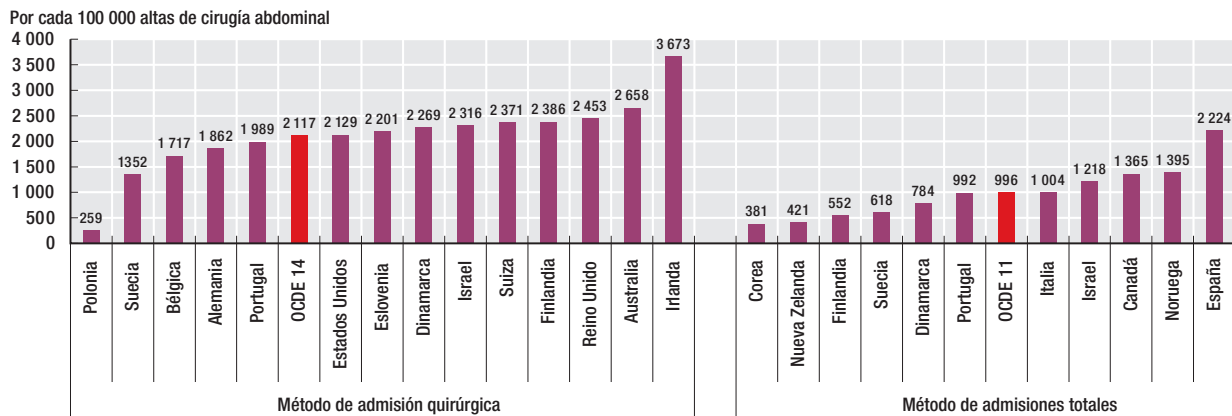
6.25. Embolia pulmonar (PE) o trombosis venosa profunda (DVT) postoperatorias en cirugía de reemplazo de rodilla o cadera, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603811>

6.26. Sepsis postoperatoria después de cirugías abdominal, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603830>

Trauma obstétrico

La seguridad de la paciente durante el alumbramiento puede ser evaluada observando el desgarre del perineo potencialmente evitable durante el parto natural (Harvey, 2015). Los desgarres que se extienden a los músculos perineales y pared intestinal requieren cirugía, y tienen más probabilidades de ocurrir en el caso del primer parto natural, bebés con peso alto, inducción del parto, posición occipito-posterior del recién nacido, segunda etapa del trabajo de parto prolongada y alumbramiento con instrumental. Las posibles complicaciones incluyen dolor perineal continuo e incontinencia. No es posible prevenir este tipo de desgarres en todos los casos, pero se pueden reducir con una adecuada gestión del alumbramiento y cuidados obstétricos de alta calidad. Por lo tanto, la proporción de alumbramientos que involucran laceraciones de alto grado es un indicador útil de la calidad del cuidado obstétrico.

Los indicadores de trauma obstétrico se consideran relativamente confiables y comparables entre países, particularmente dado que son menos sensibles a variaciones en prácticas de codificación entre países. Sin embargo, hay diferencias en la consistencia con que las unidades obstétricas reportan estas complicaciones, lo que puede dificultar la comparabilidad internacional. El temor a litigios, por ejemplo, puede causar registro insuficiente, y en cambio, los sistemas que dependen de equipos administrativos especialmente capacitados para identificar y codificar eventos adversos de los historiales médicos de los pacientes, pueden generar datos más confiables.

Las tasas de trauma obstétrico pueden ser influenciadas por la tasa general de cesáreas en un país, partos naturales asistidos y episiotomías, de modo que siguen siendo un tema bajo investigación. Por ejemplo, la episiotomía es una incisión quirúrgica del perineo realizada para ensanchar la abertura vaginal para el alumbramiento. Existen actualmente variaciones muy importantes en el uso de episiotomías en partos naturales en Europa, de alrededor del 70% de los partos en Portugal y Polonia, a menos del 10% en Suecia, Dinamarca e Islandia (Euro-Peristat, 2013). El uso selectivo de episiotomía para disminuir las laceraciones perineales severas durante el alumbramiento, sigue siendo un tema controversial.

La Figura 6.27 muestra las tasas de trauma obstétrico con instrumental, y la Figura 6.28 las tasas de trauma obstétrico después del parto natural sin instrumental. El trauma obstétrico con instrumental se refiere a los alumbramientos con fórceps o extracción con ventosa. Como el riesgo de laceración perineal se incrementa significativamente cuando se usa instrumental para asistir el parto, las tasas para esta población de pacientes se reportan de forma separada.

Es evidente una alta variación en trauma obstétrico entre países. Las tasas de trauma obstétrico con instrumental reportadas, varían de menos de 2% en Israel, Italia y Polonia, a más de 10% en Dinamarca, Suecia y Canadá. Las tasas de trauma obstétrico después del parto natural sin instrumental varían de menos de 0.5 por cada 100 partos en Polonia e Israel, a más de 2.5 por cada 100 partos en Dinamarca, el Reino Unido y Canadá.

Aunque la tasa promedio de trauma obstétrico con instrumental (5.7 por cada 100 partos naturales asistidos

con instrumental) en los países de la OCDE en 2015 fue casi cuatro veces mayor a la tasa sin instrumental (1.5 por cada 100 partos naturales asistidos sin instrumental) existe una importante relación entre ambos indicadores, con Italia, Israel y Polonia presentando las más bajas; y Canadá, Dinamarca y Nueva Zelanda reportando las más altas tasas para ambos indicadores.

No hay una tendencia evidente en las tasas de trauma obstétrico en el periodo 2010-2015, y el promedio de la OCDE permanece relativamente estático para partos naturales con y sin instrumental. Mientras que las tasas para ambos indicadores muestran avances notables en Dinamarca y Noruega en este periodo, las tasas para algunos países, como Eslovenia y España, parecen haberse deteriorado.

Definición y comparabilidad

Los dos indicadores de trauma obstétrico se definen como la proporción de partos naturales asistidos y no asistidos, con códigos de trauma obstétrico de tercer y cuarto grado (ICD-10 O70.2, O70.3) en cualquier diagnóstico y campo de procedimiento.

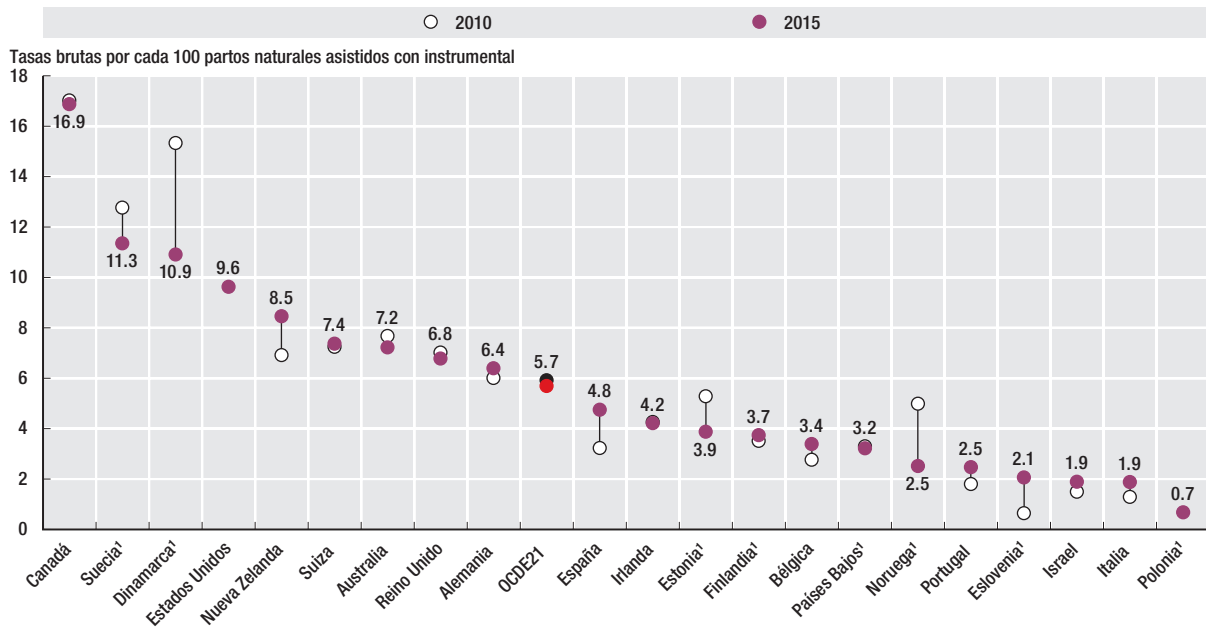
Hay diferencias entre países en la forma de reportar los datos, que pueden influenciar los cálculos de los indicadores de seguridad de los pacientes obstétricos, principalmente en las prácticas de codificación y las fuentes de información. Algunos países reportan las tasas de trauma obstétrico con base en datos administrativos de los hospitales, y otros con base en registros obstétricos. Existe alguna evidencia de que los registros producen datos de más alta calidad, y mayor número de eventos de trauma obstétrico, en comparación con los datos administrativos (Baghestan et al., 2007).

Se requiere interpretación cuidadosa de las tasas de trauma obstétrico para partos asistidos con instrumental a lo largo del tiempo, dado que el muy bajo número de casos de trauma en algunos países puede generar variaciones significativas de un año a otro.

Referencias

- Baghestan, E. et al. (2007), "A Validation of the Diagnosis of Obstetric Sphincter Tears in Two Norwegian Databases, the Medical Birth Registry and the Patient Administration System", *Acta Obstetrica et Gynecologica*, vol. 86, pp. 205-209.
- Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, INSERM, París.
- Harvey, M.A. et al. (2015), "Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 37, núm. 12, pp. 1131-1148.

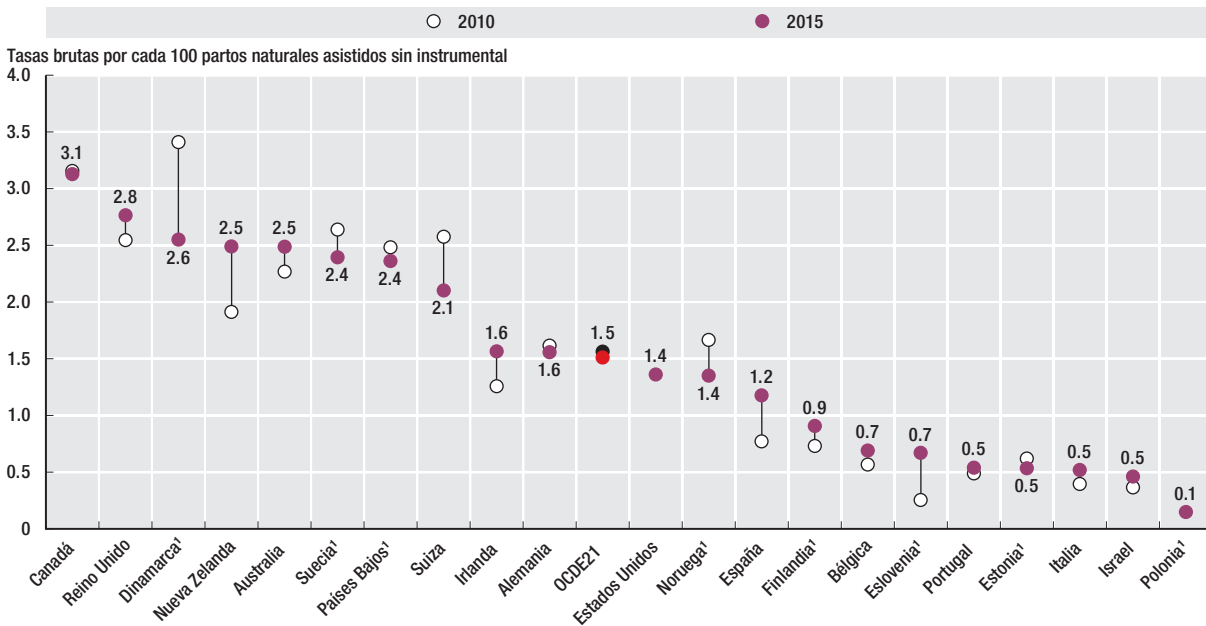
6.27. Trauma obstétrico, parto natural con instrumental, 2010 y 2015 (o año más cercano)



1. Con base en datos de registro.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603849>

6.28. Trauma obstétrico, parto natural sin instrumental, 2010 y 2015 (o año más cercano)



1. Con base en datos de registro.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603868>

Cuidados para personas con desórdenes de salud mental

La carga de las enfermedades mentales es sustancial, y se estima que afecta a una de cada cuatro personas en la OCDE en cualquier momento, y a una de cada dos a lo largo de su vida (ver el indicador "Salud mental" en el Capítulo 3; OECD, 2014a). Los cuidados oportunos de alta calidad, tienen el potencial de mejorar los resultados y contribuir a la reducción de tasas de suicidio y mortalidad excesiva para individuos con desórdenes psiquiátricos.

Es vital contar con cuidados de alta calidad para pacientes internados con desórdenes mentales, y el suicidio en esta circunstancia es un evento 'nunca', que debe ser monitoreado puntualmente como un indicador del grado en que se mantiene a los pacientes protegidos de daños en contextos hospitalarios. La Figura 6.29 muestra las tasas de suicidio de pacientes internados, entre el total de admisiones en hospitales psiquiátricos. La mayoría de los países reportan tasas por debajo de 1 de cada 1000 pacientes, pero Costa Rica, los Países Bajos, Dinamarca e Israel, son excepciones con tasas de más de 1. Los pasos para prevenir el suicidio de pacientes internados incluyen la identificación y remoción de oportunidades de daño autoinfligido, evaluación de riesgo de los pacientes, monitoreo y planes apropiados de tratamiento.

Los índices de suicidio después del alta hospitalaria, pueden indicar la calidad del cuidado en la comunidad, y la coordinación entre los contextos hospitalario y comunitario. El índice de suicidios entre pacientes que habían sido hospitalizados en el año anterior es tan bajo como uno de cada 1000 pacientes en el Reino Unido, pero fué de más de cinco en los Países Bajos y Lituania (Figura 6.30). Dinamarca también presenta altos índices de suicidio, pero esto puede reflejar que los pacientes hospitalizados padecen de desórdenes psiquiátricos más severos que en otros países. Los pacientes con desórdenes psiquiátricos más leves normalmente son tratados en contextos ambulatorios.

Los pacientes con una enfermedad psiquiátrica están en riesgo particularmente inmediatamente después de ser dados de alta del hospital. En la mayoría de los países, más del 25% de los suicidios dentro del primer año después del alta, ocurren en el primer mes, y en Nueva Zelanda y Suecia, esta cifra llega al 50%. Se conoce que en los días de alto riesgo después del alta, el suicidio se puede reducir con una buena planeación y seguimiento de altas, y mejores niveles de atención inmediatamente después del alta (OECD, 2014a).

Los individuos con enfermedades psiquiátricas tienen una tasa de mortalidad más alta que la población en general. Un valor de "exceso de mortalidad" mayor a uno, implica que la gente con desórdenes mentales tiene un riesgo más alto de morir que el resto de la población. Las Figuras 6.31 y 6.32 muestran el exceso de mortalidad por esquizofrenia y desorden bipolar, que es superior a dos en la mayoría de los países. Se requiere de un enfoque multifacético para reducir la tasa de mortalidad de la población con desórdenes mentales, incluyendo mejor prevención de estado de salud frágil en cuidados primarios, mejor integración de cuidado de la salud física y mental, intervenciones de comportamiento, y cambios en

las actitudes profesionales. En vista de los avances en la calidad del cuidado para personas con desórdenes mentales, estos esfuerzos pueden ser evaluados de forma regular. Por ejemplo, Suecia monitorea el uso de cuidados físicos para pacientes internados por un desorden mental, que pudo haber sido evitado si la atención primaria y/o prevención primaria o secundaria hubiesen sido suficientes (OECD, 2014a; OECD, 2014b).

Definición y comparabilidad

El indicador de suicidios de pacientes internados se compone de un denominador de pacientes dados de alta con un código de diagnóstico principal o dos de diagnósticos secundarios iniciales de salud mental y desórdenes de conducta (ICD-10 códigos F10-F69 y F90-99) y un numerador de estos pacientes con un código de "suicidio" (ICD-10 códigos X60-X84). Los datos deben ser interpretados con precaución debido al muy bajo número de casos. Las tasas reportadas pueden variar en el tiempo, así que donde ha sido posible, se ha calculado un promedio de tres años para dar mayor estabilidad al indicador.

El suicidio dentro de los primeros 30 días y el primer año del alta se establece relacionando el alta de hospitalización con un código de diagnóstico principal o dos diagnósticos secundarios iniciales listados como salud mental y desórdenes de conducta (ICD-10 códigos F10-F69 y F90-99), con suicidios ingresados en registros de defunción (ICD-10 códigos X60-X84). En casos con varias admisiones durante el año de referencia, el periodo de seguimiento empieza desde la última alta.

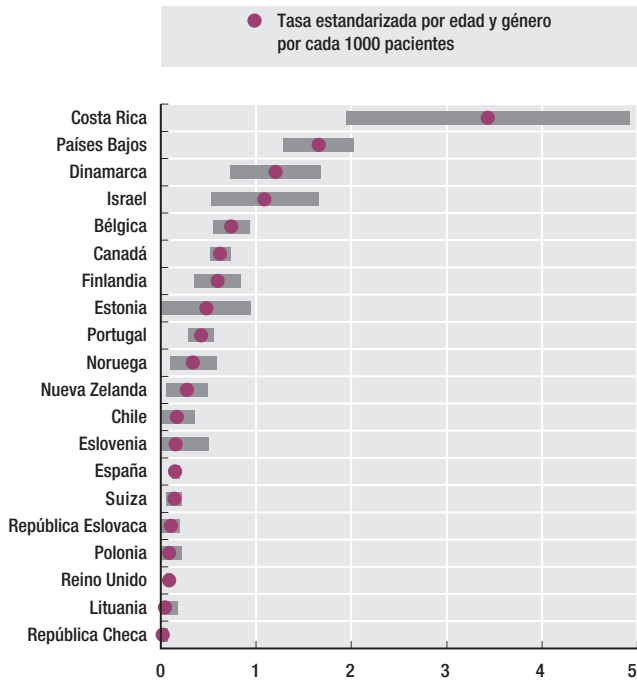
Para los indicadores de exceso de mortalidad, el numerador es la tasa general de mortalidad para personas entre 15 y 74 años de edad diagnosticadas con esquizofrenia o desorden bipolar. La mayoría de los países utilizan los registros de defunción como fuente de información. El denominador es la tasa de mortalidad general para la población en el mismo grupo de edad. El número relativamente pequeño de gente con esquizofrenia o desorden bipolar que muere en un año dado, puede causar variaciones sustanciales de un año a otro, por lo que se presentan promedios de tres años.

Los datos han sido estandarizados por edad y género para la estructura de la población de la OCDE en 2010, para eliminar el efecto de diferentes estructuras de población entre países.

Referencias

- OECD (2014a), *Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
- OECD (2014b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>.

6.29. Suicidio entre pacientes internados con desórdenes psiquiátricos, 2014 (o año más cercano)



Nota: promedio de varios años cuando hay datos disponibles. Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603887>

6.30. Suicidio después de hospitalización por desórdenes psiquiátricos, en los primeros 30 días y el primer año desde el alta, 2015 (o año más cercano)

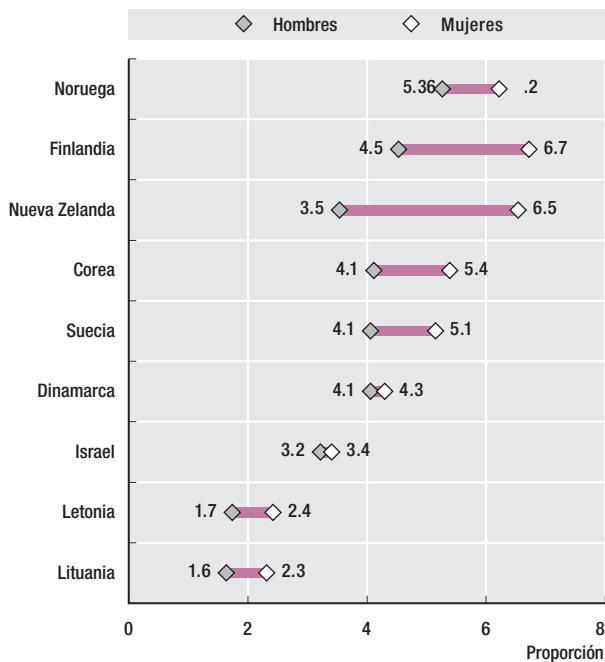


Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603906>

6.31. Exceso de mortalidad por esquizofrenia, 2014

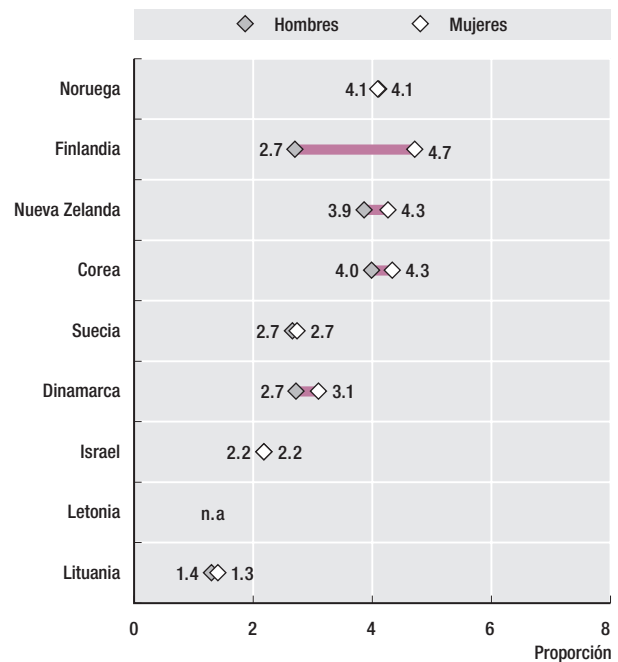


Nota: Promedio de tres años para todos los países.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603925>

6.32. Exceso de mortalidad por desorden bipolar, 2014



Nota: Promedio de tres años para todos los países.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603944>

Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer de mama

El cáncer de mama es el tipo de cáncer con mayor incidencia y mayor prevalencia entre mujeres en los países de la OCDE. Una de cada nueve mujeres padecerá cáncer de mama en algún punto en su vida. Los factores que incrementan el riesgo de que una persona desarrolle la enfermedad incluyen edad, historia familiar de cáncer de mama, predisposición genética, factores reproductivos, terapia de reemplazo hormonal, y estilo de vida, como obesidad, falta de actividad física, dieta, y consumo de alcohol.

La mayoría de los países de la OCDE han adoptado programas de detección de cáncer de mama como una manera efectiva de detección temprana (OECD, 2013). Sin embargo, debido a avances recientes en el tratamiento y preocupaciones sobre resultados falsos positivos, sobrediagnóstico y sobretratamiento, las recomendaciones para detección de cáncer de mama se han reevaluado en años recientes. Tomando en cuenta los hallazgos de investigaciones recientes, la OMS recomienda el monitoreo para detección con mamografías organizadas para la población, si las mujeres están en condiciones de hacer una decisión informada de los beneficios y riesgos de las mamografías (WHO, 2014).

Las tasas de monitoreo para detección varían de menos de 20% en México a más de 80% en algunos países, como Suecia, Portugal, Dinamarca, Finlandia y Eslovenia (Figura 6.33). La cobertura de monitoreo para detección se incrementó sustancialmente entre países con índices bajos hace 10 años. México tuvo un incremento de más de 10 veces, y Lituania de casi cuatro. Por otro lado, varios países que tuvieron las más altas tasas de monitoreo para detección a mediados de los años 2000, experimentaron algunas reducciones, como Finlandia, los Países Bajos y los Estados Unidos.

La supervivencia al cáncer de mama refleja el diagnóstico oportuno, así como los avances en los tratamientos. Todos los países de la OCDE han alcanzado supervivencia neta al cáncer de mama de cinco años en un 80%, excepto Chile, la República Eslovaca, Polonia y Estonia (Figura 6.34). La supervivencia neta de gente con cáncer de colon y cáncer rectal es también baja en esos países (ver los indicadores de "Supervivencia y mortalidad por cáncer colorrectal").

En la última década, la supervivencia neta de cinco años al cáncer de mama ha mejorado en los países de la OCDE. La supervivencia neta se ha incrementado considerablemente en algunos países de Europa Central y del Este como Estonia y la República Checa, aunque la supervivencia después del diagnóstico de cáncer de mama está todavía por debajo del promedio de la OCDE. Los incrementos pueden estar relacionados al fortalecimiento de las políticas de atención a pacientes con cáncer en esos países. Por ejemplo, la República Checa intensificó el esfuerzo de atacar la carga del cáncer mediante de un programa de monitoreo para detección y un Programa Nacional de Control de Cáncer a principios de los años 2000 (OECD, 2014).

Con respecto a las tasas de mortalidad, la mayoría de los países de la OCDE mostraron una disminución en la última década (Figura 6.35). La reducción refleja las mejoras en detección temprana y tratamiento de cáncer de mama. Fueron sustanciales en la República Checa y Dinamarca, con una disminución de más de 20% en una década, pero Dinamarca tiene todavía una de las más altas tasas. Por otro

lado, dentro de la OCDE, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en Islandia y Corea se incrementó en más de 10% en la última década.

La mortalidad en Islandia es la más alta en la OCDE, mientras que en Corea sigue siendo la menor.

Definición y comparabilidad

Los índices de monitoreo para detección se basan en encuestas o datos de encuentro, lo que puede afectar los resultados. Los resultados de encuestas pueden ser afectados por sesgos de memoria. Los datos de programas se calculan con frecuencia para monitorear los programas nacionales de detección; y las diferencias entre la población a quienes van dirigidos y frecuencia del monitoreo, pueden conducir a variaciones en la cobertura entre países.

La supervivencia neta de cinco años es la probabilidad acumulativa de que los pacientes de cáncer sobrevivan a éste por lo menos cinco años, después de controlar los riesgos de muerte por otras causas. La supervivencia neta se expresa como un porcentaje. La supervivencia neta para pacientes diagnosticados de 2000 a 2004, se basa en un enfoque de cohorte, pues todos los pacientes habían tenido seguimiento por al menos cinco años al final de 2014. Para pacientes diagnosticados de 2010-2014, se utiliza el enfoque de periodo, que permite la estimación de la supervivencia de cinco años, aunque el seguimiento de cinco años no está disponible para todos los pacientes. Los estimados de supervivencia de cáncer están estandarizados por edad, con las medidas del International Cancer Survival Standard (ICSS).

La recolección de datos, control de calidad y análisis, se llevaron a cabo de manera central como parte del programa CONCORD, un programa global de vigilancia de supervivencia de cáncer, liderado por la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Allemani et al., 2015). En algunos países no participaron todos los registros regionales, pero los estimados de supervivencia del programa CONCORD se consideran los mejores datos disponibles de esos países para comparaciones internacionales.

Se sugiere ver el indicador "Mortalidad por cáncer" en el Capítulo 3, para definición, fuente y metodología de las tasas de mortalidad por cáncer.

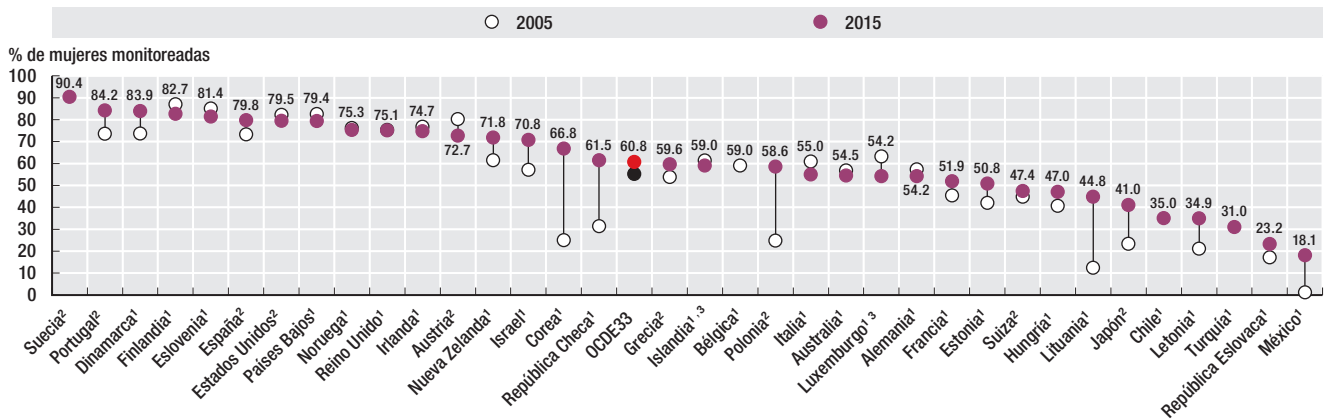
Referencias

- Allemani, C. et al. (2015), "Global Surveillance of Cancer Survival 1995-2009: Analysis of Individual Data for 25 676 887 Patients from 279 Population-based Registries in 67 Countries (CONCORD-2)", *The Lancet*, vol. 385, pp. 977-1010, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62038-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62038-9).
- OECD (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>.
- OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- WHO (2014), "WHO Position Paper on Mammography Screening", Ginebra.

6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer de mama

6.33. Monitoreo con mamografía en mujeres de 50 a 69 años de edad en los últimos dos años, 2005 y 2015 (o años más cercanos)

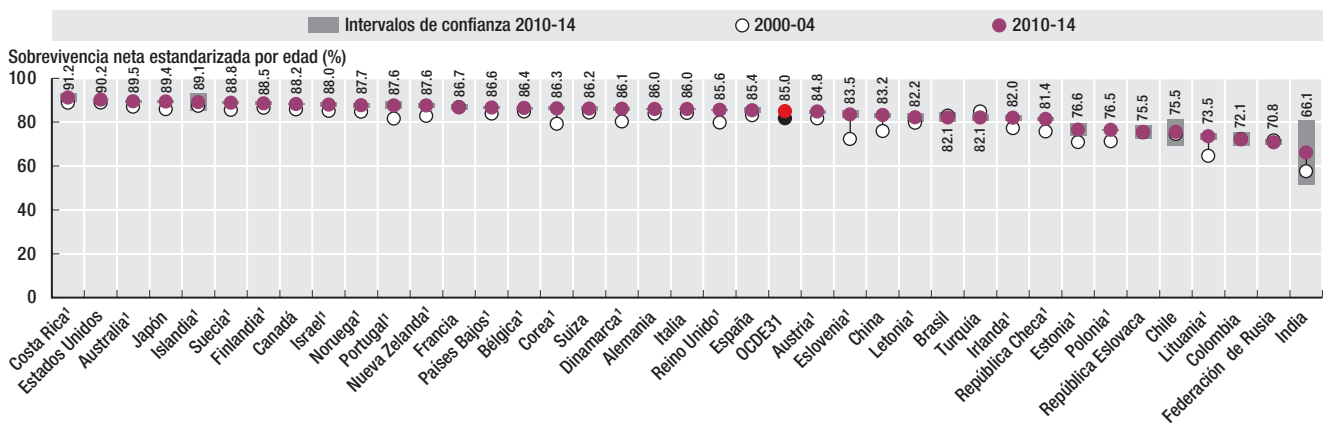


1. Programa.
2. Encuesta.
3. Promedio de tres años.

Fuente: OECD Health Statistics 2017, y EHS Eurostat database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603963>

6.34. Supervivencia neta de cinco años de cáncer de mama, 2000-2004 y 2010-2014



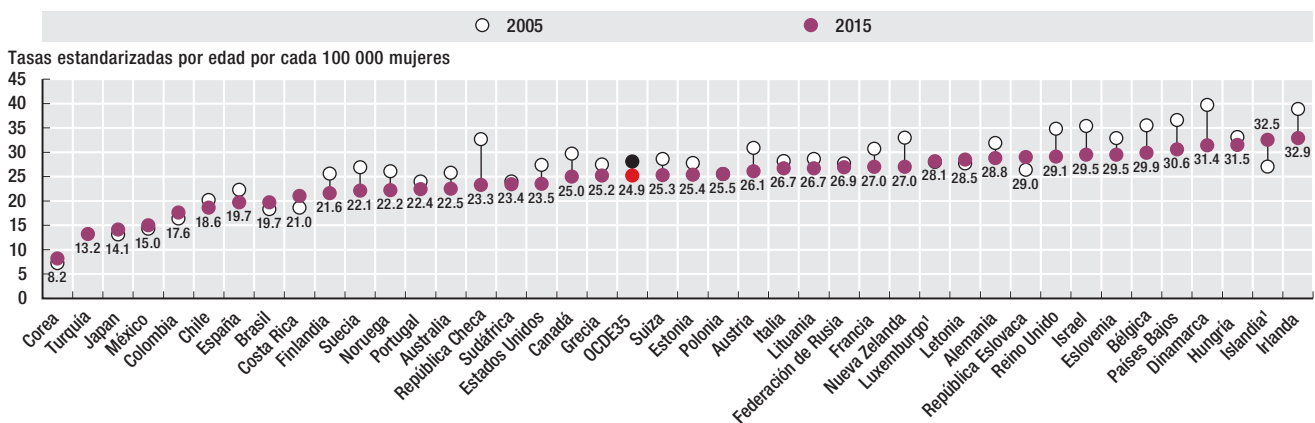
Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises. Las actualizaciones esperadas en los datos pueden reducir el estimado de supervivencia para Costa Rica.

1. Datos con 100% de cobertura de la población nacional.

Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933603982>

6.35. Mortalidad por cáncer de mama entre mujeres, 2005 y 2015 (o años más cercanos)



1. Promedio de tres años.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604001>

Sobrevivencia y mortalidad por cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es la tercera forma de cáncer más comúnmente diagnosticada, después del cáncer de próstata y pulmón para hombres; y el segundo más común después del cáncer de mama para mujeres, en los países de la OCDE (ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 3). Existen varios factores que ponen a ciertos individuos en mayor riesgo de enfermedad, como edad, colitis ulcerativa, historia personal o familiar de cáncer colorrectal o pólipos, y factores de estilo de vida como una dieta alta en grasa y baja en fibra, ausencia de actividad física, obesidad, y consumo de tabaco y alcohol. La incidencia es significativamente más alta para hombres que para mujeres en todos los países. Generalmente, el cáncer rectal es más difícil de curar que el de colon, debido a una más alta probabilidad de que se propague a otros tejidos, recurrencia, y complicaciones postoperatorias.

Como el monitoreo de detección de cáncer de mama y cervical, el monitoreo de cáncer colorrectal está disponible, y un número cada vez mayor de países han introducido monitoreos gratuitos para la población, dirigidos a personas en los 50 y 60 años de edad (OECD, 2013). Debido en parte a la incertidumbre sobre la rentabilidad del monitoreo de detección, (Lansdorp-Vogelaar et al., 2010), los países usan ahora diferentes métodos. En la mayoría de los que aplican una prueba de sangre oculta en las heces, el monitoreo está disponible cada dos años; y la frecuencia del monitoreo periódico es menor con colonoscopia y sigmoidoscopia flexible, generalmente cada 10 años. Estas diferencias hacen el monitoreo para diagnóstico difícil de comparar entre países.

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal, incluyendo mejores técnicas quirúrgicas, terapia de radiación y quimioterapia combinada, así como el acceso más amplio y oportuno, han contribuido a un aumento en la sobrevivencia en la última década. En general en la OCDE, la sobrevivencia de cinco años al cáncer de colon se incrementó de 57% a 62.8% para pacientes con cáncer de colon entre los periodos 2000-04 y 2010-14; y la sobrevivencia al cáncer rectal en los mismos periodos también aumentó de 55.1% a 61.0% (Figuras 6.36 y 6.37). Algunos países muestran un avance considerable, incluyendo a Chile, Lituania, Corea, Dinamarca y Estonia para cáncer de colon; y Letonia, Lituania, Eslovenia, Dinamarca, Irlanda y Corea para cáncer rectal. Generalmente los países con estimaciones bajas de sobrevivencia al cáncer de colon tienden a tener también estimaciones bajas para cáncer rectal. Entre los países de la OCDE, los estimados de sobrevivencia neta son bajos para ambos tipos de cáncer en Chile, la República Checa, Polonia, la República Eslovaca y Turquía.

En términos de tasas de mortalidad, la mayoría de los países experimentó un decremento en los últimos años, con una tasa promedio para la OCDE que cayó de 26.8 a 23.9

muerdes por cada 100 000 habitantes entre 2005 y 2015 (Figura 6.38). La disminución fue en especial importante en Austria, la República Checa, Dinamarca e Israel, con una reducción de más del 30%. A pesar del avance, los países de Europa Central y del Este, particularmente la República Checa, Eslovenia y la República Eslovaca, siguen teniendo tasas de mortalidad más altas que otros países de la OCDE.

Sin embargo, en algunos países de la OCDE la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal se incrementó durante el mismo periodo. Por ejemplo, Hungría, que tenía la tasa de mortalidad más alta hace 10 años, reportó tasas aún mayores. En los países de Latinoamérica, incluyendo Chile y México, el incremento fue particularmente grande, de más de 10% en la última década, aunque la tasa sigue siendo mucho menor que el promedio de la OCDE. A pesar de los incrementos, algunos de estos países han avanzado en el reforzamiento de sus sistemas para reducir la carga del cáncer colorrectal. Por ejemplo, en 2013, Chile incluyó el tratamiento de cáncer colorrectal como parte de su plan de cobertura de salud garantizada, lo que asegura mejor acceso, calidad, protección financiera y oportunidad de tratamiento para enfermedades prioritarias, lo que puede llevar a mejores resultados para el cáncer colorrectal en el futuro (OECD, 2018).

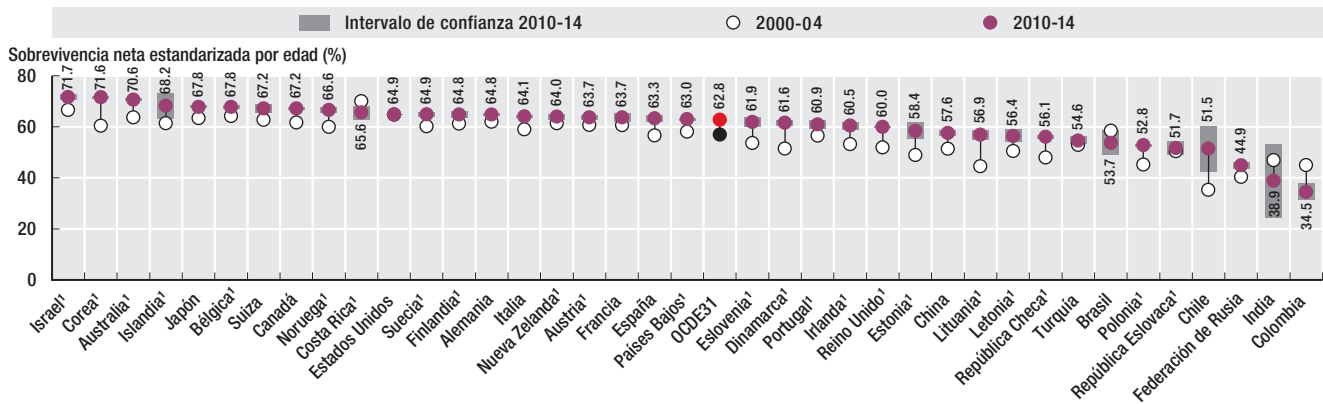
Definición y comparabilidad

Las tasas de sobrevivencia neta y mortalidad se definen en el indicador “Detección, sobrevivencia y mortalidad por cáncer de mama” en el Capítulo 6. Se sugiere ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 3, para la definición, fuente y metodología de las tasas de mortalidad por cáncer. Las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal se basan en ICD-10 códigos C18-C21 (colon, unión rectosigmoide, recto y ano), y los estimados de sobrevivencia se basan en C18-C19 para cáncer de colon, y C20-C21 para cáncer de recto.

Referencias

- Lansdorp-Vogelaar, I., A.B. Knudsen y H. Brenner (2010), “Cost-effectiveness of Colorectal Cancer Screening -An Overview”, *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, vol. 24, pp. 439-449.
- OECD (2018, próxima publicación), *OECD Reviews of Public Health; Chile*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.

6.36. Sobrevivencia neta de cinco años por cáncer de colon, 2000-04 y 2010-14



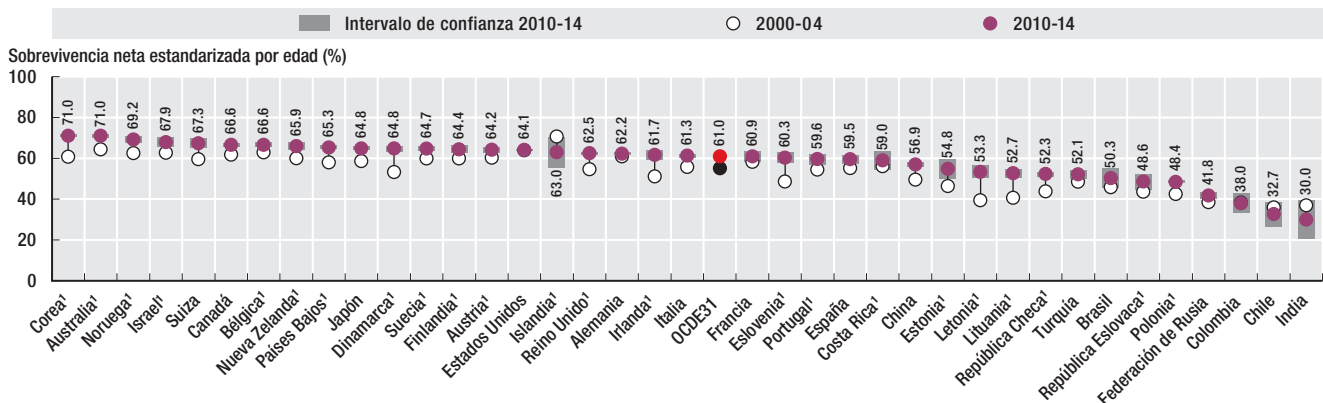
Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises. Las actualizaciones esperadas de los datos pueden reducir el estimado de sobrevivencia para Chile a 43.9, y también para Costa Rica. Las actualizaciones también pueden generar cambios muy pequeños en los estimados de sobrevivencia de Canadá y del promedio de la OCDE.

1. Datos con 100% de cobertura de la población.

Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604020>

6.37. Sobrevivencia neta de cinco años por cáncer rectal, 2000-04 y 2010-14



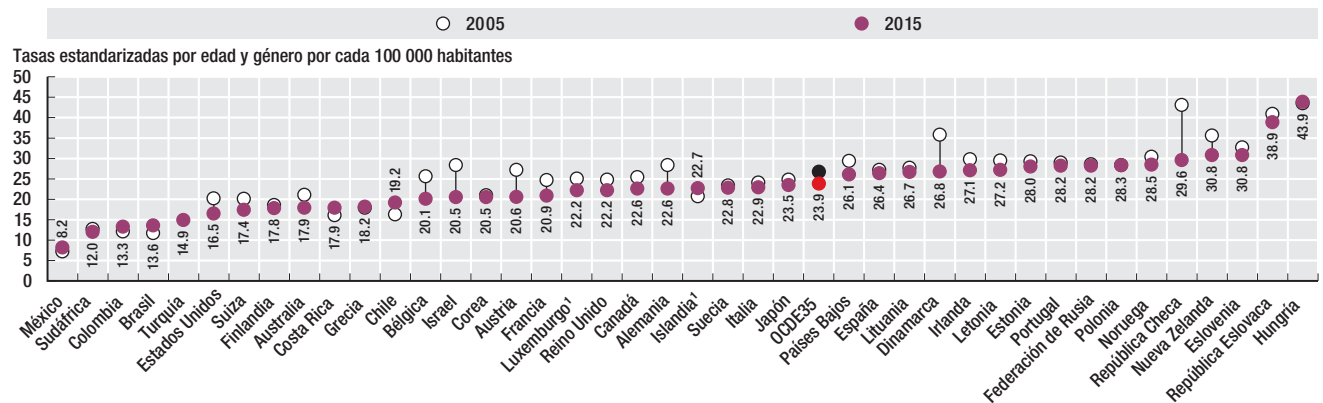
Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises. Las actualizaciones esperadas de los datos pueden reducir el estimado de sobrevivencia para Costa Rica.

1. Datos con 100% de cobertura de la población.

Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604039>

6.38. Mortalidad por cáncer colorrectal, 2005 y 2015 (o años más cercanos)



1. Promedio de tres años.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604058>

Sobrevivencia y mortalidad por leucemia en niños

La leucemia es el cáncer más común en la infancia, y representa más del 30% de los cánceres diagnosticados en niños de menos de 15 años de edad en el mundo (IARC, 2012). Las causas de la leucemia no son bien conocidas, pero algunos factores de riesgo conocidos incluyen factores hereditarios como el síndrome de Down, historia familiar de leucemia, y factores no hereditarios como la exposición a radiación ionizante. Existen diferentes tipos de leucemia, pero en alrededor de tres cuartas partes de los casos de niños se trata de leucemia linfoblástica aguda (ALL, por sus siglas en inglés). El segundo tipo más frecuente es la leucemia mieloide aguda. La prognosis de leucemia es diferente dependiendo de varios factores que incluyen edad, conteo inicial de glóbulos blancos, género, reacción inicial al tratamiento de inducción y tipo de leucemia. Los niños con leucemia aguda que están libres de la enfermedad por cinco años se consideran curados, pues la remisión después de cinco años es rara.

En promedio en la OCDE, se detectaron 4.7 nuevos casos de leucemia por cada 100 000 niños entre 0 y 14 años en 2012. Hay grandes variaciones entre países, y las tasas de incidencia en Alemania y Finlandia son más altas, alrededor de 7 por cada 100 000 niños, mientras que en Islandia y Grecia son mucho más bajas, alrededor de tres. Sudáfrica, India y China también tienen tasas de incidencia bajas, de menos de 3 por cada 100 000 niños (Figura 6.39).

La sobrevivencia neta de cinco años de leucemia linfoblástica aguda entre niños es en promedio de 86.7% durante el periodo de 2010-2014 en la OCDE. Aunque la prognosis para ALL se considera mejor para niñas que para niños, la diferencia en sobrevivencia neta no es estadísticamente significativa para la mayoría de los países, con excepción de Estonia, donde la sobrevivencia para niñas es ligeramente mejor.

A lo largo del tiempo, la sobrevivencia neta de cinco años para niños con ALL ha mejorado en los países de la OCDE (Allemani et al., 2015). Esta mejora se debe principalmente a los avances en quimioterapia y tecnología para el trasplante de células madre. Sin embargo, los países no se han beneficiado equitativamente de los avances en tecnología médica. Los estimados de sobrevivencia son altos en Finlandia (95.2%) y Dinamarca (94.0%), pero son bajos en México (52.7%) y Chile (63.9%). La sobrevivencia neta también es baja en China (57.7%), Brasil (66.0%) y Colombia (68.9%) (Figura 6.40). En estos países, las probabilidades de sobrevivencia para los niños con ALL, pueden mejorar con mejor acceso a tratamiento efectivo, expansión de la cobertura de servicios de salud y la provisión de cuidados de alta calidad a cargo de profesionales acreditados en centros especializados. Algunos de estos países están avanzando en mejorar el acceso y la calidad de la atención para cáncer infantil. Por

ejemplo, Chile incluyó el acceso al tratamiento de cáncer infantil como parte de su plan de cobertura de salud garantizada, y aunque aún existe una escasez de profesionales calificados en centros especializados, la calidad de la atención es ahora similar en todos los proveedores (OECD, 2018).

En los países de la OCDE, la tasa de mortalidad por leucemia infantil también ha mejorado a lo largo del tiempo (La Vecchia et al., 2009; Malvezzi et al., 2013) y fue menor a 1 de cada 100 000 niños en la mayoría de los países de la OCDE en 2012 (Figura 6.41). La tasa es particularmente baja, menor a 0.3 en Australia y Austria; pero es alta en Turquía, en 3.0 de cada 100 000 niños, y México, en 2.6.

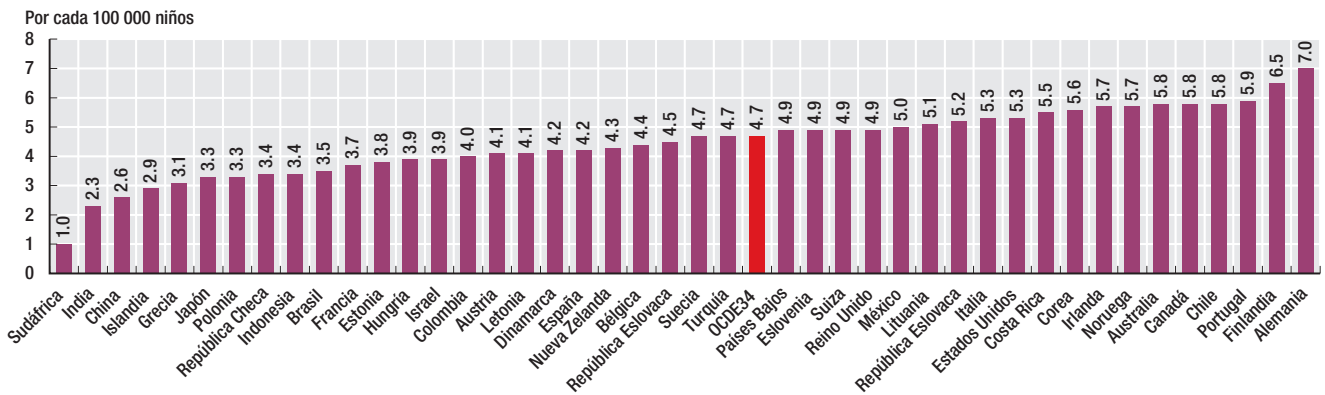
Definición y comparabilidad

La incidencia y las tasas de mortalidad provienen de International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012, disponible en www.globocan.iarc.fr. Se refieren a tasas brutas y no están estandarizadas por edad. Los estimados de GLOBOCAN para 2012 pueden diferir de estimados nacionales debido a diferencias en métodos. Por ejemplo, la incidencia reportada por el German Centre for Cancer Registry Data (ZfKD) y German Children's Cancer Registry es de alrededor de 5 en 100 000. La sobrevivencia neta se define en el indicador "Detección, sobrevivencia mortalidad por cáncer de mama" en el Capítulo 6.

Referencias

- Allemani, C. et al. (2014), "Global Surveillance of Cancer Survival 1995-2009: Analysis of Individual Data for 25 676 887 Patients from 279 Population-based Registries in 67 Countries (CONCORD-2)", *The Lancet*, vol. 385, pp. 977-1010, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62038-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62038-9).
- IARC (2012), "GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012", <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>.
- La Vecchia, C. et al. (2009), "Cancer Mortality in Europe, 2000-2004, and an Overview of Trends since 1975", *Annals of Oncology*, vol. 21, núm. 6, pp. 1323-1360, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp530>.
- Malvezzi, M. et al. (2013), "European Cancer Mortality Predictions for the Year 2013", *Annals of Oncology*, vol. 24, núm. 3, pp. 792-800, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt010>.
- OECD (2018, próxima publicación), *OECD Reviews of Public Health; Chile*, OECD Publishing, Paris.

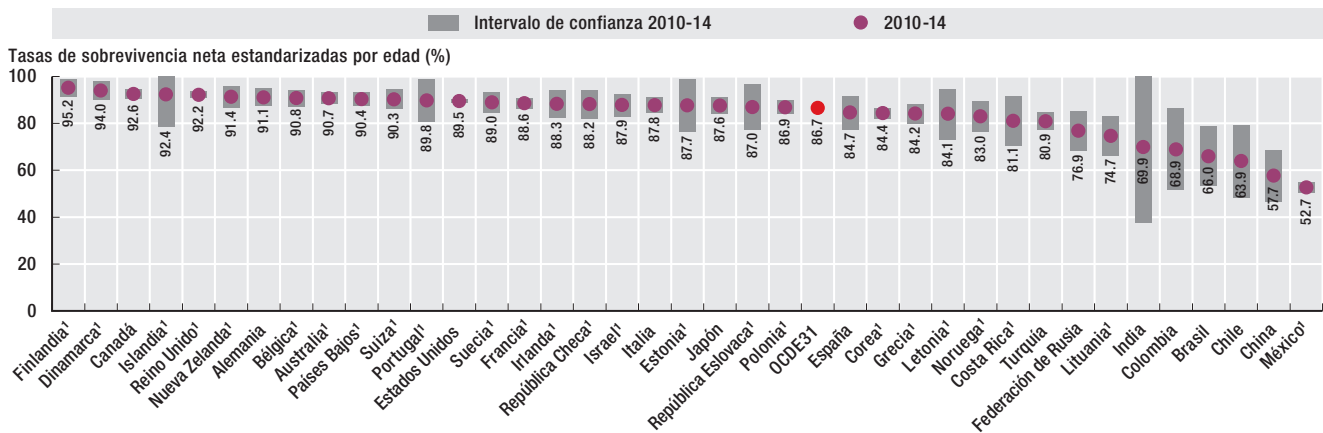
6.39. Incidencia de leucemia en niños de 0 a 14 años, 2012



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604077>

6.40. Sobrevivencia neta de cinco años a leucemia linfoblástica aguda, 2010-14



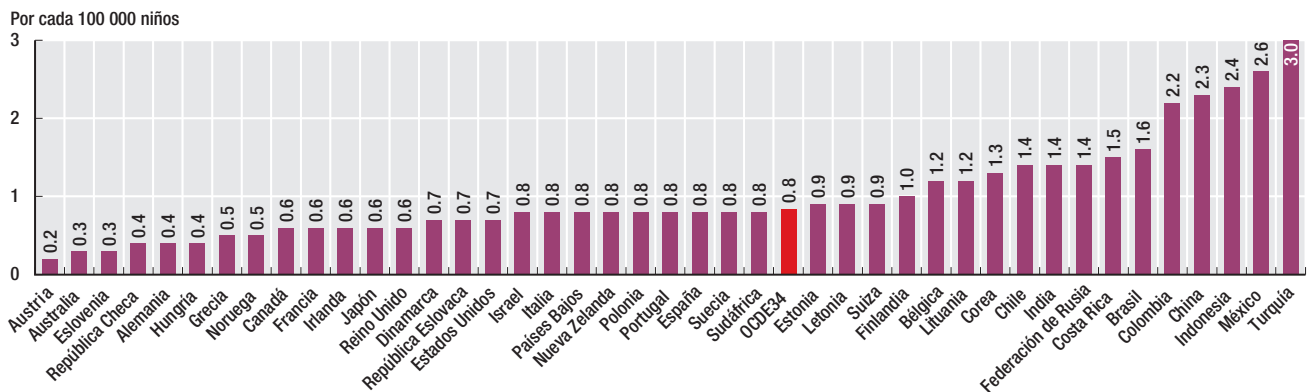
Nota: Se han calculado intervalos de confianza de 95% para todos los países, representados con áreas grises. Las actualizaciones esperadas de datos, pueden reducir el estimado de supervivencia para Costa Rica.

1. Datos con 100% de cobertura de la población.

Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604096>

6.41. Mortalidad por leucemia en niños de 0 a 14 años, 2012



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604115>

Vacunación

Todos los países de la OCDE han establecido programas de vacunación con base en su interpretación de los riesgos y beneficios de cada vacuna. Para los niños, los índices de vacunación por difteria, tétanos y tosferina (DTP, por sus siglas en inglés), sarampión, y hepatitis B al año de edad, son altos en los países de la OCDE (Figuras 6.42 y 6.43). En promedio, más del 95% de los niños reciben las vacunas recomendadas para DTP o sarampión, y casi el 94% reciben una vacuna recomendada para hepatitis B. Los índices de vacunación para DTP son inferiores al 90% en Indonesia, India y México; y para hepatitis B, los índices de vacunación son inferiores al 90% en México, Francia, Indonesia, India y Alemania.

Las tasas generales de vacunación para niños se están incrementando. Entre 2005 y 2015 en la OCDE, las tasas de vacunación entre niños se incrementaron 1 punto porcentual para DTP, más de 2 puntos porcentuales para sarampión, y casi 12 puntos porcentuales para hepatitis B. Se pueden observar grandes incrementos en vacunación contra hepatitis B en este período en varios países de la OCDE, incluidos Francia y los Países Bajos, lo que refleja la introducción de programas nacionales. Sin embargo, las tasas de vacunación han disminuido en otros países, notablemente para cobertura de sarampión en Australia e Italia. Aún pequeños decrementos en vacunación pueden provocar grandes incrementos en casos de enfermedad (Lo et al., 2017). Aunque los índices nacionales de cobertura de vacunación son altos, algunas poblaciones siguen estando desprotegidas. Un brote de sarampión en los Estados Unidos en 2015, fue causado por un número de individuos no vacunados, mientras en Europa se reportaron 1020 casos de sarampión entre febrero de 2016 y enero de 2017, solo en Italia (CDC, 2017; ECDC, 2017).

No todos los países siguen las recomendaciones de la OMS para incorporar la vacuna contra hepatitis B en los programas nacionales de inmunización, incluyendo Dinamarca, Finlandia, Suecia y el Reino Unido, donde esta vacuna no es parte del programa de vacunación de la infancia, pero se proporciona a grupos de alto riesgo. Otros países de la OCDE que no incluyen la vacuna contra hepatitis B en sus programas de vacunación de la infantil son Islandia, Hungría, Japón, Eslovenia y Suiza. En Canadá, el programa de inmunización contra hepatitis B varía por jurisdicción.

La influenza es una enfermedad infecciosa común, responsable de 3 a 5 millones de casos severos en el mundo, y 250 000 a 500 000 muertes. La hospitalización y muerte ocurren principalmente entre grupos de alto riesgo, y en los países industrializados, la mayoría de las muertes asociadas con la influenza ocurren entre gente de 65 años de edad y mayores (WHO, 2016). Una vacuna contra influenza segura y efectiva está disponible y la mayoría de los países recomiendan vacunación anual para adultos mayores.

En 2003, los países participantes en el World Health Assembly, se comprometieron al objetivo de alcanzar cobertura de vacunación contra influenza de 75% entre los adultos mayores para 2010. La Figura 6.44 muestra la vacunación entre adultos de más de 65 años para 2005 y 2015. En este período, el índice de vacunación contra influenza entre la población de adultos mayores decreció

en los países de la OCDE de 49% a 43%. Se pueden observar decrementos importantes en Alemania, Eslovenia e Italia. Algunos países mostraron incrementos en la vacunación en este período, entre ellos México, Israel, los Estados Unidos, Portugal, Dinamarca, Grecia y Nueva Zelanda. Solo dos países alcanzaron el objetivo de 75%: México y Corea, y el Reino Unido estuvo cerca de alcanzarlo.

Definición y comparabilidad

Las tasas de vacunación reflejan el porcentaje de niños que recibe la vacuna recomendada en el tiempo recomendado. La edad para completar la inmunización varía entre países, debido a diferentes programaciones de inmunización. Para aquellos países que recomiendan la primera dosis de una vacuna después de 1 año de edad, el indicador se calcula como la proporción de niños de menos de dos años que han recibido la vacuna. De este modo, estos indicadores están basados en la política de un determinado país.

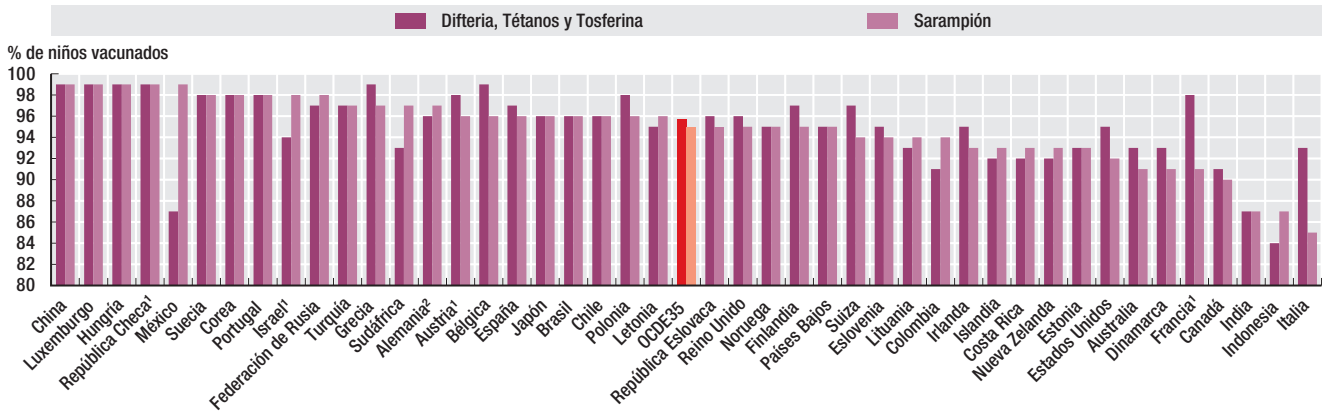
Algunos países administran una combinación de vacunas, (p. ej. DTP para difteria, tétano y tosferina), mientras que otros las administran por separado. Algunos países determinan la vacunación con base en encuestas, y otros con datos de encuentro, lo que puede influenciar los resultados.

Las tasas de vacunación contra influenza se refieren al número de personas de 65 años y mayores que han recibido una vacuna anual contra la influenza, dividido entre el número total de personas de más de 65 años. En algunos países, los datos son para gente de más de 60 años. La limitación más importante en términos de comparabilidad de datos proviene del uso de diferentes fuentes de datos, ya sea encuestas o programas, que están sujetos a diferentes tipos de errores y sesgos. Por ejemplo, los datos de encuestas de población pueden reflejar variaciones debido a errores de memoria e irregularidad de administración.

Referencias

- CDC - Centers for Disease Control and Prevention (2017), "Measles Cases and Outbreaks", disponible en: <http://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>, consultado el 24 de junio de 2017.
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control (2017), "Surveillance Report: Measles and Rubella Monitoring", abril de 2015.
- Lo, N.C. y P.J. Hotez P.J. (2017), "Public Health and Economic Consequences of Vaccine Hesitancy for Measles in the United States", *JAMA Pediatrics*, 7 de julio, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1695>.
- WHO (2016), "Influenza (Seasonal)", *Fact Sheet núm. 211*, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>, consultado el 24 de junio de 2017.

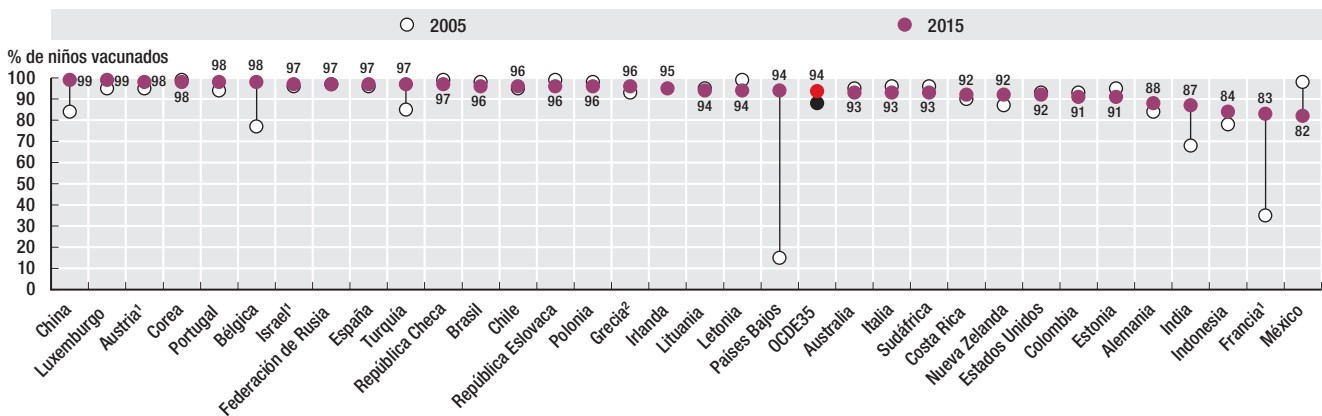
6.42. Porcentaje de niños de 1 año de edad vacunados contra difteria, tétanos y tosferina (DTP) y sarampión, 2015 (o año más cercano)



1. Todos los datos son estimados.
 2. Los datos para sarampión son estimados.
 Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604134>

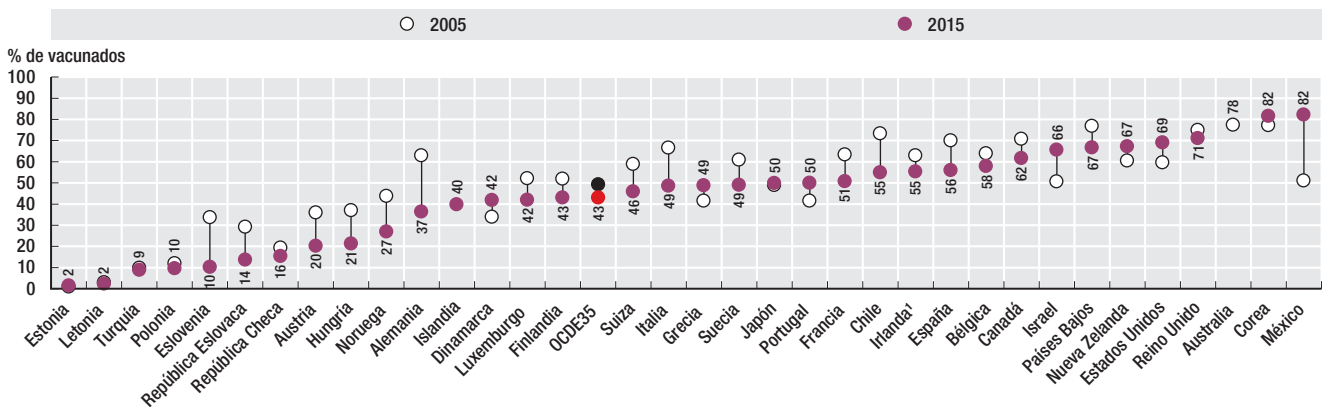
6.43. Porcentaje de niños de 1 año de edad vacunados contra hepatitis B, 2005 y 2015



1. Datos estimados para 2015.
 2. Datos estimados para 2005.
 Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604153>

6.44. Porcentaje de población de 65 años y mayores vacunados contra influenza, 2005 y 2015



1. Datos estimados para 2015.
 Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604172>



2012
\$28.0M
\$9.6M
\$30.4M
\$19.8M
\$44.6M
\$21.4M



2013 - \$423.8M



\$279.0M
\$85.0M
\$1.0M
\$12.0M
\$1.3M
\$10.7M

Institutional
Physical Plant
Scholarships and Financial
Auxiliary Enterprises
Other Services
Health
Other
Administration

The University of Minnesota is a public research institution and a member of the University of Minnesota System. The University of Minnesota System is a public research institution and a member of the University of Minnesota System.



7. GASTO EN SALUD

Gasto en salud per cápita

Gasto en salud en relación al PIB

Financiamiento del cuidado de la salud

Fuentes de financiamiento de servicios de salud

Gasto en salud por tipo de servicio

Gasto en salud por proveedor

Inversión en el sector salud

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Gasto en salud per cápita

Los recursos financieros que un país destina al cuidado de la salud, tanto para individuos como para la población en general, y cómo cambian a lo largo del tiempo, es el resultado de una gran variedad de factores económicos y sociales, así como de las estructuras financieras y organizacionales de su sistema de salud.

Se estima que en 2016 el gasto en los Estados Unidos fue, por mucho, el mayor de todos los países de la OCDE, equivalente a USD 9 892 por cada residente (Figura 7.1) Este nivel de gasto es casi 2.5 veces que el promedio de los 35 países de la OCDE (USD 4 003), y 25% superior al de Suiza, que está en segundo lugar de gasto (ajustado por la diferencia en poder adquisitivo (ver el recuadro "Definición y comparabilidad"). En comparación con otros países del G7, los Estados Unidos gastan casi 80% más que Alemania en cuidado de la salud, y más del doble por persona que Canadá, Francia y Japón. Los países miembros con gastos menores al promedio de la OCDE incluyen muchos países de Europa Central y del Este, como Estonia y Polonia, además de Chile. Los países que tuvieron el menor gasto per cápita en la OCDE son México y Turquía, con niveles de alrededor de una cuarta parte del promedio de la OCDE, y similares al gasto en economías clave en desarrollo como la Federación de Rusia, Sudáfrica y Brasil. China gastó alrededor de 20% del nivel de gasto per cápita de la OCDE, mientras que tanto India como Indonesia, gastaron menos del 10% del promedio de la OCDE, según los últimos datos disponibles.

La Figura 7.1 también muestra la división del gasto en salud, con base en su origen, si se paga de fuentes de gobierno o algún tipo de seguro obligatorio, o por medios voluntarios como un seguro médico voluntario o pagos directos (ver el indicador "Financiamiento del cuidado de la salud"). En general, la clasificación de gasto per cápita de esquemas de gobierno y seguros obligatorios es comparable a la del gasto total. Aún si los seguros voluntarios en los Estados Unidos siguen jugando un papel significativo en el financiamiento del cuidado de la salud, el nivel de gasto de programas federales y estatales (como Medicaid y Medicare) en términos per cápita es mayor que en la mayoría de los países de la OCDE, con excepción de Luxemburgo, Noruega y Suiza.

El gasto en salud per cápita en la OCDE siguió creciendo en 2016, según la tendencia de años recientes, después de la fuerte desaceleración del crecimiento del gasto en salud entre 2009 y 2011 a raíz de la crisis financiera y económica global. En promedio, el crecimiento del gasto anual en salud en la OCDE desde 2009, ha sido de 1.4%, en comparación con 3.6% en los seis años anteriores a 2009 (Figura 7.2).

En varios países han habido cambios importantes en las tasas de crecimiento del gasto en salud en años anteriores, en comparación con los años posteriores a la crisis financiera. En Grecia, importantes crecimientos anuales se revirtieron después de 2009 (5.4% vs. -5.0%). Una situación similar, aunque menos dramática, se observa en Portugal (2.2% vs. -1.3%). En general, el crecimiento del gasto en salud se desaceleró en la gran mayoría de los países de la OCDE, y las cifras o estimados para 2016, aún apuntan hacia crecimiento negativo o cercano a cero en algunos de ellos.

Solo cuatro países –Islandia, Hungría, Suiza y Chile– han registrado crecimiento promedio mayor desde 2009, en comparación con el periodo anterior a 2009. De hecho, el gasto en salud en Hungría, junto con Polonia y Estonia, ha permanecido relativamente sólido desde 2009, con crecimiento anual entre 2.7 y 3.6%.

Fuera de Europa, Corea y Chile han seguido reportando incrementos anuales del gasto en salud superiores al 5% en términos reales desde 2009. Los estimados nacionales preliminares para 2016 sugieren crecimiento aún más fuerte, de 6.3% en Corea y 4.5% en Chile. En los Estados Unidos el gasto en salud aumentó en 4.1% en términos reales en 2015, la tasa más acelerada en más de 10 años, con un estimado preliminar de la OCDE que sugiere un incremento de 2.7% más en 2016. En el mediano plazo, los centros para servicio de Medicare y Medicaid en los Estados Unidos (CMS, por sus siglas en inglés), esperan un crecimiento en el gasto superior al del PIB en los Estados Unidos, impulsado por el acelerado crecimiento de los precios de la medicina.

Definición y comparabilidad

El gasto en salud mide el consumo final de bienes y servicios para la salud (es decir, gasto corriente en salud), que incluye el gasto de fuentes públicas y privadas en servicios y bienes médicos, programas de salud pública y prevención, y administración.

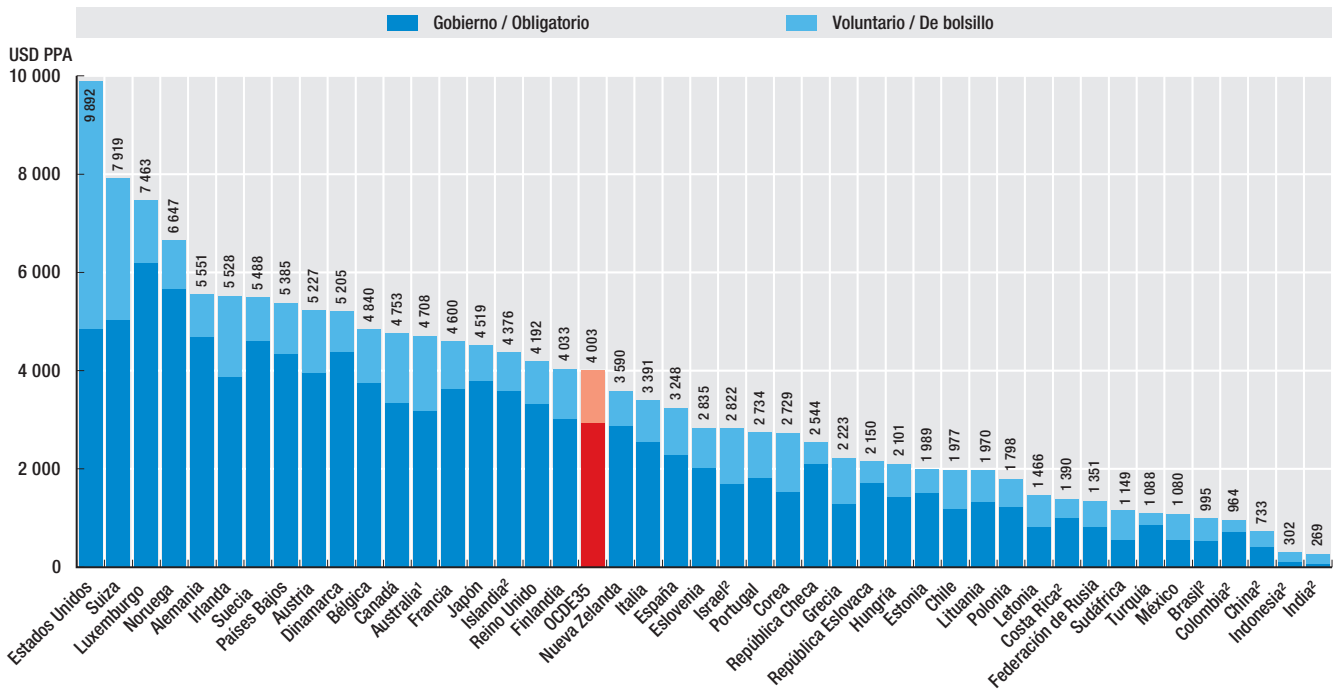
Para fines de comparación entre países, los gastos en salud per cápita son convertidos a una divisa común (dólares estadounidenses), y ajustados para tomar en cuenta las diferencias en poder adquisitivo de divisas nacionales, y así poder comparar los niveles de gasto. Se utilizan PPAs referidos a la economía (PIB) como las tasas de conversión de mayor disponibilidad y confiabilidad. Para el cálculo de tasas de crecimiento en términos reales, se usan deflatores del PIB nacional en todos los países. En algunos, (p. ej. Francia y Noruega), existen deflatores específicos de salud, con base en metodologías nacionales, pero no se emplean en esta publicación debido a su limitada comparabilidad.

Debe notarse que los datos para 2016 se basan en cifras preliminares provistas por el país, o estimados de la Secretaría de la OCDE.

Referencias

- Morgan, D., M. Gmeinder y J. Wilkens (2017), "An OECD analysis of health spending in Norway", *OECD Health Working Papers*, núm. 91, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/63302bbf-en>.
- OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

7.1. Gasto en salud per cápita, 2016 (o año más cercano)



Nota: El gasto excluye inversiones, a menos que se indique otra cosa.

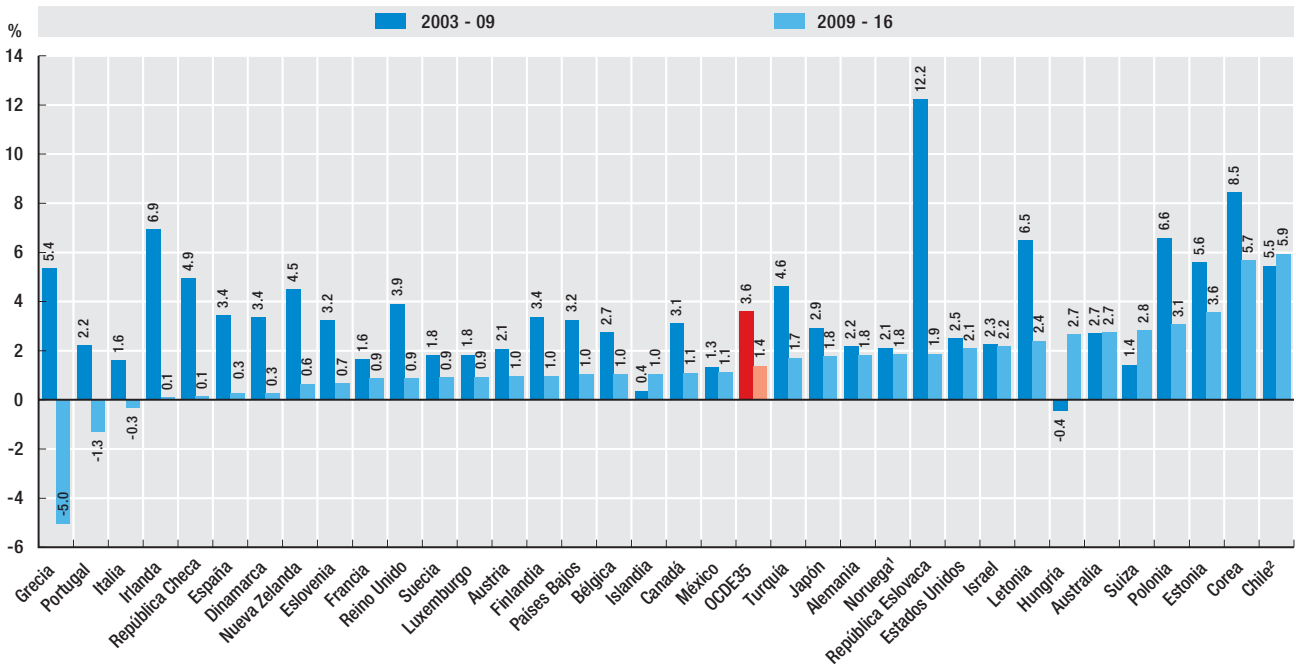
1. El estimado de gasto en Australia excluye el gasto para residencias de ancianos de seguridad social.

2. Incluye inversiones.

Fuente: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604191>

7.2. Tasa anual promedio de crecimiento del gasto en salud per cápita, términos reales, 2003 a 2016 (o año más cercano)



1. El índice de precios del PIB de Noruega continental se usa como deflactor.

2. Se usa el IPC como deflactor.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604210>

Gasto en salud en relación al PIB

El gasto en salud de un país a lo largo del tiempo en relación con el gasto en todos los demás bienes y servicios en la economía, puede ser un indicador tanto del crecimiento del gasto en salud en sí mismo, como del desempeño de la economía en general. Se estima que en 2016, el gasto en salud representó el 9% del PIB en promedio en la OCDE. Esta cifra no ha cambiado en los últimos años, después de un período de crecimiento en el gasto en salud mayor que el de la economía en general durante los años 90 y 2000 que vio un aumento claro en el gasto en salud como proporción del PIB en muchos países de la OCDE.

En 2016 los Estados Unidos, se gastó el 17.2% del PIB en salud, casi cinco puntos porcentuales por encima de Suiza, el siguiente gasto más alto, y más de ocho puntos porcentuales por arriba del promedio de la OCDE (Figura 7.3). Le siguen un grupo de 10 países de ingresos altos, que incluye a Alemania, Francia, Japón y Canadá, con alrededor de 11% del PIB destinado a servicios de salud. Otro grupo grande de países europeos, así como Australia y Nueva Zelanda (y Sudáfrica), se encuentran en una banda de entre 8 y 10% del PIB. Un grupo similar de países de Europa Central y del Este, como Hungría, la República Checa y Polonia, asignan entre 6 y 8% del PIB a salud. Solo México, Letonia, y notablemente Turquía con 4.3%, gastan menos del 6% del PIB en servicios de salud. El gasto en salud de Turquía como proporción del PIB, es similar al de India.

Considerando los cambios a lo largo del tiempo, la proporción promedio de gasto en salud con respecto al PIB tuvo una variación muy marcada en 2009, con el rápido deterioro de las condiciones generales de la economía en muchos países, aunque el crecimiento del gasto en salud se sostuvo en alrededor de 3% en promedio en 2008 y 2009 (Figura 7.4). Aunque el crecimiento subsecuente del gasto en salud también disminuyó significativamente -acercándose a cero en promedio en 2010/11 - este marcado incremento en la proporción del gasto en salud con respecto al PIB se ha mantenido en la medida en que la tasa de crecimiento del gasto en salud tiende a seguir de cerca el crecimiento de la economía en general desde 2012.

Sin embargo, detrás del promedio de la OCDE emergen diferentes patrones considerando a los países individualmente. En los Estados Unidos, después de algunos años (2009-14) en que la proporción del gasto en salud con respecto al PIB se mantuvo estable en alrededor de 16.4%, se han visto incrementos de nuevo en 2015 y 2016, que alcanzan 17.2% en 2016 (Figura 7.5). Esto refleja el período anterior a la crisis económica, cuando el gasto en salud creció casi un punto porcentual entre 2003 y 2008. Corea ha tenido el incremento más notable en la proporción de recursos económicos asignados a la salud a

lo largo del tiempo, con un avance significativo después de muchos años a la zaga del crecimiento y de los incrementos en la cobertura de la población. En 2003, el gasto en salud en Corea fue de solo 4.5%, mientras que en 2016 se estima que alcanzó 7.2%. En el otro extremo de la escala, no se percibe ningún impacto claro para México, donde la proporción del gasto en salud con respecto al PIB se ha mantenido relativamente constante en este período en alrededor del 6% del PIB.

En Europa, la proporción del gasto en salud con respecto al PIB se ha estabilizado en Alemania desde 2009, pues el crecimiento del gasto en salud se ha alineado con el crecimiento económico, con un incremento lento pero estable que alcanzó 11.3% en 2016, casi un punto porcentual arriba del nivel de 2003. En contraste Grecia, donde hubieron recortes importantes en el gasto en salud desde 2009, la proporción de gasto en salud-PIB ha fluctuado, acercándose a 10% en 2010, para regresar a un nivel similar al de principios de los años 2000 de alrededor de 8% del PIB.

Definición y comparabilidad

Para una definición de gasto en salud, ver el indicador "Gasto en salud per cápita".

Producto interno bruto (PIB) = consumo final + formación bruta de capital + exportaciones netas. El consumo final de los hogares incluye los bienes y servicios usados por los hogares o la comunidad para satisfacer sus necesidades individuales. Incluye el gasto en consumo final de los hogares, del gobierno en general y de instituciones sin fines de lucro que les sirven.

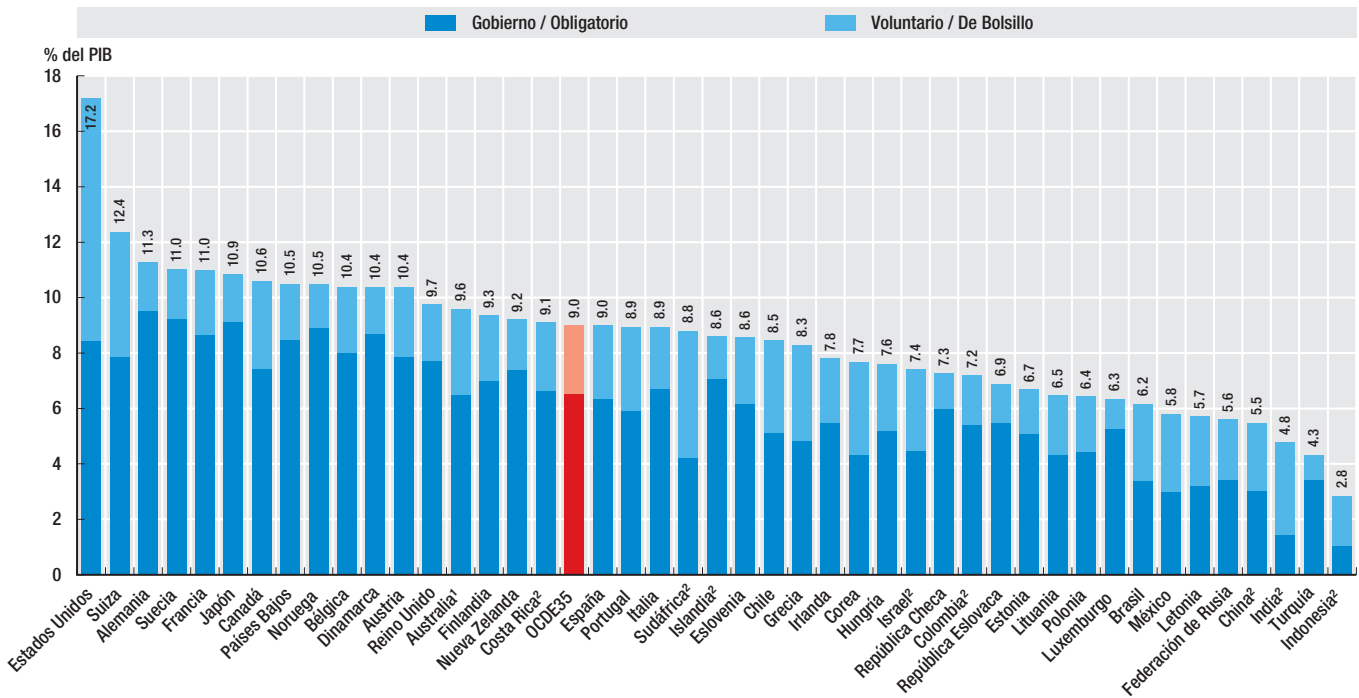
En países como Irlanda y Luxemburgo, donde una proporción significativa del PIB se refiere a ganancias de exportaciones no disponibles para consumo nacional, el producto nacional bruto (PNB), puede ser más apropiado para esta medición que el PIB.

Debe notarse que los datos para 2016 se basan en cifras preliminares provistas por el país, o estimados de la Secretaría de la OCDE.

Referencias

OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

7.3. Gasto en salud como proporción del PIB, 2016 (o año más cercano)



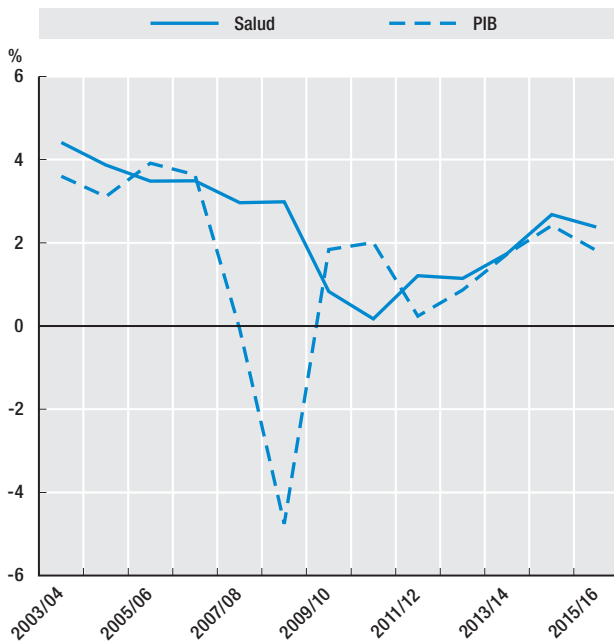
Nota: El gasto excluye inversiones, a menos que se indique otra cosa.

1. El estimado de gasto en Australia excluye el gasto para residencias de ancianos de seguridad social.
2. Incluye inversiones.

Fuente: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604229>

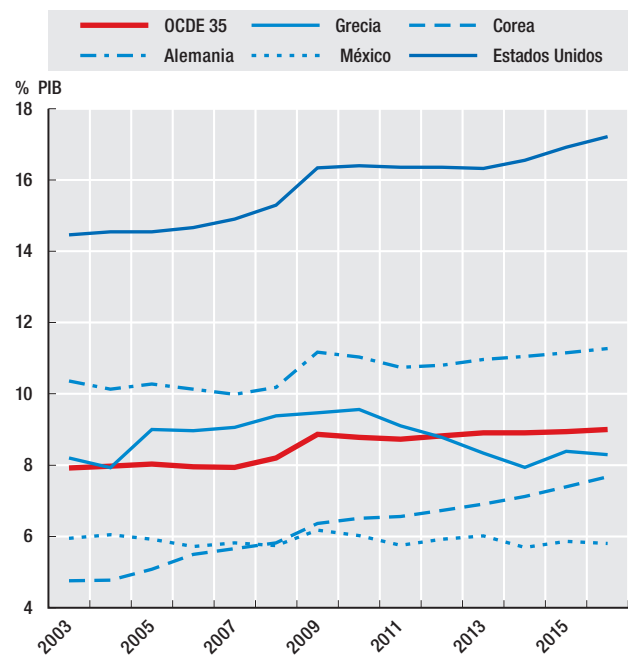
7.4. Crecimiento anual promedio del gasto en salud per cápita y PIB, 2003-16 (Promedio OCDE)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604248>

7.5. Gasto en salud como proporción del PIB, selección de países de la OCDE, 2003-16



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604267>

Financiamiento del cuidado de la salud

El pago del cuidado de la salud puede provenir de diferentes esquemas financieros. En algunos países, puede ser cubierto principalmente por esquemas de gobierno con los cuales los individuos tienen automáticamente derecho a los servicios con base en su residencia. En otros casos, los esquemas obligatorios de seguro médico (ya sea mediante entidades públicas o privadas) financian el total del gasto en salud. Asimismo, una proporción variable del gasto en salud consiste de pagos de los hogares (ya sea como pagos independientes o como parte de esquemas de co-pago), así como diferentes formas de seguros médicos voluntarios que reemplazan, complementan o suplen la cobertura automática u obligatoria.

En todos los países de la OCDE, excepto en uno, los esquemas de gobierno y seguros médicos obligatorios constituyen la principal fuente de financiamiento de servicios de salud. En conjunto, representaron en promedio casi tres cuartas partes del gasto total en salud en la OCDE en 2015 (Figura 7.6). En Dinamarca, Suecia y el Reino Unido, los gobiernos centrales, regionales o locales financiaron 80% o más del total del gasto en salud. En Alemania, Japón, Francia y la República Eslovaca, más del 75% del gasto total en salud se pagó por medio de seguros médicos obligatorios. Solo en los Estados Unidos, menos de la mitad del gasto total en salud fue financiado por el gobierno o seguros médicos obligatorios. En contraste, una gran proporción del gasto en salud (35%) fue pagado con seguros médicos voluntarios.

Los gobiernos proveen múltiples servicios públicos del total del presupuesto. Por lo tanto, los servicios de salud compiten con muchos otros sectores como educación, defensa y vivienda. La cantidad de fondos públicos asignados a la salud se determina por una variedad de factores que incluyen entre otros, el tipo de sistema y la composición demográfica de la población. Las prioridades relativas del presupuesto pueden cambiar de año a año como resultado de decisiones políticas y efectos económicos. En 2015, el gasto en salud de esquemas gubernamentales y seguros obligatorios se situó alrededor del 15% del gasto total del gobierno en la OCDE (Figura 7.7). En Japón, Suiza, Nueva Zelanda, los Estados Unidos y Alemania, más del 20% del gasto público se dedicó a servicios de salud. Por otro lado, en Letonia y Grecia menos de uno de cada 10 euros gastados por gobiernos o seguros obligatorios, se destinaron a servicios de salud.

Después de los esquemas de gobierno y seguros médicos obligatorios, el gasto de bolsillo tiende a ser la principal fuente de fondos. En promedio en la OCDE, los hogares financiaron directamente alrededor de una quinta parte del gasto en salud total en 2015. Esta proporción es superior a un tercio del gasto en salud en Grecia (35%), Corea (37%), México (41%) y Letonia (42%), mientras que en Francia es menor al 10%. Con la implantación de la cobertura universal de salud en algunos países de la OCDE en décadas anteriores, han habido reducciones significativas de la proporción de costos de cuidado de la salud pagados por los hogares. Más recientemente, la proporción de gasto de bolsillo ha sido en general estable, pero con algunos incrementos notables en algunos países Europeos (Figura 7.8). En Grecia (+6.2 puntos porcentuales) y España (+4.7 pp) la proporción de gasto en salud pagada

por los hogares se ha incrementado desde 2009 debido a la implantación de reformas para balancear los presupuestos públicos que trasladaron algunas responsabilidades financieras a los pacientes. Por otro lado, esta proporción se ha reducido en México (-6.0 pp) y Chile (-2.3 pp) en el mismo periodo.

Definición y comparabilidad

El financiamiento de los servicios de salud puede ser analizado desde el punto de vista de esquemas de financiamiento (esquemas financieros mediante los cuales los servicios son pagados y prestados a la población, p. ej. seguridad social), y agentes financieros (organizaciones que manejan los esquemas de financiamiento, p. ej. agencia de seguro médico), y tipos de ingresos (p. ej. contribuciones a la seguridad social). En esta publicación se usa "financiamiento" en el sentido de esquemas como se definen en el System of Health Accounts (OECD, Eurostat y WHO, 2011) e incluye esquemas de gobierno, seguros médicos obligatorios y voluntarios, así como fondos privados como el gasto de bolsillo de los hogares, ONGs y corporaciones privadas. El seguro médico obligatorio puede ser ofrecido por aseguradoras privadas, en algunos casos sin obligación de contratos individuales (p. ej. en Chile y Alemania). El gasto de bolsillo es el desembolso hecho directamente por los pacientes e incluye arreglos de costos compartidos y pagos informales para proveedores de servicios de salud.

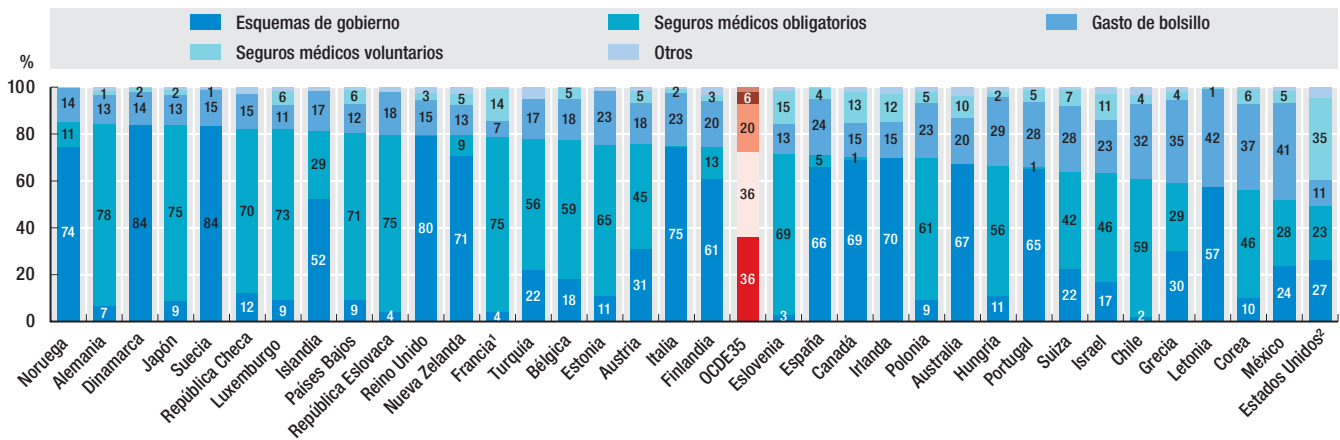
El gasto total de gobierno se define en el System of National Accounts, e incluye consumo intermedio, compensación de empleados, intereses, beneficios sociales, transferencias sociales en especie, subsidios, otros gastos corrientes y gasto de capital pagado por gobiernos centrales, regionales y locales, así como fondos de seguridad social. Para los países con seguro médico obligatorio proporcionado por aseguradoras privadas, la relación del gasto de esquemas gubernamentales de financiamiento y esquemas de seguro obligatorios con respecto al gasto total del gobierno, está en cierta medida sobreestimada.

El gasto de las compañías aseguradoras privadas en los Estados Unidos se considera como parte de seguros médicos voluntarios, aunque la Affordable Care Act (ACA) obliga a los individuos a adquirir un seguro médico, o pagar una multa desde 2014.

Referencias

- Mueller, M. and D. Morgan (2017), "New Insights into Health Financing: First Results of the International Data Collection Under the System of Health Accounts 2011 Framework", *Health Policy*, vol. 121, núm. 7, pp. 764-769.
- OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

7.6. Gasto en salud por tipo de financiamiento, 2015 (o año más cercano)

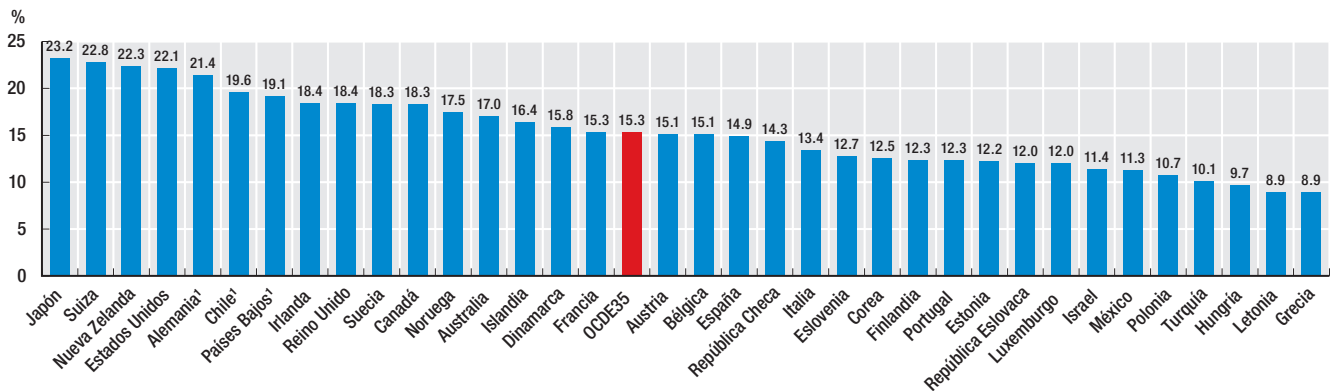


- 1. Francia no incluye pagos de bolsillo de pacientes internados en cuidados de largo plazo, lo que resulta una subestimación del gasto de bolsillo.
- 2. El gasto de compañías aseguradoras privadas en los Estados Unidos se reporta como seguros médicos voluntarios.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604286>

7.7. Gasto en salud por esquemas de gobierno y seguros médicos obligatorios como proporción del gasto total del gobierno, 2015 (o año más cercano)



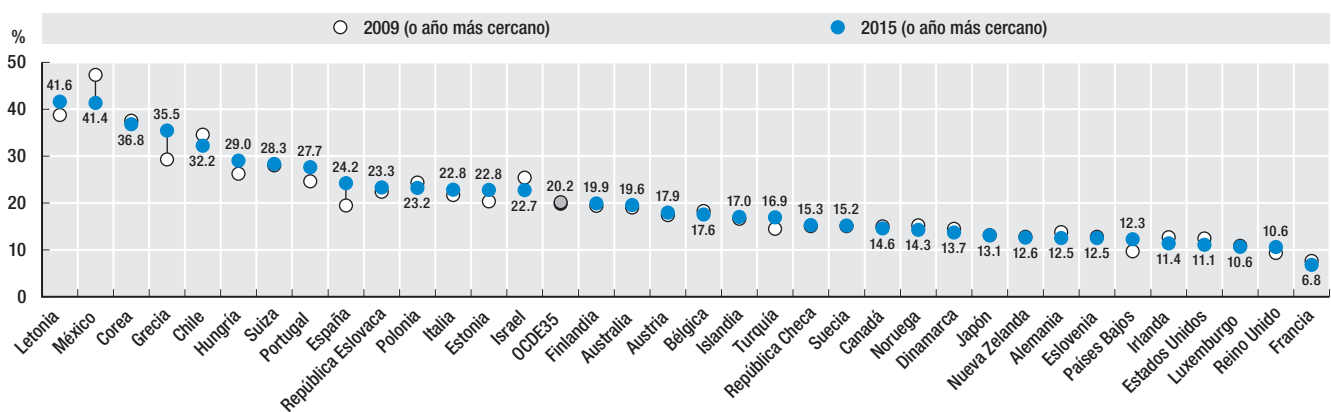
Nota: La relación del gasto de gobierno y seguros médicos obligatorios al gasto total del gobierno puede resultar una sobreestimación en países donde el seguro obligatorio es proporcionado por aseguradoras privadas.

- 1. Incluye el gasto de aseguradoras privadas para seguros médicos obligatorios.

Fuente: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604305>

7.8. Cambios en el gasto de bolsillo como proporción del gasto en salud, 2009 a 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604324>

Fuentes de financiamiento de servicios de salud

En todos los países de la OCDE, los diferentes esquemas que pagan los bienes y servicios para la salud dependen de una mezcla de diferentes fuentes de ingresos. Los esquemas de gobierno, por ejemplo, típicamente reciben asignaciones de presupuesto de los ingresos totales del gobierno (p. ej. de ingreso e impuestos a empresas, impuesto al valor agregado, etc.). La seguridad social normalmente se financia de contribuciones pagadas por empleados y empleadores. Sin embargo, estos esquemas también pueden recibir porciones variables de sus ingresos de transferencias gubernamentales. Las principales fuentes de ingreso para seguros médicos privados son los pagos previos obligatorios o voluntarios, que típicamente se realizan como pagos de primas al contratar una póliza de seguro. Los pagos de bolsillo se financian exclusivamente con los ingresos de los hogares. Algunos esquemas de financiamiento de servicios de salud (p. ej. esquemas sin fines de lucro o de empresas), pueden también recibir donaciones o ingresos adicionales de inversiones o rentas. Los esquemas de financiamiento de residentes también pueden recibir transferencias de fuera como parte de tratados de cooperación bilateral con gobiernos extranjeros, u otros socios de desarrollo. Estas transferencias no juegan un papel importante en la inmensa mayoría de países de la OCDE.

La composición de los ingresos está fuertemente relacionada con el sistema de financiamiento de los servicios de salud de un país. Por lo tanto, al analizar la estructura general de ingresos de por ejemplo, Dinamarca, donde las actividades de cuidado de la salud se financian en forma predominante por esquemas de gobiernos locales (ver el indicador de “Financiamiento del cuidado de la salud”), las transferencias gubernamentales son el ingreso más importante (Figura 7.9). La comparación de la estructura de los esquemas de financiamiento con los tipos de ingresos que estos esquemas reciben, puede dar información importante de cómo funciona el financiamiento en los diferentes sistemas de salud. En muchos países, el papel del gobierno es típicamente más importante que el de solo un comprador de servicios de salud (Mueller y Morgan, 2017). En Japón, por ejemplo, el gobierno es directamente responsable de solo el 9% del gasto en salud, pero las transferencias gubernamentales a los diferentes esquemas que existen en el país, constituyen el 42% del total de ingresos para el financiamiento del cuidado de la salud.

El papel que juegan los gobiernos como una fuente de financiamiento, puede ser resaltado más claramente al analizar la composición de ingresos por seguros médicos obligatorios, que en la mayoría de los países de la OCDE consiste de seguridad social (SHI, por sus siglas en inglés) (Figura 7.10). En los países que se analizan, las transferencias gubernamentales son una fuente de ingreso en cada caso, pero su importancia difiere significativamente. En Japón, más del 40% de los ingresos de la seguridad social provienen de transferencias gubernamentales. Las proporciones son similares en Chile y Finlandia, pero representan menos del 5% en Estonia, Polonia y Eslovenia. En estos países, los fondos de la seguridad social financian sus gastos casi exclusivamente

con contribuciones sociales. Aún así, existen variaciones sustanciales cuando se analiza este flujo de ingresos en más detalle. En Polonia, los empleados asumen la carga de las contribuciones sociales, mientras que en Estonia la responsabilidad corresponde a los empleadores.

Algunos países planean reducir su dependencia de las contribuciones basadas en salarios, considerando la reducción de los mercados laborales y los choques financieros, y están buscando formas de diversificar la base de ingresos (OECD, 2015). Aunque hay pequeños cambios de año a año en la estructura del financiamiento de los servicios de salud, y la composición de los ingresos, se pueden discernir algunas tendencias en un horizonte de más largo tiempo (Figura 7.11). En Bélgica, por ejemplo, la proporción de contribuciones sociales al ingreso total ha caído de más de 50% a alrededor de 43% en la última década. Al mismo tiempo, las transferencias gubernamentales se han vuelto más importantes. El caso de los Estados Unidos es semejante, con un incremento de la proporción de transferencias gubernamentales de 34% a 41% en el mismo periodo. Por otro lado, en Corea, las transferencias gubernamentales se han estancado y la proporción de las contribuciones sociales se ha incrementado.

Definición y comparabilidad

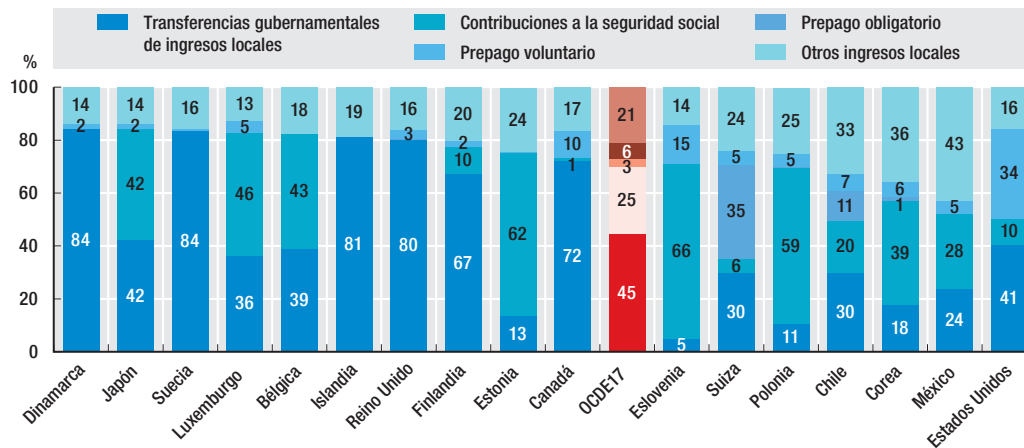
Los esquemas de financiamiento de servicios de salud deben tener ingresos para pagar bienes y servicios para la población que cubren. Existen diferentes tipos de ingresos que pueden estar cercanamente relacionados con los esquemas de financiamiento. En general, los esquemas de financiamiento pueden recibir transferencias del gobierno, contribuciones a la seguridad social, prepagos obligatorios o voluntarios (p. ej. primas de seguro), otros ingresos locales o ingresos del extranjero como parte de ayuda al desarrollo.

En realidad, los ingresos de un esquema de financiamiento de servicios de salud no son idénticos típicamente a sus gastos en un año dado, lo que genera un excedente o un déficit de fondos. En la práctica, la mayoría de los países solo analizan la composición de ingresos por esquema, y aplican las proporciones resultantes prorrateando los gastos para cada esquema de financiamiento para igualar los ingresos con los gastos.

Referencias

- Mueller, M. y D. Morgan (2017), “New Insights into Health Financing: First Results of the International Data Collection Under the System of Health Accounts 2011 Framework”, *Health Policy*, vol. 121, núm. 7, pp. 764-769.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.

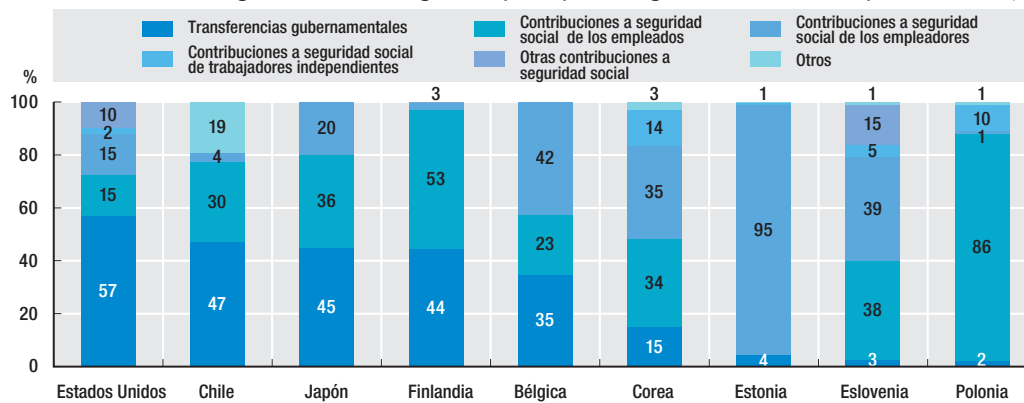
7.9. Fuentes de financiamiento por tipo de ingreso, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604343>

7.10. Fuentes de financiamiento de seguro médico obligatorio por tipo de ingreso, selección de países, 2015 (o año más cercano)

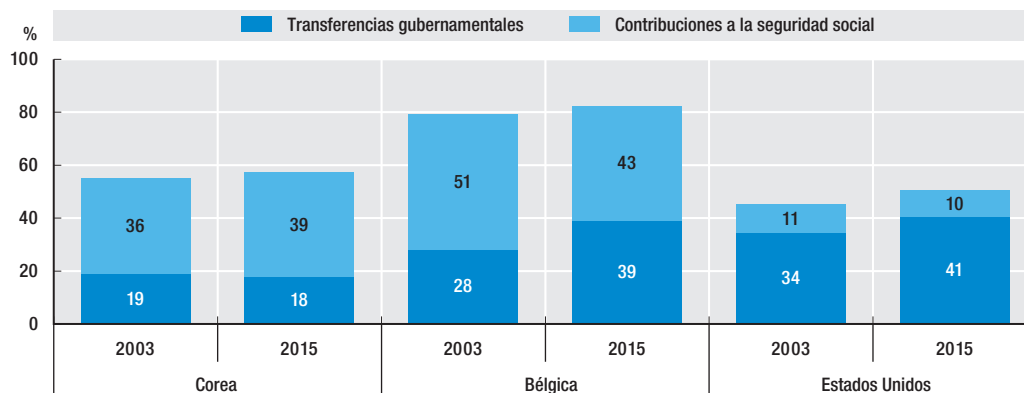


Nota: "Otros" incluye prepagos obligatorios y otros ingresos locales.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604362>

7.11. Proporción de transferencias gubernamentales y contribuciones a la seguridad social en todos los ingresos de esquemas de financiamiento, selección de países, 2003-15



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604381>

Gasto en salud por tipo de servicio

La división del gasto en salud en diferentes bienes y servicios refleja una variedad de factores, desde la carga de la enfermedad y prioridades del sistema, hasta aspectos organizacionales y costos. El gasto en cuidados hospitalarios y ambulatorios se combina para la mayor parte del gasto en salud en los países de la OCDE, casi dos tercios del gasto en salud promedio en 2015 (Figura 7.12). Los bienes médicos (principalmente productos farmacéuticos), representaron un 19% más del gasto en salud, mientras que 14% se destinó a servicios de cuidados de largo plazo. El 6% restante se destinó a prevención y servicios de salud pública, así como en la gestión y administración del sistema de salud en general.

Grecia gasta una proporción muy alta en *hospitalización* (que incluye cuidados de corto plazo en hospitales) lo que representa el 40% de su gasto en salud en 2015. El cuidado de pacientes hospitalizados también tiene un papel importante en Polonia, Austria y Francia, con más de un tercio del gasto total. Los países con una proporción alta de gasto en servicios *ambulatorios* incluyen a Portugal (48%) e Israel (47%). Los Estados Unidos reportan de manera consistente una de las más altas proporciones de gasto en servicios ambulatorios, pero éste incluye los honorarios de los médicos en los casos en que cobran independientemente a los pacientes por los cuidados en el hospital.

La tercera categoría más importante de gasto en salud se destina a bienes médicos. Las variaciones pueden deberse a un número de factores como los diferentes canales de distribución que operan, el uso de genéricos, y los precios relativos de los productos farmacéuticos. En la República Eslovaca (35%), y Hungría (32%), los bienes médicos representaron el componente más importante del gasto en salud. La proporción también es alta en Letonia, México y Grecia, de alrededor de 30%. Por otro lado en Dinamarca, Luxemburgo y Noruega, el gasto en bienes médicos representa únicamente 10-11% del gasto en salud.

También existen diferencias entre los países en el monto del gasto en servicios de cuidado de largo plazo (ver Capítulo 11). Noruega, Suecia y los Países Bajos con los arreglos formales que han establecido para el cuidado de los ancianos y la población dependiente, destinan más de una cuarta parte del total del gasto en salud a cuidados de largo plazo. En contraste, en muchos países en el sur de Europa, Europa Central y del Este que tienen sectores más informales de cuidados de largo plazo, el gasto en este servicio representa una proporción mucho menor.

La desaceleración del gasto en salud que muchos países de la OCDE han experimentado después de la crisis, ha afectado todas las áreas del sector salud, pero en diferentes grados (Figura 7.13). El gasto en medicamentos se contrajo anualmente en 0.5%, después de tener incrementos anuales de 2.3% en los años anteriores a la crisis, y crecimientos aún mayores en los años 90 y principios de los años 2000. A pesar de proteger inicialmente los presupuestos de salud pública, el crecimiento del gasto en prevención también fue negativo en alrededor de la mitad de los países de la OCDE después de 2009. En promedio, el gasto en cuidados preventivos se contrajo en 0.2% anualmente, después de registrar tasas de crecimiento muy altas durante el período 2003-09 (4.6%). Parte del retroceso en el crecimiento del gasto se

puede explicar por la epidemia de influenza H1N1, que causó gastos significativos atípicos en vacunas en muchos países alrededor de 2009 (Gmeinder et al., próxima publicación).

Aunque el gasto en cuidados hospitalarios, ambulatorios y de largo plazo ha seguido creciendo, las tasas también se han reducido significativamente desde 2009. El crecimiento del gasto para cuidados ambulatorios se redujo a casi la mitad en general (4% vs. 2.3%), pero siguió siendo positivo en la mayoría de los países de la OCDE. Algunos gobiernos decidieron proteger el gasto para cuidados primarios y servicios prioritarios, y hacer recortes en otros rubros del sistema de salud. La tasa de crecimiento anual promedio para cuidados hospitalarios, se redujo a casi la mitad de la previa, desde 2%, y resultó negativa entre 2009 y 2015 en una cuarta parte de los países de la OCDE. La reducción de salarios en hospitales públicos, el retraso en la sustitución del personal y en la inversión en infraestructura fueron algunas de las medidas más frecuentemente tomadas en los países de la OCDE para balancear los presupuestos de salud.

Definición y comparabilidad

El *System of Health Accounts* (OECD, Eurostat y WHO, 2017), define los límites del sistema de salud desde una perspectiva funcional, con funciones de cuidado de la salud que se refieren a diferentes tipos de bienes y servicios para la salud. El gasto corriente en salud comprende el cuidado personal de la salud (cuidados curativos, de rehabilitación, de largo plazo, servicios complementarios y bienes médicos) y servicios colectivos (prevención y servicios de salud pública, así como administración, lo que se refiere a la gestión y administración del sistema de salud en general, más que al nivel de proveedor de servicios). Los cuidados curativos, de rehabilitación y de largo plazo, también pueden ser clasificados por la forma en que se proveen (cuidados hospitalarios, de corto plazo, ambulatorios, y cuidados en casa).

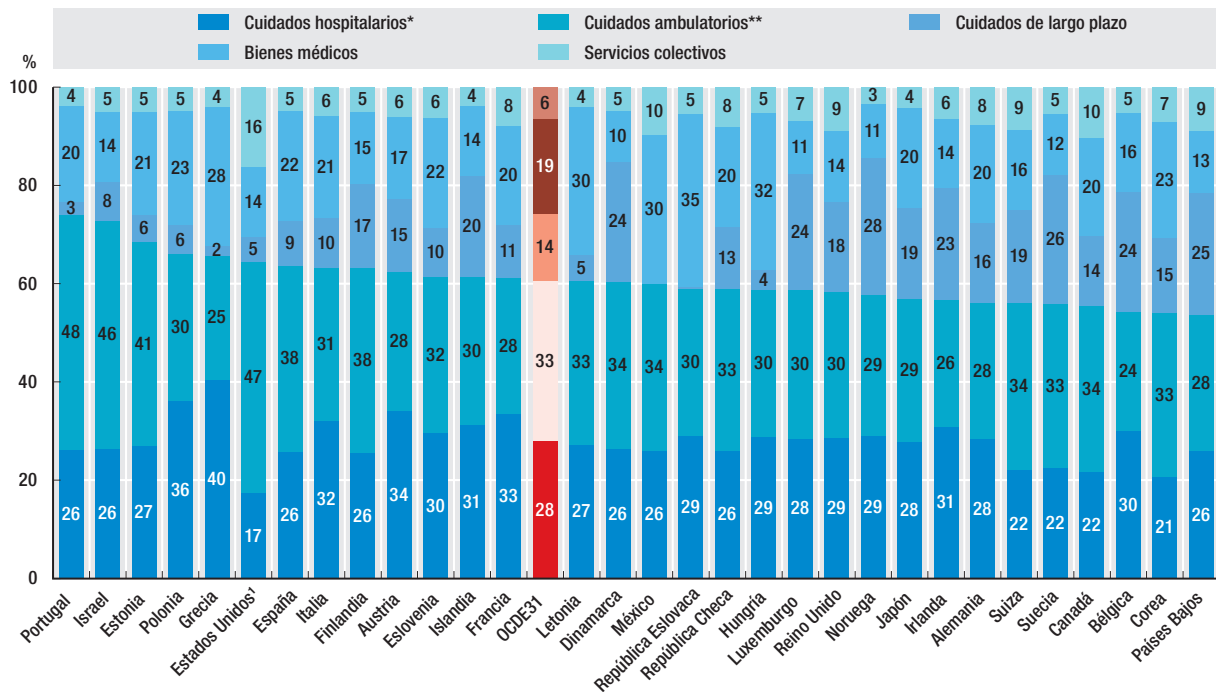
En cuanto a los cuidados de largo plazo, solo el aspecto sanitario se reporta como gasto en salud, aunque en algunos países es difícil separar claramente los aspectos sanitarios y sociales de los cuidados de largo plazo. Por lo tanto, los estimados del gasto en cuidados de largo plazo siguen siendo uno de los principales factores que limitan la comparabilidad entre países.

Para el cálculo de tasas de crecimiento en términos reales, se utilizaron deflatores del PIB.

Referencias

- Gmeinder, M., D. Morgan y M. Mueller (2017), "How Much Do OECD Countries Spend on Prevention?", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris.
- OECD, Eurostat y WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

7.12. Gasto en salud por tipo de servicio, 2015 (o año más cercano)



Nota: Los países se clasifican según la proporción del gasto corriente en salud que representan los cuidados curativos y de rehabilitación.

*Se refiere a los cuidados curativos y de rehabilitación de pacientes hospitalizados y contextos de cuidados de corto plazo.

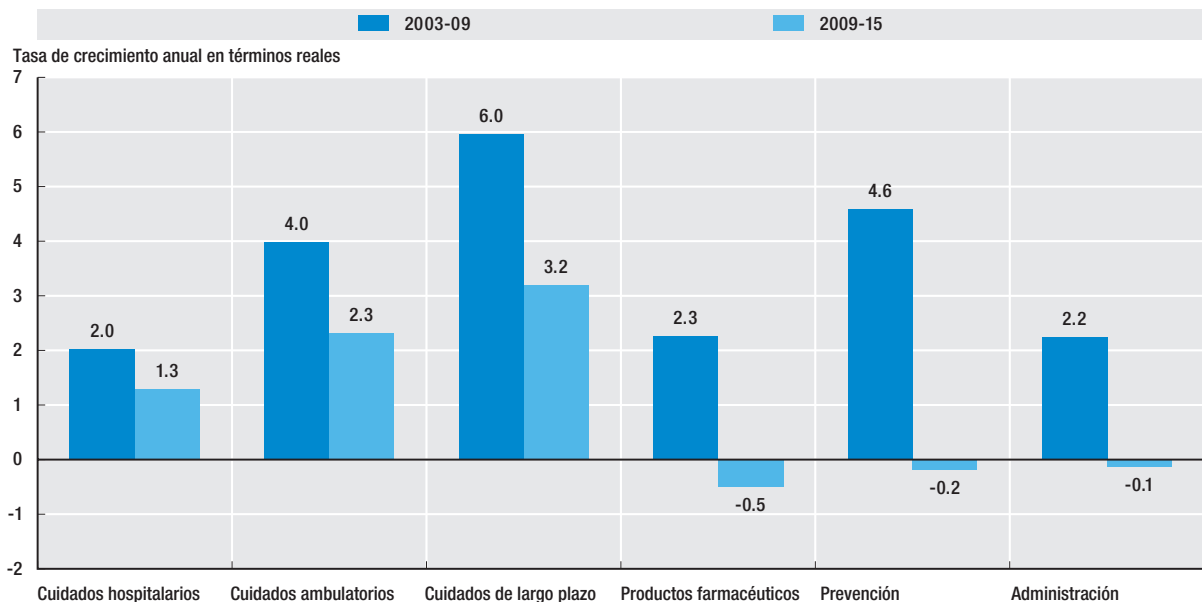
**Incluye cuidados en casa y servicios complementarios.

1. Los servicios a pacientes hospitalizados provistos por médicos que cobran de manera independiente, se incluyen en los cuidados ambulatorios para los Estados Unidos.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604400>

7.13. Tasas de crecimiento del gasto en salud per cápita para una selección de servicios, promedio de la OCDE, 2003-15



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604419>

Gasto en salud por proveedor

En los países de la OCDE, la prestación de servicios y bienes de salud tiene lugar en diversos contextos organizacionales que van de hospitales y consultorios, hasta farmacias e incluso hogares privados que se encargan de miembros de la familia. Un desglose por proveedor permite dar seguimiento al gasto en salud desde un punto de vista organizacional, lo que es un complemento útil al desglose funcional del gasto en salud (ver el indicador “Gasto en salud por tipo de servicio”).

Aunque la forma en la que se organiza la prestación de servicios de salud varía considerablemente entre los países de la OCDE, los hospitales son el principal proveedor en términos de gasto en salud (Figura 7.14). Representan cerca del 40% del gasto total en promedio, y la principal categoría para casi todos los países. En Turquía, Estonia e Italia, alrededor de la mitad del gasto total en salud representa actividades realizadas en hospitales. Por el contrario en Canadá, Alemania y México, representan el 30 % o menos del gasto en salud.

Los proveedores ambulatorios son la segunda categoría más importante del gasto en salud. En general, alrededor de un cuarta parte del gasto se destina a proveedores ambulatorios, variando de más de 50% en Israel a 20% o menos en Irlanda, la República Eslovaca, los Países Bajos y Turquía. La categoría cubre una gran variedad de instalaciones, y dependiendo de la estructura organizacional de cada país, la mayor parte del gasto se destina a consultorios, de médicos generales y especialistas (p. ej. Austria, Francia y Alemania), o centros de cuidados ambulatorios (p. ej. Finlandia, Irlanda y Suecia). En promedio, los consultorios de médicos generales y especialistas junto con los centros de cuidados ambulatorios, representan alrededor de dos tercios del gasto total en proveedores ambulatorios. Alrededor de una quinta parte del gasto en cuidados ambulatorios se destina a cuidados dentales, y alrededor del 10% a proveedores de cuidados de salud en el hogar. Otras categorías principales incluyen comerciantes minoristas (principalmente farmacias que venden medicamentos de prescripción y OTCs), e instalaciones residenciales para cuidados de largo plazo (prestando cuidados principalmente a pacientes hospitalizados y dependientes que requieren cuidados de largo plazo).

Las actividades desempeñadas por los proveedores que están clasificados en la misma categoría, pueden variar de manera importante entre países. Esta variación es particularmente pronunciada en hospitales (Figura 7.15). Aunque la hospitalización para cuidados curativos y de rehabilitación representa la mayor parte del gasto hospitalario en casi todos los países de la OCDE, los hospitales también son importantes proveedores de cuidados ambulatorios en la mayoría de los países, por ejemplo a través de departamentos de accidentes y urgencias, unidades especializadas de servicios ambulatorios, laboratorios y servicios de imagenología prestados al público. En Suecia, Estonia, Finlandia y Portugal, los cuidados ambulatorios representan más del 40% del gasto hospitalario. En contraste, en Grecia, Alemania y Bélgica, menos del 10% del gasto hospitalario se destina a cuidados ambulatorios.

Muchos países han tenido un crecimiento en la proporción de gasto en salud destinado a hospitales en años recientes, y al mismo tiempo se ha dado una tendencia a trasladar los servicios médicos de hospitalización a cuidados de corto plazo (ver el indicador de “Cirugía ambulatoria” en el Capítulo 9). La principal motivación de esta tendencia es la mayor eficiencia y la reducción de tiempos de espera. Además, los procedimientos en contextos de cuidados de corto plazo son actualmente el mejor método para algunas intervenciones. Por lo tanto, en un número de países los cuidados de corto plazo representan más del 10% del gasto total en hospitales. Adicionalmente, la prestación de cuidados de largo plazo en hospitales representa una importante proporción del gasto hospitalario en algunos países (p. ej. Corea, Japón e Islandia).

Definición y comparabilidad

El universo de proveedores de cuidados para la salud se define en el System of Health Accounts (OECD, Eurostat y WHO, 2017) y comprende *proveedores primarios*, es decir organizaciones y actores que proveen bienes y servicios para el cuidado de la salud como su actividad primaria; y también *proveedores secundarios*, para quienes la provisión de cuidados para la salud es una de muchas actividades.

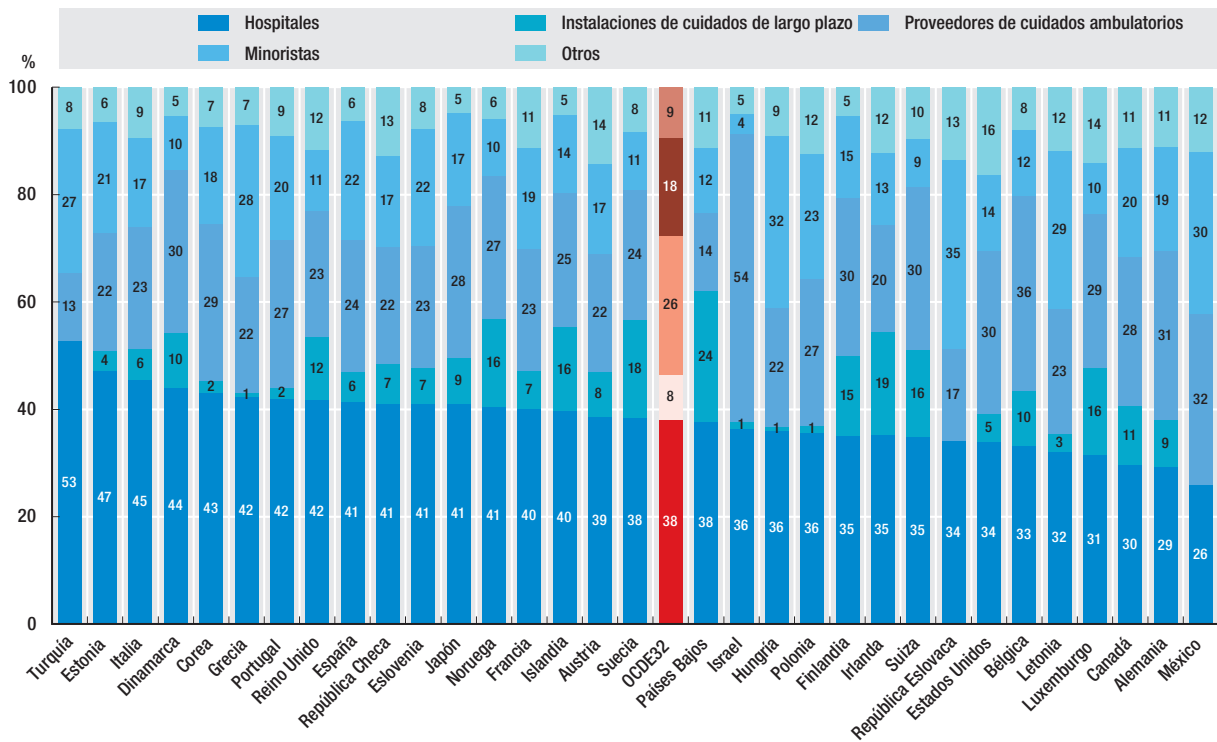
Las principales categorías de proveedores primarios son hospitales (intensivos y psiquiátricos), instalaciones residenciales de cuidados de largo plazo, proveedores ambulatorios (consultorios de médicos generales y especialistas, consultorios dentales, centros de cuidados ambulatorios, proveedores de servicios de cuidado de la salud en el hogar), proveedores de servicios complementarios (p. ej. servicios de ambulancia, laboratorios), minoristas (p. ej. farmacias), y proveedores de cuidados preventivos (p. ej. institutos de salud pública).

Los proveedores secundarios incluyen instituciones residenciales de cuidado, cuyas actividades principales pueden ser la provisión de alojamiento pero prestan servicios de enfermería como actividad secundaria, supermercados que venden productos OTC, o instalaciones que prestan servicios de salud a grupos restringidos de la población, como los servicios de salud en penales. Los proveedores secundarios también incluyen a proveedores de la administración y financiamiento del sistema de salud (p. ej. agencias gubernamentales, agencias de seguros médicos) y los hogares como proveedores de cuidados de la salud.

Referencias

OECD, Eurostat y WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

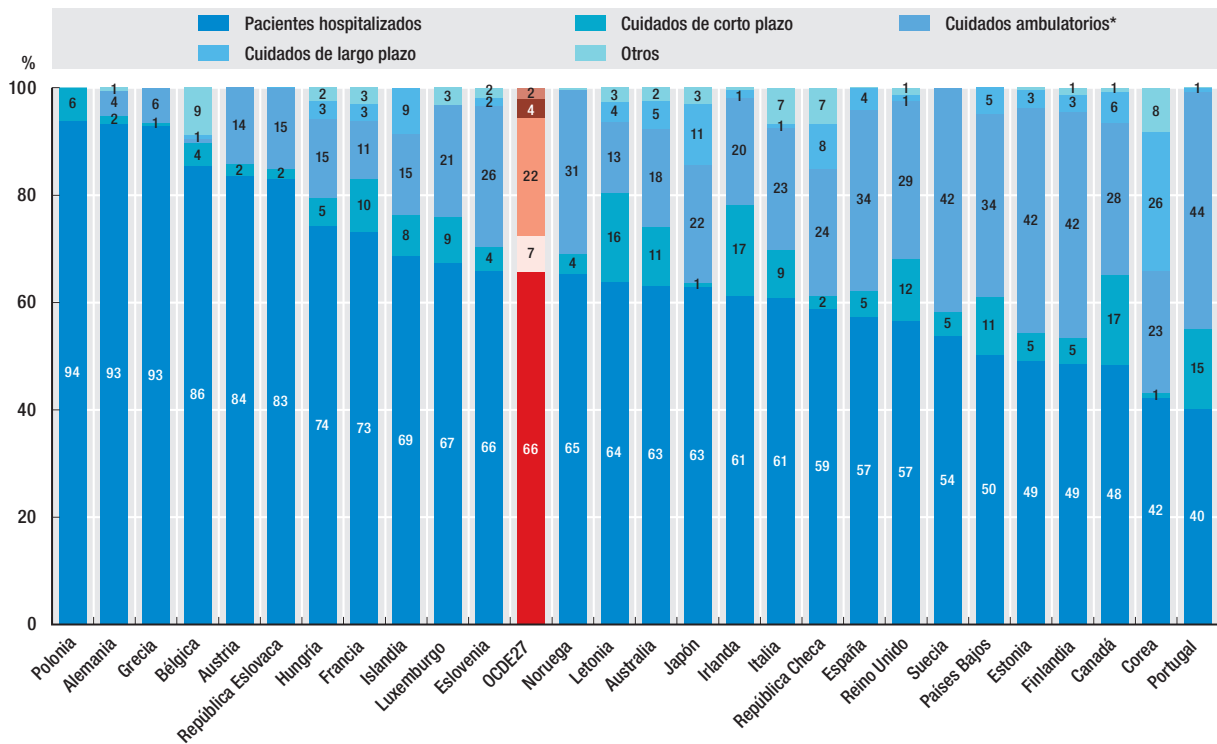
7.14. Gasto en salud por proveedor, 2015 (o año más cercano)



Nota: Los países se clasifican según la proporción del gasto en salud que representan los hospitales.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604438>

7.15. Gasto hospitalario por tipo de servicio, 2015 (o año más cercano)



Nota: Los países se clasifican según la proporción del gasto hospitalario que representan los cuidados curativos y de rehabilitación de pacientes hospitalizados.
*Incluye servicios complementarios.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604457>

Inversión en el sector salud

Aunque los sistemas de salud siguen siendo un sector que requiere de mucha mano de obra, el capital ha sido un factor cada vez más importante en la producción de servicios de salud en décadas recientes, como lo refleja por ejemplo, la creciente importancia de equipo terapéutico y de diagnóstico, o la expansión de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en los servicios de salud (ver el indicador previo en la adopción de servicios electrónicos en consultorios y hospitales). Sin embargo, el nivel de recursos invertidos en infraestructura, equipo y TIC tiende a fluctuar más con los ciclos económicos que el gasto corriente en servicios de salud, pues las decisiones de inversión son con frecuencia más mesuradas y pueden fácilmente posponerse o aprobarse dependiendo de circunstancias económicas. En cuanto a tomar decisiones de inversión de capital, los responsables de la formulación de políticas deben evaluar cuidadosamente no solo los costos de corto plazo, sino también los beneficios potenciales en el corto, mediano y largo plazos. Desacelerar la inversión en infraestructura sanitaria y equipo puede también reducir la capacidad de tratar a los pacientes, y contribuye al incremento de tiempos de espera para diferentes servicios.

En 2016, los países de la OCDE asignaron en promedio alrededor del 0.5% de su PIB para gasto de inversión de capital en el sector salud (Figura 7.16). Esta cifra contrasta con el 9% del PIB destinado a gasto corriente, es decir en cuidados médicos, productos farmacéuticos, etc. (ver el indicador "Gasto en salud como proporción del PIB"). Como ocurre con el gasto *corriente*, hay diferencias significativas en los niveles actuales de inversión entre países, y en las tendencias recientes observadas después de la crisis económica.

Japón hizo las inversiones de capital más altas como proporción del PIB en 2015, con más de 1% de su PIB invertido en construcción, equipo y tecnología en los sectores salud y social. Varios países Europeos –Bélgica, Austria y Alemania– hicieron también inversiones de capital relativamente altas en 2015, con entre 0.7-0.8% del PIB invertido. En su mayoría, los países de la OCDE se encuentran en una banda relativamente angosta de entre 0.4-0.6% del PIB cada año. Sin embargo, ya sea por las condiciones económicas o por las peculiaridades de las economías pequeñas (Luxemburgo e Islandia), la inversión de capital puede ser significativamente menor. Grecia, por ejemplo, destinó menos del 0.15% de su PIB a inversiones de capital en el sector salud en 2015.

Debido a su propia naturaleza, la inversión de capital fluctúa más que el gasto corriente año con año, en lo que se implantan los proyectos capitales en proceso (p. ej. construcción de hospitales y otras instalaciones) y programas de inversión en equipo nuevo (p. ej. equipo médico y de TIC). Las decisiones de inversión de capital

también tienden a ser más afectadas por ciclos económicos, siendo el gasto en infraestructura para el sistema de salud y en equipo frecuentemente reducidos o pospuestos durante crisis económicas. La Figura 7.17 muestra que la inversión anual en el sector salud en un número de países Europeos fuertemente afectados, disminuyó en términos reales en los años posteriores a la crisis. Grecia en particular, reportó una inversión de capital en el sector salud de alrededor de un tercio del nivel reportado 10 años antes. La inversión en Portugal e Italia ha decrecido en 30% o más de los máximos que alcanzó en 2010. En el Reino Unido también se experimentó una significativa reducción de la inversión: hasta 2009, la inversión de capital crecía rápidamente año con año, pero entre 2011 y 2014 retrocedió a los niveles de 2003.

Fuera de Europa varios países reportaron un incremento continuo en inversión de capital. Corea y Japón tienen incrementos recientes en la inversión en el sector salud alrededor de 50% más altos, en términos reales, que los niveles de 10 años antes (Figura 7.18).

Definición y comparabilidad

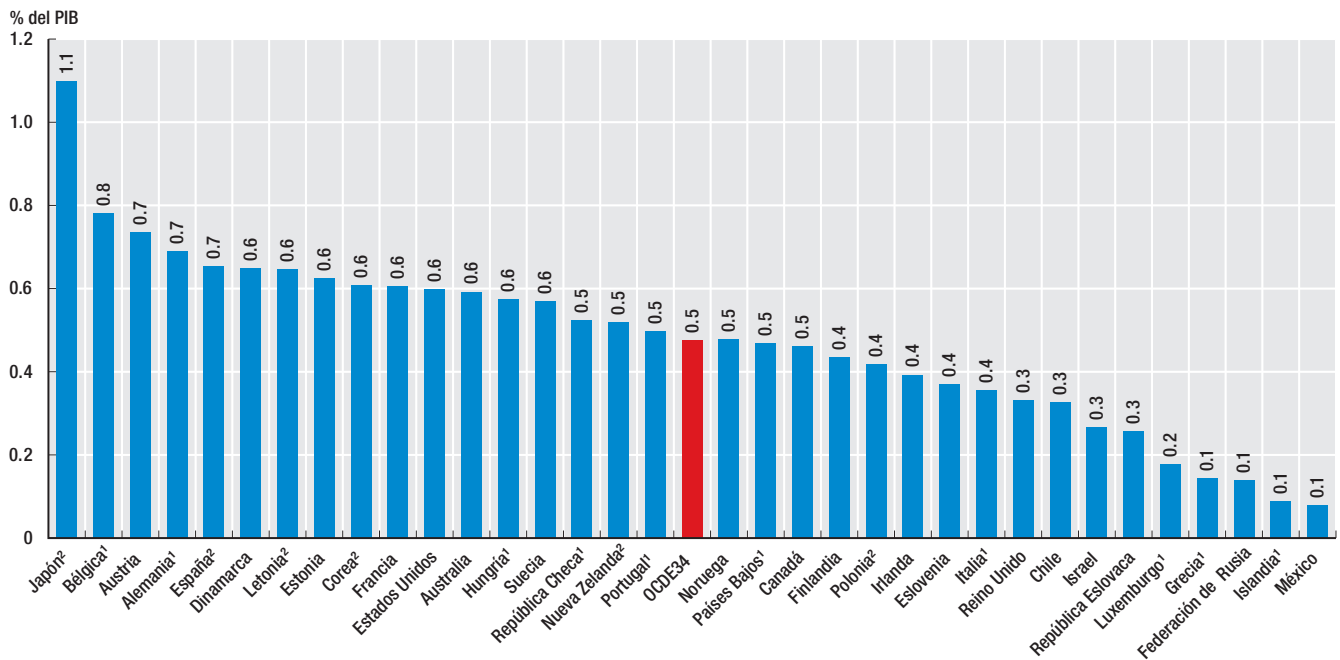
La formación bruta de capital fijo en el sector salud se mide por el valor total de los activos fijos que los proveedores de servicios han adquirido durante el año contable (menos el valor de los activos enajenados) y que se usan de manera repetida o continua por más de un año en la producción de servicios de salud. El desglose por activos incluye infraestructura (p. ej. hospitales, clínicas, etc.) maquinaria y equipo (incluyendo maquinaria de diagnóstico y quirúrgica, ambulancias y equipo de TIC), así como software y bases de datos.

Muchos países reportan la formación bruta de capital fijo bajo el System of Health Accounts. También se reporta bajo National Accounts, desglosado por sector industrial según el International Standard Industrial Classification (ISIC) Rev. 4 usando la Sección Q: salud humana y actividades de trabajo social, o División 86: actividades para la salud humana. La primera es normalmente más amplia que el límite SHA, mientras que la última es más angosta.

Referencias

OECD, Eurostat y WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

7.16. Formación bruta de capital fijo en el sector salud como proporción del PIB, 2015 (o año más cercano)



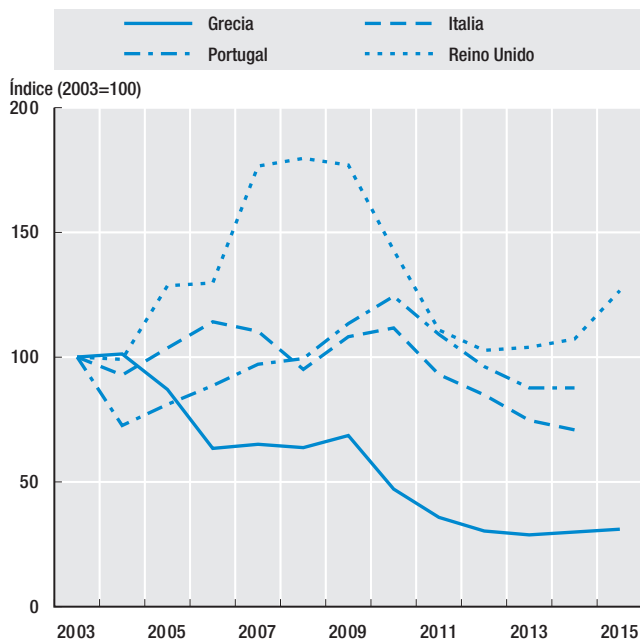
1. Se refiere a formación bruta de capital fijo en ISIC 86: actividades para la salud humana (ISIC Rev. 4).

2. Se refiere a la formación bruta de capital fijo en ISIC Q: salud humana y actividades de trabajo social (ISIC Rev. 4).

Fuente: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604476>

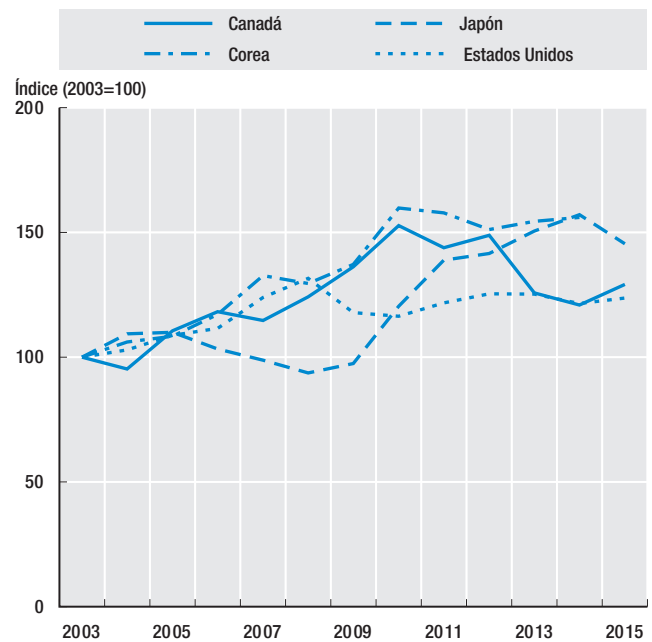
7.17. Formación bruta de capital fijo, precios constantes, selección de países europeos de la OCDE, 2003-15



Fuente: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604495>

7.18. Formación bruta de capital fijo, precios constantes, selección de países no europeos de la OCDE, 2003-15



Fuente: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604514>





8. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Fuerza laboral en salud y trabajo social

Médicos (número total)

Médicos por edad, género y categoría

Graduados de medicina

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

Personal de enfermería

Graduados de enfermería

Remuneración de personal de enfermería

Médicos y personal de enfermería capacitados en el extranjero

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

8. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Fuerza laboral en salud y trabajo social

El empleo en salud y trabajo social representa una proporción importante y creciente de la fuerza laboral en muchos países en el mundo (UN-High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth, 2016). En la OCDE, las actividades en salud y trabajo social constituyeron en promedio alrededor del 10% del empleo total en 2015 (Figura 8.1). La proporción de empleo es particularmente pronunciada en los países escandinavos, Finlandia y los Países Bajos, donde los trabajos en salud y trabajo social representan 15-20% de la fuerza laboral de estos países.

Adicionalmente, el porcentaje de trabajadores empleados en salud y trabajo social ha crecido consistentemente en muchos países de la OCDE entre 2000 y 2015. Para la OCDE en conjunto, hubo un incremento promedio de 1.7 puntos porcentuales en este periodo. Algunos de los incrementos más notables tuvieron lugar en Japón, Irlanda, Corea, Luxemburgo y los Países Bajos. Hubo cuatro países en los que la proporción de empleo en salud y trabajo social disminuyó: Letonia, México, Polonia y la República Eslovaca.

El rápido crecimiento del empleo en salud y trabajo social contrasta marcadamente con otros sectores (Figura 8.2). En los países de la OCDE, creció en promedio en 42% (con mediana de 34%) entre 2000 y 2015. En el mismo periodo, se experimentó un decremento general en el número de empleos en agricultura e industria en los países de la OCDE. El crecimiento del empleo en salud y trabajo social también fue notablemente mayor que el crecimiento del empleo en el sector de servicios, y muy por encima del crecimiento del empleo en general.

Las experiencias del pasado y las actuales muestran que el empleo en el sector salud y de trabajo social tiende a ser menos sensible a las fluctuaciones cíclicas en la economía que el empleo en otros sectores. El empleo total disminuyó ligeramente en los Estados Unidos durante las recesiones económicas de principios de los años 90, y significativamente en 2008-09, pero el empleo en el sector salud y de trabajo social siguió creciendo consistentemente en este mismo periodo. En la mayoría de los países de la OCDE, el número de médicos y personal de enfermería continuó creciendo durante el periodo de recesión (ver los indicadores de médicos y personal de enfermería).

En el futuro es probable que el empleo en salud y trabajo social crezca, pero se espera que cambie el tipo de habilidades y funciones, lo que refleja un número de factores. El envejecimiento de la población cambiará el patrón de demanda de servicios de salud y sociales, lo que puede incluir mayor demanda de cuidados de largo plazo y los servicios sociales relacionados, que son muy demandantes de mano de obra (OECD, 2011). A lo largo del tiempo, el incremento del ingreso y de la disponibilidad de nuevas

tecnologías aumentará las expectativas de calidad y alcance del cuidado (OECD, 2015).

Muchos países han empezado a introducir nuevos modelos de prestación de servicios que involucrarán mayor integración de los servicios de salud y trabajo social para cubrir las necesidades de sociedades que envejecen. Estos cambios están ampliando las funciones de proveedores no médicos (como personal de enfermería, farmacéuticos y profesionales de la salud de la comunidad) en el cuidado de la salud, con el objeto de mantener el acceso a los servicios y aumentar la productividad de la fuerza de trabajo dedicada a la salud, así como de mejorar la continuidad y calidad del cuidado de los pacientes. Es muy posible que estos cambios generen transformaciones importantes en el perfil de los empleados y las habilidades requeridas en el sector salud y de trabajo social.

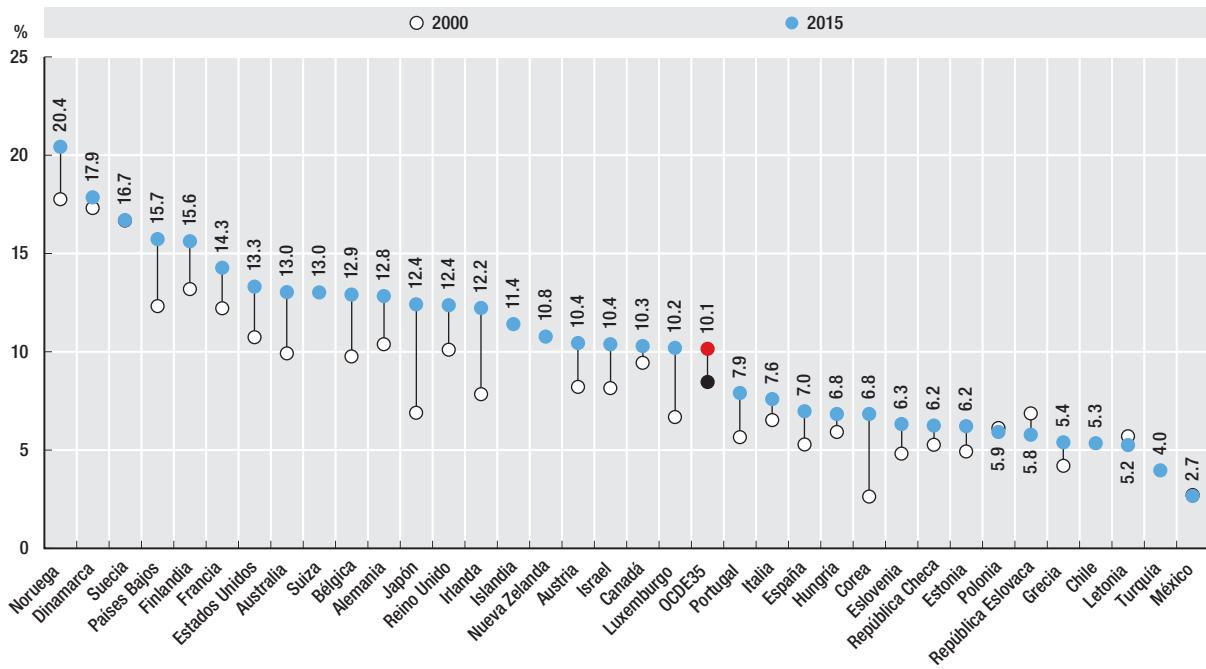
Definición y comparabilidad

Salud y Trabajo Social es una de las actividades económicas que se define de acuerdo a las principales divisiones del International Standard Industrial Classification of All Economic Activities (ISIC). Es un subcomponente del sector de Servicios, y se define como el conjunto de actividades para la salud humana, actividades de cuidado residencial (incluyendo cuidados de largo plazo), y actividades de trabajo social sin alojamiento. Los datos de empleo provienen de la base de datos OECD National Accounts (SNA) para los 35 países miembros de la OCDE, excepto los de Islandia y Turquía, que provienen de la base de datos OECD Annual Labour Force Statistics (ALFS).

Referencias

- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OECD (2011), *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- UN High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (2016), *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*, Ginebra, WHO. Disponible en <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports>.

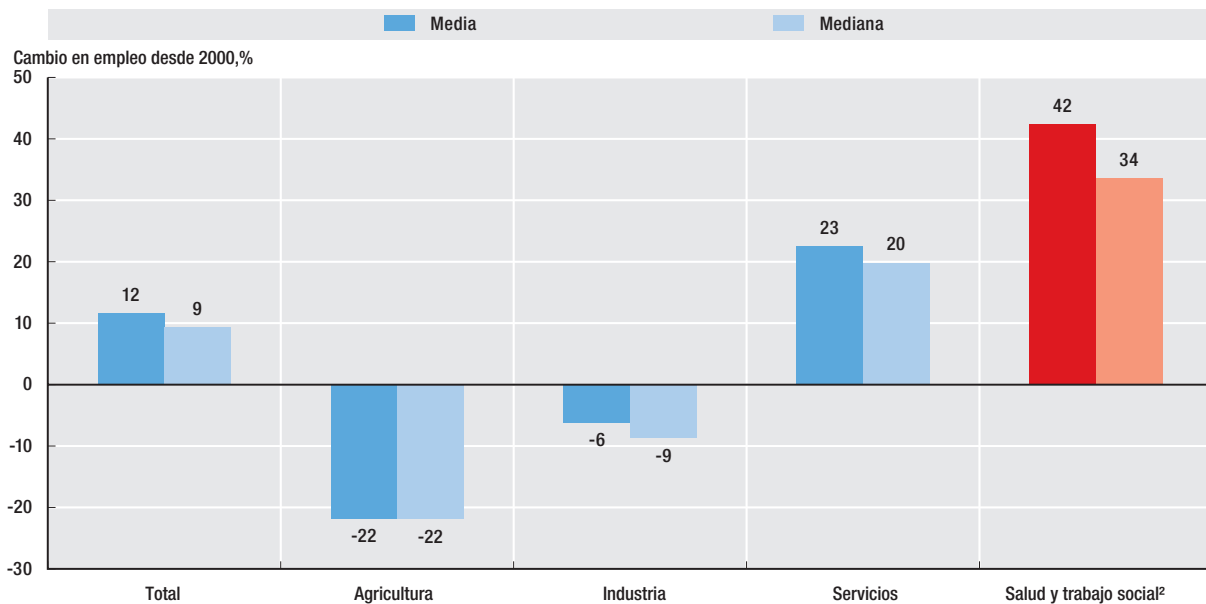
8.1. Empleo en salud y trabajo social como proporción del empleo total, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD National Accounts; OECD Annual Labour Force Statistics para Islandia y Turquía.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604533>

8.2. Crecimiento del empleo por sector entre 2000 y 2015 (o año más cercano), promedio OCDE¹



1. Promedio de 30 países de la OCDE (excluyendo Chile, Islandia, Nueva Zelanda, Suiza y Turquía).

2. Salud y trabajo social se clasifica como un subcomponente del sector de servicios.

Fuente: OECD National Accounts.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604552>

8. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Médicos (número total)

El número de médicos per cápita varía ampliamente entre los países de la OCDE. En 2015 Grecia tenía el mayor número, con 6.3 médicos por cada 1000 habitantes, aunque este número es una sobreestimación ya que incluye a todos los médicos que cuentan con licencia para practicar, pero pueden no estar activos debido a diferentes razones. A Grecia seguían Austria (5.1 médicos por cada 1000 habitantes). El número más bajo de médicos en los países de la OCDE lo tenían Turquía, Chile y Corea, con cerca de dos por cada 1000 habitantes. El promedio de la OCDE era de 3.4 médicos por cada 1000 habitantes. Entre los países socios, el número de médicos per cápita es significativamente menor, con menos de un médico por cada 1000 habitantes en Indonesia, India y Sudáfrica. En China, el número de médicos per cápita es aún alrededor de la mitad del promedio de la OCDE, pero ha crecido en 44% desde 2000 (Figura 8.3).

Desde 2000 el número de médicos se ha incrementado en casi todos los países de la OCDE, tanto en números absolutos, como per cápita. Las tasas de crecimiento fueron particularmente rápidas en algunos países que empezaron con niveles más bajos en 2000, pero han crecido a un ritmo mucho más rápido que el promedio de crecimiento de la OCDE, como Corea, México y el Reino Unido (Figura 8.4).

Al mismo tiempo, los países con alta densidad de médicos, como Australia y Austria, muestran altas tasas de incremento en el mismo período. El número de médicos continúa creciendo de manera importante en Australia, por un incremento fuerte en el número de graduados de programas de educación médica locales (ver el indicador "Graduados de Medicina").

Al inicio de los años 2000 en el Reino Unido, se expresaron preocupaciones por posibles excedentes en ciertas categorías de médicos, dando por resultado políticas para reducir el ingreso de estudiantes, y una disminución gradual de la tasa de crecimiento del número de médicos. Sin embargo, más recientemente se anunció la asignación de fondos para más lugares en las escuelas de medicina para satisfacer la creciente demanda de servicios (Department of Health, 2016). El número de médicos per cápita permaneció bastante estable entre 2000 y 2015 en Francia, Israel, Polonia y la República Eslovaca. En Israel, el número de médicos se incrementó a un ritmo similar al tamaño de la población.

En general, la mayoría de los países de la OCDE muestran un incremento consistente en el número de médicos, que no fue afectado por la recesión global. En países como Australia, había alrededor de 30% más médicos empleados en 2015 que en 2008. Hubieron algunas excepciones, pues la recesión de 2008-09 parece haber tenido impacto en Grecia, donde el número de médicos se incrementó entre 2000 y 2008, pero dejó de crecer después, e incluso ha mostrado disminución desde 2012.

Es un reto proyectar la oferta y demanda futuras de médicos, dados los altos niveles de incertidumbre con respecto al retiro y patrones de migración, así como

cambios en la demanda (Ono et al., 2013). Muchos países de la OCDE anticipan el próximo retiro de un número significativo de médicos incrementando sus esfuerzos de capacitación en la última década, para asegurar que habrá suficientes médicos para reemplazar a quienes se retiren. Pero pasarán varios años antes de poder sentir el impacto de los esfuerzos del incremento en la educación médica. Las dificultades para anticipar el número real de médicos en servicio han causado que los países tengan que revisar y ajustar continuamente sus políticas. Sin embargo, en la mayoría de los países de la OCDE existe una preocupación compartida sobre la escasez de médicos generales (ver el indicador "Médicos por edad, género y categoría") y los números limitados de médicos en regiones rurales y remotas (ver el indicador "Distribución geográfica de médicos" en el Capítulo 5).

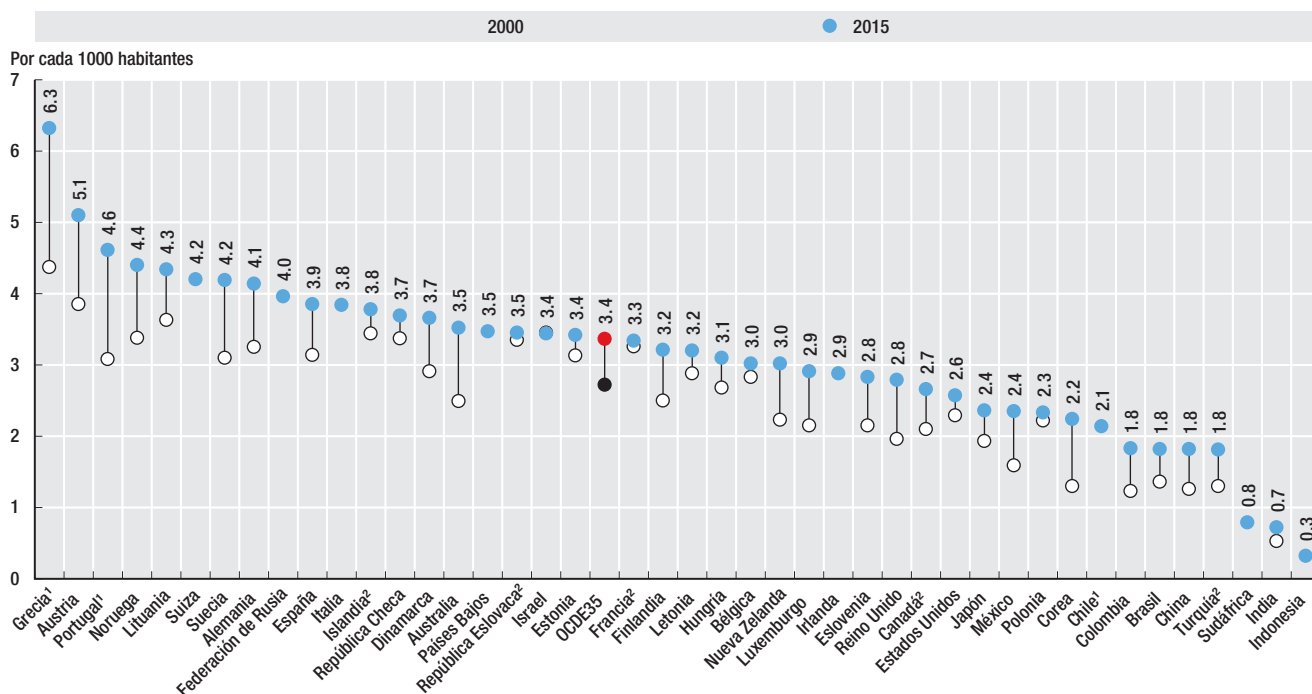
Definición y comparabilidad

Los datos para la mayoría de los países se refieren a médicos en servicio, que se define como el número de médicos que atienden directamente a pacientes. En muchos países, este número incluye internos y residentes (médicos en capacitación). Los números se basan en cálculos directos. Varios países también incluyen médicos que están activos en el sector salud, aunque pueden no atender a pacientes directamente, lo que agrega 5-10% de médicos. Grecia y Portugal reportan el número de médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una sobreestimación mayor del número de médicos en servicio. Bélgica establece un umbral mínimo de actividades para considerar a un médico en servicio, lo que por el contrario resulta en una subestimación en comparación con países que no establecen este umbral. Los datos para India pueden estar sobreestimados ya que se basan en registros médicos que no están actualizados por migración, retiro o muerte, y no toman en cuenta médicos registrados en varios estados.

Referencias

- Department of Health (2016), "Up to 1,500 extra medical training places announced", Department of Health, Londres, <https://www.gov.uk/government/news/up-to-1500-extra-medical-training-places-announced>.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- Ono, T., G. Lafortune y M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", *OECD Health Working Papers*, núm. 62, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcbw-en>.

8.3. Médicos en servicio por cada 1000 habitantes, 2000 y 2015 (o año más cercano)



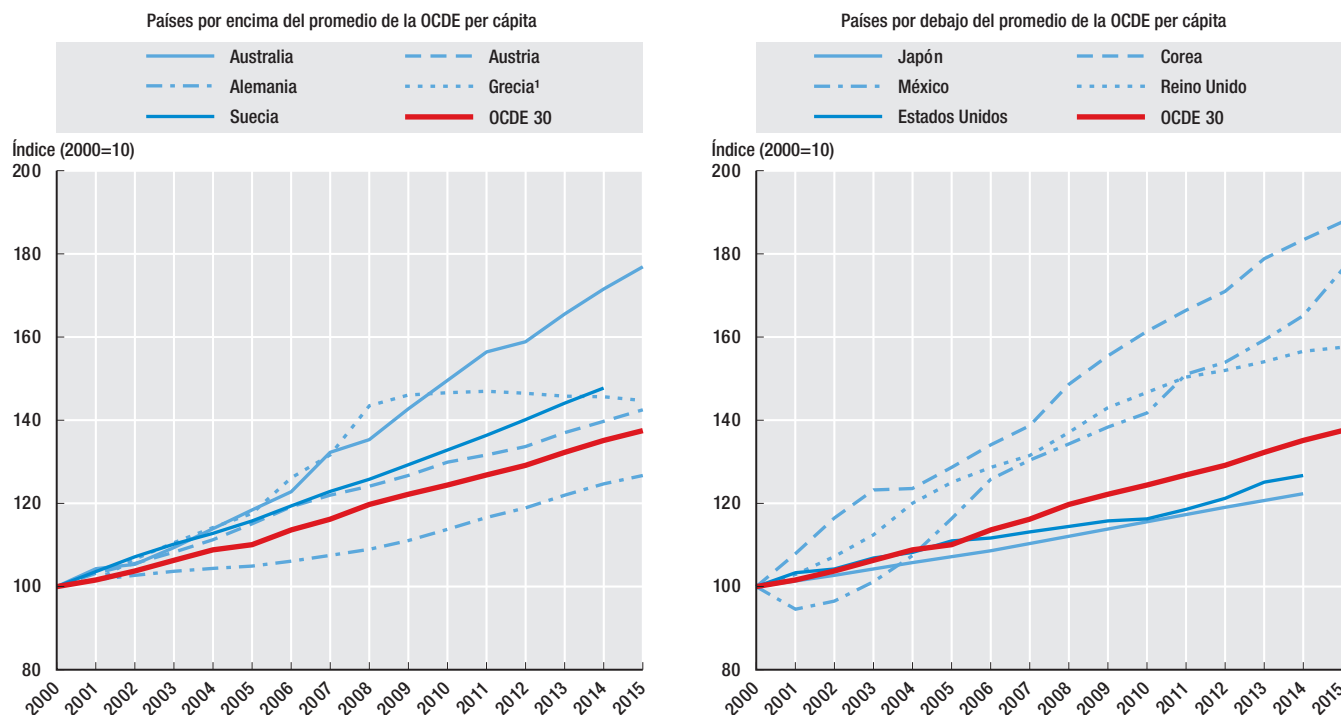
1. Los datos se refieren a todos los médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una importante sobreestimación del número de médicos en servicio (p.ej. de alrededor de 30% en Portugal).

2. Los datos no incluyen solamente a los médicos que atienden directamente a pacientes, sino también a aquellos en el sector salud como administradores, educadores, investigadores, etc., (agregando otro 5-10% de médicos).

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604571>

8.4. Evolución del número de médicos, selección de países de la OCDE, 2000 y 2015 (o año más cercano)



1. Los datos para Grecia se refieren a todos los médicos con licencia para ejercer.

Fuente: OECD Health Statistics.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604590>

8. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Médicos por edad, género y categoría

La composición por edad y género de la fuerza laboral médica y la mezcla de diferentes categorías de médicos, tienen importantes implicaciones en la disponibilidad de servicios médicos. Por muchos años el envejecimiento de los médicos en los países de la OCDE ha generado preocupaciones de que no haya suficientes nuevos estudiantes para reemplazarlos, aunque existe evidencia de que el retiro de los médicos ocurre de manera gradual y de que la edad de retiro está aumentando (OECD, 2016). Una creciente inclinación de la balanza en favor de mayor especialización contra medicina general, genera preocupación en muchos países sobre el acceso a cuidados primarios para toda la población.

En 2015, en promedio en los países de la OCDE, un tercio de la población total de médicos tenía más de 55 años de edad, más que en el 2000 que era una quinta parte (Figura 8.5). Entre 2000 y 2015, Francia, Italia, España y Austria sobrepasaron el doble la proporción de médicos de más de 55 años de edad. Aunque se puede esperar que estos médicos se retiren en los próximos 10 años, un número creciente de ellos continuará ejerciendo después de los 65 años de edad. En Israel e Italia, la mitad (o más) del total de médicos tenían más de 55 años de edad en 2015. Debe notarse que la alta proporción en Israel puede deberse en parte al hecho de que estas cifras se basan en todos los médicos con licencia para ejercer, que puede incluir algunos que ya no estén haciéndolo. En el otro extremo, solo 13 a 17% de los médicos en el Reino Unido y Corea tenían más de 55 años, lo que es consistente con los grandes números de graduados ingresando en la práctica de la medicina en la última década (ver el indicador "Graduados de medicina").

Varios países de la OCDE han reformado sus sistemas de pensiones e incrementado la edad de retiro para tomar en cuenta los aumentos en esperanza de vida. Aunque pocos estudios han examinado el impacto de estas reformas específicamente en médicos, es posible que prolonguen sus vidas laborales más allá de los 65 años de edad, lo que podría tener un impacto significativo en las necesidades futuras de reemplazo.

En 2015, un promedio de 46% de los médicos en los países de la OCDE eran mujeres, superior al 39% de 2000 (Figura 8.6). Hoy día al menos la mitad de los médicos son mujeres en 11 países, Letonia y Estonia presentan la proporción más alta por encima del 70%. Entre 2000 y 2015, la proporción de médicos mujeres creció más rápidamente en los Países Bajos (49%) y Bélgica (47%). En contraste, solo alrededor de uno de cada cinco médicos en Japón y Corea eran mujeres en 2015, aunque Japón mostró un incremento significativo de 42% sobre la cifra de 2000.

En promedio en la OCDE, los médicos generales representaban el 30% del total en 2015 (Figura 8.7), una proporción similar a la de 2005. Grecia, Hungría y los Estados Unidos presentaron la proporción más baja de médicos generales, mientras que países como Francia, Canadá y Australia han podido mantener un mejor balance entre especialistas y médicos generales. Debe notarse que en Irlanda y Portugal la mayoría de los médicos generales son médicos no especialistas que trabajan en hospitales u otros contextos. En los Estados Unidos, los médicos que practican medicina interna general se clasifican como especialistas, aunque en la práctica su labor es muy similar a la de los médicos generales, lo que resulta en una subestimación de la capacidad de proporcionar cuidados generales.

En respuesta a las preocupaciones por la escasez de médicos generales, muchos países han tomado medidas para mejorar el número de lugares de capacitación en medicina general. En Canadá, el número de lugares para estudios de postgrado en medicina familiar sobrepasó el doble entre 2000 y 2013, como parte de un esfuerzo nacional de mejorar el acceso a cuidados primarios (CAPER, 2015). Sin embargo, en la mayoría de los países de la OCDE los especialistas ganan más que los médicos generales, si se consideran los incentivos financieros para la especialización de los médicos (ver el indicador "Remuneración de médicos").

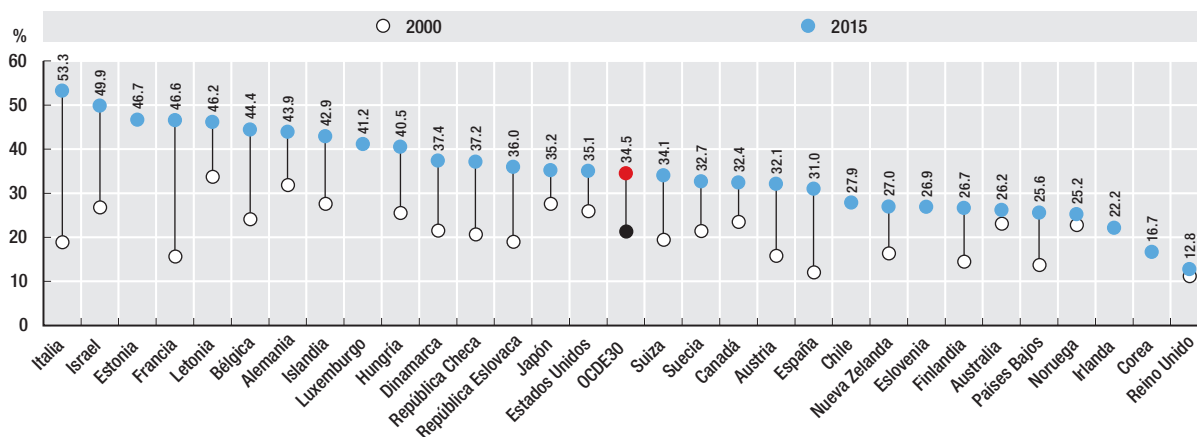
Definición y comparabilidad

La definición de médicos aparece en el indicador anterior. En algunos países, los datos se basan en todos los médicos con licencia para ejercer, no solamente en los médicos en servicio (p. ej. Grecia y Portugal). No todos los países pueden reportar a todos sus médicos en las categorías de médico general y especialista, debido al hecho de que los datos específicos por especialidad no están disponibles para médicos en capacitación o para quienes tienen prácticas privadas.

Referencias

- CAPER (2015), "Field of Post-M.D. Training by Faculty of Medicine Providing Post-M.D. Training 2013-2014", base de datos disponible en <http://www.caper.ca>.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

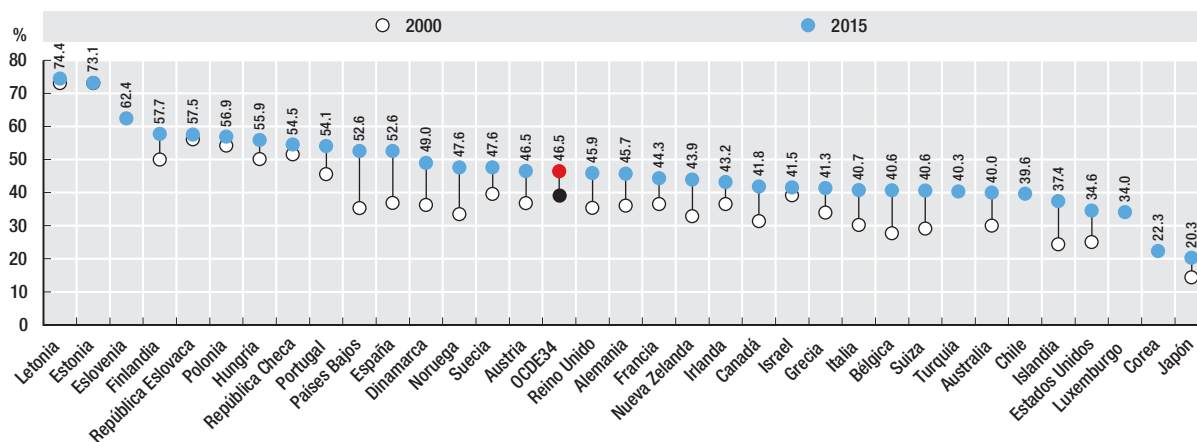
8.5. Proporción de médicos de 55 años de edad y mayores, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604609>

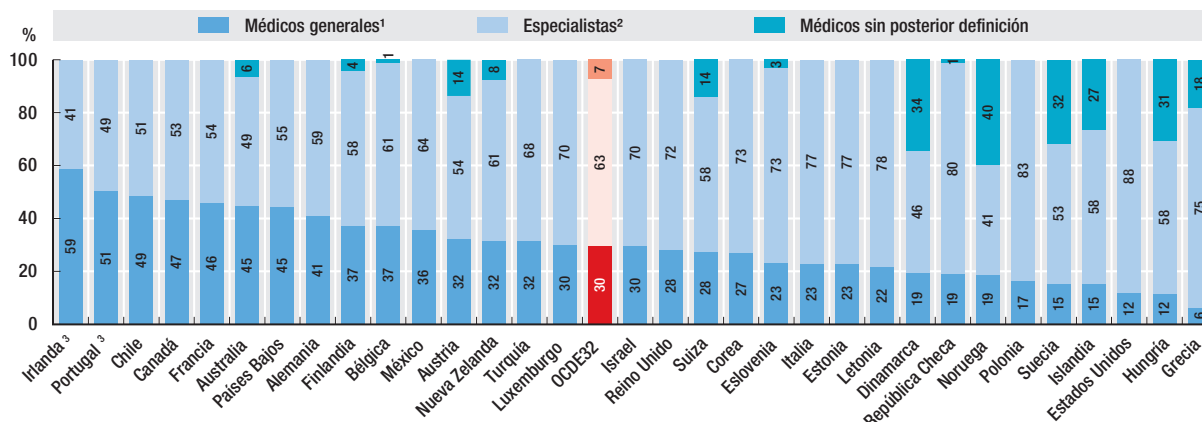
8.6. Proporción de médicos mujeres, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604628>

8.7. Médicos generales y especialistas como proporción del total, 2015 (o año más cercano)



1. Incluye médicos generales, medicina familiar y médicos no especialistas.

2. Incluye pediatras, gineco-obstetras, psiquiatras, cirujanos y otras especialidades.

3. En Irlanda y Portugal, la mayoría de los médicos generales no son médicos familiares, sino médicos no especialistas trabajando en hospitales y otros contextos.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604647>

Graduados de medicina

El número de graduados de medicina en un año determinado refleja en buena medida las decisiones tomadas por los gobiernos en años anteriores sobre el número de estudiantes admitidos en escuelas de medicina (las llamadas políticas de *numerus clausus*). Desde 2000 la mayoría de los países de la OCDE ha incrementado el número de estudiantes admitidos en facultades de medicina en respuesta a la preocupación por la actual o futura escasez de médicos (OECD, 2016), pero siguen existiendo grandes variaciones entre países.

En 2015 en los países de la OCDE, había en promedio 12 graduados de medicina por cada 100 000 habitantes (Figura 8.8). Irlanda tenía la mayor proporción, con 24 nuevos médicos graduados por cada 100 000. En el otro extremo, Israel y Japón tuvieron el menor número de graduados de medicina en relación con su población. En Irlanda el número de graduados de medicina creció de manera importante en 2013 debido al menos en parte a la apertura de nuevos Programas de Acceso para Graduados unos años antes, permitiendo que los estudiantes con diplomas de licenciatura en otras disciplinas obtuvieran un grado en medicina en solo cuatro años.

En Israel, el bajo número de graduados de medicina locales se compensa con el gran número de médicos formados en el extranjero, pues alrededor de uno de cada tres médicos formados en el extranjero nació en Israel, pero estudió fuera antes de regresar. La situación es muy diferente en Japón, donde muy pocos médicos se forman en el extranjero. Desde 2008 el gobierno japonés decidió incrementar la matrícula en escuelas de medicina en respuesta a la escasez actual y proyectada de médicos; sin embargo, esta política aún no se traduce en un incremento del número de graduados de medicina.

Tras la expansión de la política de *numerus clausus* en la mayoría de los países en los últimos 15 años, el número de graduados de medicina ha aumentado, aunque en proporciones diferentes (Figura 8.9). Australia presenta el más rápido índice de incremento en el número de graduados de medicina, 2.7 veces entre 2000 y 2015. La mayor parte de este crecimiento refleja un aumento en el número de estudiantes locales, pero debe notarse que esta cifra también refleja un número creciente de estudiantes internacionales en las escuelas de medicina australianas.

En el Reino Unido el número de graduados de medicina se duplicó entre 2000 y 2015, lo que refleja un esfuerzo de incrementar la provisión local y depender menos de médicos formados en el extranjero. Aunque en 2013 el número de graduados se redujo ligeramente por primera vez, en 2016 el gobierno anunció su intención de proporcionar fondos para otros 1500 estudiantes de medicina y así cubrir la creciente demanda de servicio (Department of Health, 2016). En contraste, en los Países Bajos ha existido una consistente desaceleración del crecimiento del número de graduados de facultades de medicina (ACMMP, 2014).

En Francia, el número de graduados de medicina se ha incrementado de forma sostenida desde 2006 tras un aumento en la *numerus clausus* entre 2000 y 2006. Sin embargo, se espera que el número de graduados se estabilice en los próximos años, ya que las cuotas de

admisión se han mantenido estables en los últimos años. España mostró un ligero decremento en el número de estudiantes de medicina hasta 2012, cuando los números empezaron a incrementarse rápidamente de nuevo, creciendo en 36% entre 2012 y 2015.

En los Estados Unidos el aumento en la matrícula en escuelas de medicina ocurrió también después de 2005 y el número de graduados ha mostrado un incremento gradual en la última década, lo que incluye un número creciente de estudiantes estadounidenses que estudian fuera (sobre todo en países del Caribe), con la intención de volver para completar estudios de postgrado y prácticas en los Estados Unidos. Se espera que este fenómeno genere presión adicional para incrementar el número de plazas de residencia, para que tanto los graduados locales, como los formados en el extranjero completen su educación de postgrado.

También ha habido un aumento importante del número de graduados de medicina en la República Checa y Polonia. Este incremento desde 2009, puede explicarse en parte por el número creciente de estudiantes que eligen estos países para sus estudios en el extranjero. En años recientes, alrededor del 30% de los graduados de medicina en la República Checa son estudiantes internacionales. La internacionalización de la educación médica, combinada con la migración, hace más difícil para los gobiernos establecer sus propias políticas locales (OECD, 2016).

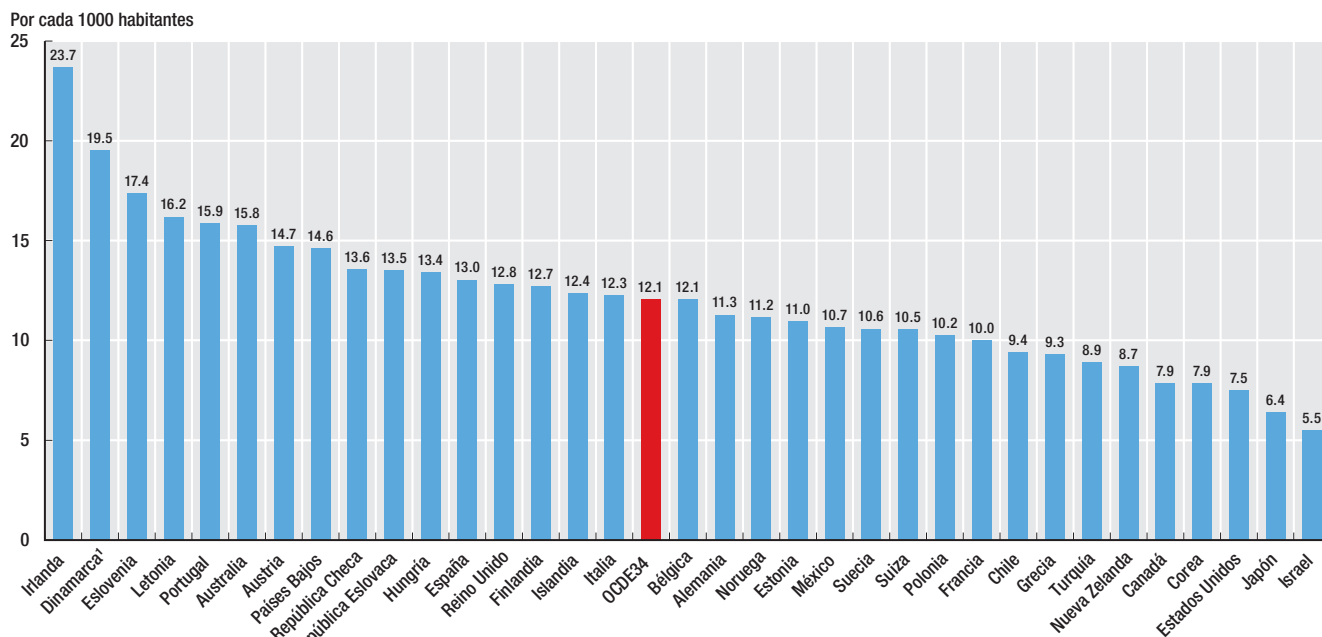
Definición y comparabilidad

Se define como graduados de medicina al número de individuos que se han graduado de facultades de medicina en un año dado. Los datos para Australia, Austria y la República Checa incluyen graduados en el extranjero, pero otros países los excluyen. En Dinamarca, las cifras se refieren al número de nuevos médicos que reciben autorización para ejercer, lo que puede resultar en una sobreestimación si se incluye a un cierto número de médicos formados en el extranjero.

Referencias

- ACMMP (2014), *The 2013 Recommendations for Medical Specialist Training*, Utrecht.
- Department of Health (2016), "Up to 1,500 Extra Medical Training Places Announced", Department of Health, Londres, <https://www.gov.uk/government/news/up-to-1500-extra-medical-training-places-announced>.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- UN High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (2016), "Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce", WHO, Ginebra, disponible en <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports>.

8.8. Graduados de medicina, 2015 (o año más cercano)

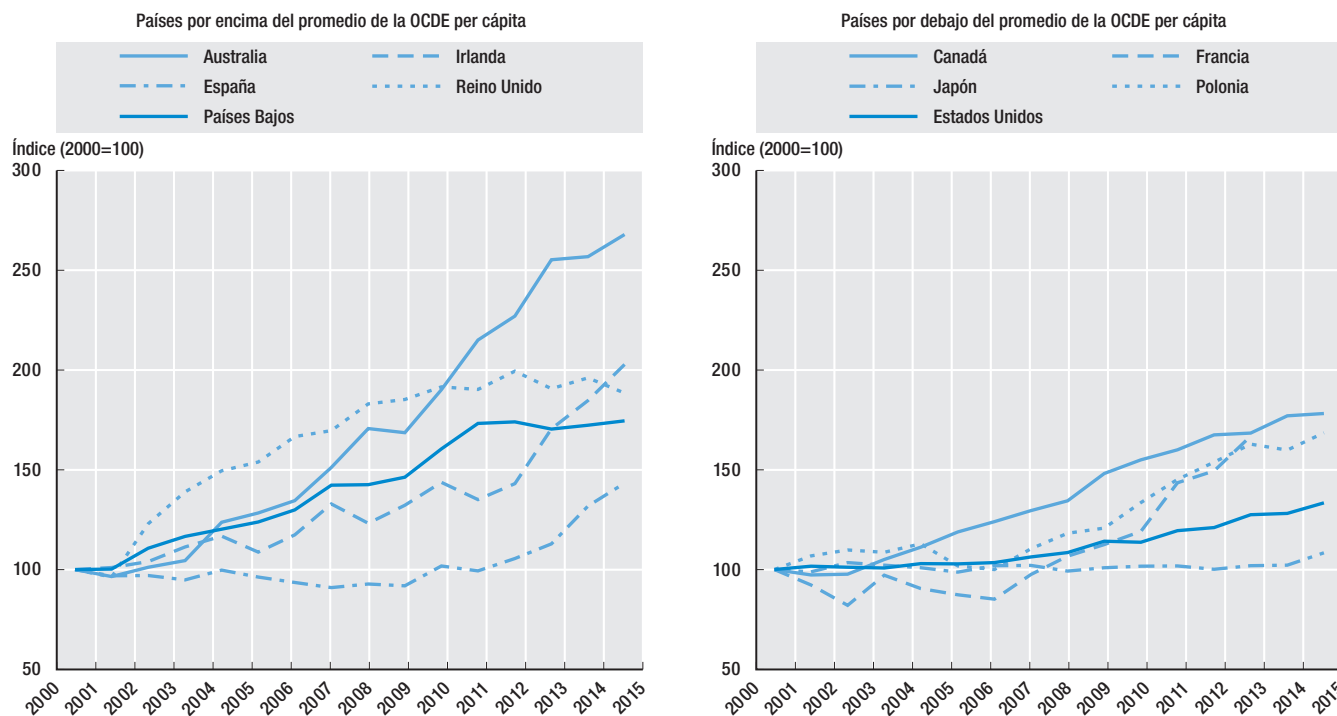


1. En Dinamarca el número se refiere nuevos médicos que reciben una licencia para ejercer, lo que puede resultar en una sobreestimación si se incluye a los médicos capacitados en el extranjero.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604666>

8.9. Evolución del número de graduados de medicina, selección de países de la OCDE, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604685>

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

El nivel de remuneración para diferentes categorías de médicos ha tenido impacto en el atractivo financiero de diferentes especialidades médicas. En muchos países los gobiernos tienen influencia sobre el nivel y estructura de la remuneración de los médicos al ser uno de sus principales empleadores o usuario de sus servicios, o bien regulando sus honorarios. Con la creciente movilidad internacional de los médicos (ver el indicador sobre migración de médicos y personal de enfermería), los niveles relativos de remuneración entre países pueden jugar un importante papel en influenciar estos movimientos.

La información sobre remuneración de médicos de la OCDE hace una diferencia entre médicos asalariados e independientes, aunque en algunos países esta distinción se desvanece gradualmente ya que algunos médicos asalariados pueden tener una práctica privada, y algunos independientes pueden recibir parte de su remuneración por un salario. También se hace una distinción entre médicos generales y todas las especialidades médicas combinadas, aun cuando puede haber grandes variaciones en el ingreso de diferentes especialidades.

En los países de la OCDE donde hay información disponible, la remuneración de los médicos (tanto generales como especialistas) es mucho mayor que la del trabajador promedio (Figura 8.10). En 2015, los médicos generales independientes en Austria, Canadá, Francia y el Reino Unido, ganaron alrededor de tres veces el salario promedio de sus países, mientras que en Alemania ganaron más de cuatro veces el salario promedio. En Australia, los médicos generales independientes ganaron alrededor de dos veces el salario promedio en 2015, pero debe notarse que es una subestimación, pues incluye la remuneración de médicos en capacitación.

En la mayoría de los países, los especialistas ganan mucho más que el trabajador promedio, y más que los médicos generales. La diferencia en el ingreso de médicos especialistas y generales fue particularmente alta en Australia, Bélgica y Luxemburgo, donde los especialistas independientes ganaron más del doble de la remuneración de los médicos generales. En comparación con el trabajador promedio, los especialistas en Bélgica y Luxemburgo ganaron seis veces el salario promedio, y en Francia y Alemania alrededor de cinco veces el salario promedio. Debe notarse que en Bélgica la remuneración incluye gastos profesionales, por lo que se trata de una sobreestimación.

En muchos países de la OCDE la diferencia en el ingreso de médicos generales y especialistas ha seguido creciendo en la última década, lo que reduce el atractivo financiero de la práctica de la medicina general (Figura 8.11). Desde 2005 la remuneración de los especialistas ha crecido más rápidamente que la de los médicos generales en Canadá, Finlandia, Francia, Hungría, Israel, Luxemburgo y México. Por otro lado, en Austria, Bélgica, Estonia y los Países Bajos la brecha se ha reducido ligeramente ya que el ingreso de los médicos generales creció más con mayor rapidez que el de los especialistas.

En algunos países de la OCDE la crisis económica de 2008-09 tuvo un impacto en la remuneración de los

médicos y otros profesionales dedicados a la salud. Varios países europeos afectados severamente por la recesión congelaron o redujeron los salarios y honorarios de los médicos en un esfuerzo por reducir costos mientras se protegía el acceso al servicio para la población. Este ha sido el caso de Estonia, Irlanda, Italia y Eslovenia, donde los médicos vieron su remuneración decrecer durante algunos años después de la crisis. Sin embargo, más recientemente, la remuneración de los médicos y otros profesionales dedicados a la salud ha empezado a recuperarse (OECD, 2016).

Definición y comparabilidad

La remuneración de médicos se refiere al ingreso anual bruto promedio, incluyendo contribuciones a la seguridad social e impuestos a pagar por el empleado. Normalmente debería excluir los gastos profesionales para médicos independientes.

Existen varias limitaciones en los datos que contribuyen a una subestimación de los niveles de remuneración en algunos países: 1) pagos por tiempo extra, bonos, otros ingresos suplementarios o contribuciones de la seguridad social se excluyen en algunos países (Austria para médicos generales, Irlanda e Italia para especialistas asalariados); 2) los ingresos por práctica privada de médicos asalariados no están incluidos en algunos países (p. ej., en la República Checa, Hungría, Islandia, Irlanda y Eslovenia); 3) pagos informales que pueden ser comunes en algunos países no están incluidos (p. ej., Grecia y Hungría); 4) las cifras corresponden únicamente a empleados del sector público, que tienden a ganar menos que quienes trabajan en el sector privado en Chile, Dinamarca, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Noruega, la República Eslovaca y el Reino Unido; y 5) los especialistas en capacitación están incluidos en Australia.

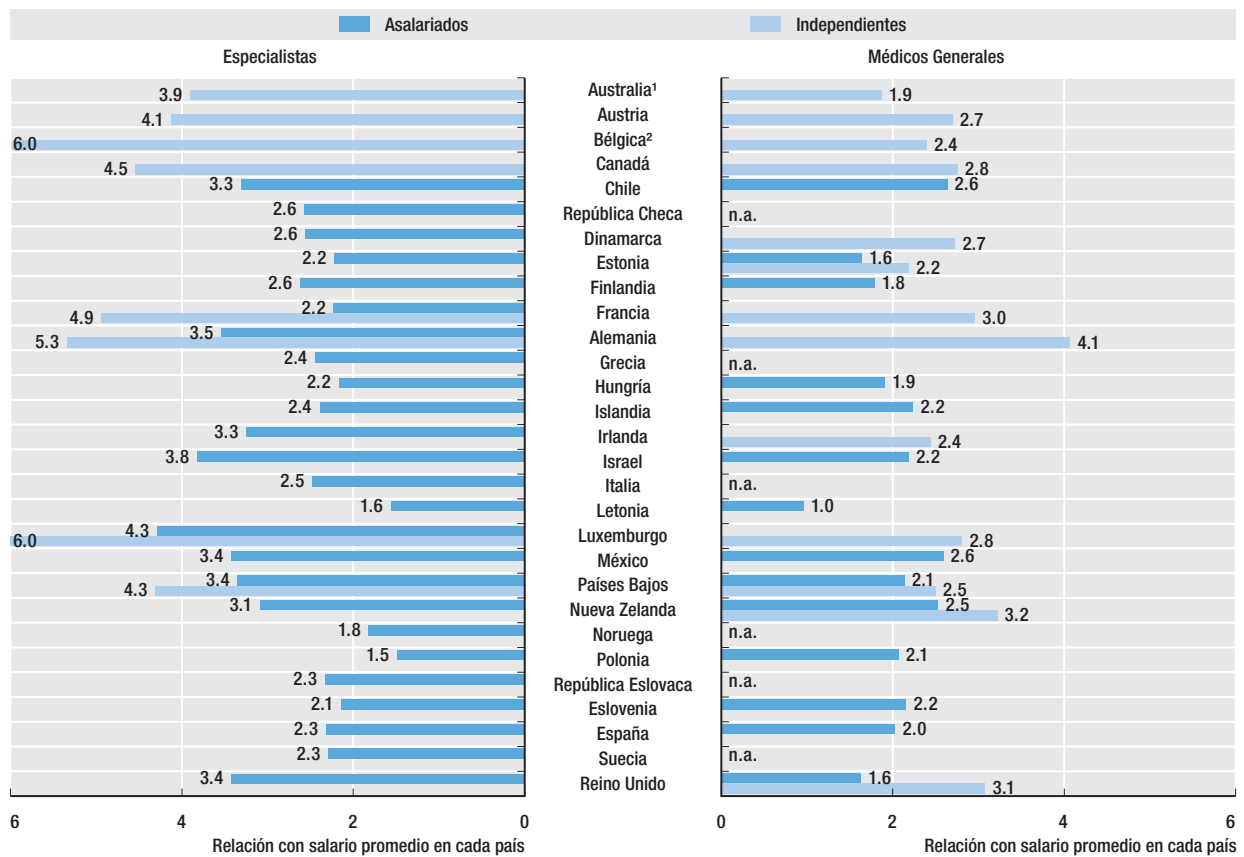
La información para algunos países incluye empleados de medio tiempo, mientras que en otros se refiere solo a médicos de tiempo completo. En Bélgica, los datos para médicos independientes incluyen gastos profesionales, lo que resulta en una sobreestimación.

El ingreso de los médicos se compara con el salario promedio de empleados de tiempo completo en todos los sectores en el país. Esta información se obtiene de la *OECD Employment Database*. Para el cálculo de tasas de crecimiento en términos reales, se utilizan deflatores del PIB.

Referencias

OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

8.10. Remuneración de médicos, relación con salario promedio, 2015 (o año más cercano)



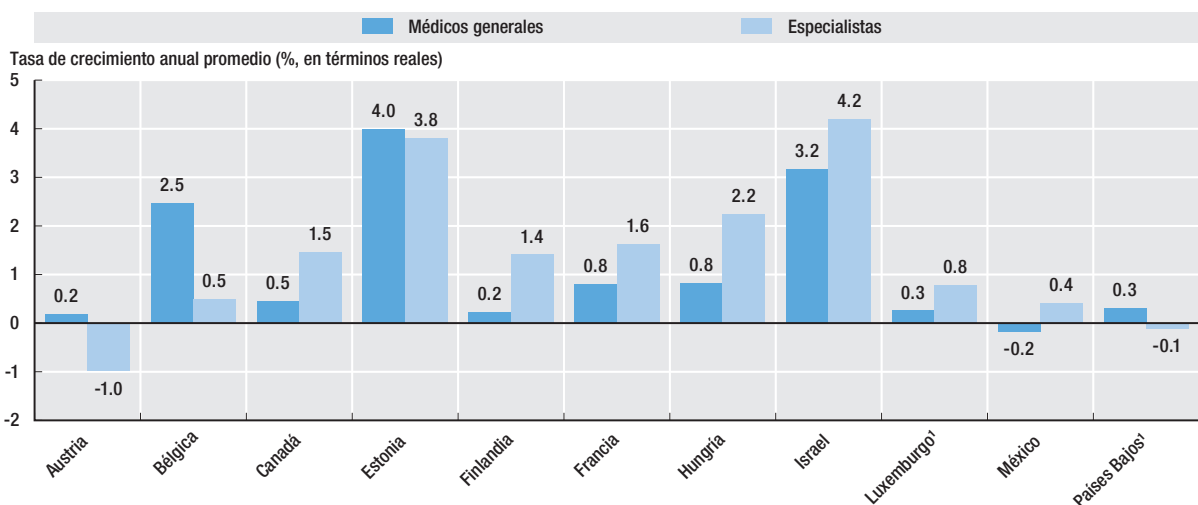
1. Incluye médicos en capacitación (lo que resulta en una subestimación).

2. Incluye gastos profesionales (lo que resulta en una sobreestimación).

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604704>

8.11. Crecimiento de la remuneración de médicos generales y especialistas, 2005-15 (o año más cercano)



1. La tasa de crecimiento para los Países Bajos y Luxemburgo es para médicos generales independientes y especialistas.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604723>

Personal de enfermería

El número de personas en enfermería supera por mucho el de médicos en la mayoría de los países de la OCDE, y juega un papel crítico en la prestación de servicios de salud no solo en escenarios tradicionales, como hospitales e instituciones de cuidados de largo plazo, sino también cada vez más en servicios primarios (especialmente con quienes padecen enfermedades crónicas) y cuidados en el hogar.

En muchos países hay preocupación sobre la escasez actual y futura de personal de enfermería, puesto que se espera que crezca la demanda a medida que la población envejece y se retira la actual generación “baby boom” de enfermeros. Esta preocupación ha originado acciones en muchos países para aumentar la capacitación de personal de enfermería (ver el indicador “Graduados de enfermería”), combinadas con esfuerzos para también aumentar la retención de personal en la profesión. Ésta se ha incrementado en muchos países en años recientes, ya sea por el impacto de la crisis económica que ha causado que muchos enfermeros permanezcan o vuelvan a la profesión, o por los esfuerzos deliberados de mejorar sus condiciones de trabajo (OECD, 2016).

En promedio en los países de la OCDE, el número de enfermeros per cápita se ha incrementado de 7.3 por cada 1000 habitantes en 2000, a 9 por cada 1000 habitantes en 2015 (Figura 8.12). En 2015 el número de enfermeros per cápita más alto se encontraba en Suiza, Noruega, Dinamarca, Islandia y Finlandia, con más de 14 por cada 1000 habitantes. El número más bajo de enfermeros per cápita en la OCDE estaba en Turquía, Chile y México (con menos de 3 por cada 1000 habitantes). En cuanto a países socios, el número de enfermeros per cápita era en general bajo comparado con el promedio de la OCDE. En 2015 Colombia, Indonesia, Sudáfrica, India y Brasil tenían menos de 1.5 enfermeros por cada 1000 habitantes, aunque las cifras han crecido rápidamente en años recientes en Brasil.

El número de enfermeros per cápita se incrementó en casi todos los países de la OCDE desde 2000. Corea y Portugal solían tener una densidad relativamente baja de enfermeros y ahora se acercan al promedio de la OCDE. En Francia también ha crecido de una densidad relativamente baja a un nivel superior al promedio de la OCDE. Se registró un incremento significativo en países que ya tenían una alta densidad de enfermeros en 2000, como Suiza, Finlandia y Dinamarca. En Irlanda e Israel el número de enfermeros per cápita disminuyó entre 2000 y 2015, a medida que el tamaño de la población creció más rápidamente que el número de enfermeros. También decreció en la República Eslovaca, tanto en términos absolutos como per cápita.

En 2015 había en promedio alrededor de tres enfermeros por cada médico en los países de la OCDE, con reportes de dos a cuatro enfermeros por médico en cerca de la mitad de países (Figura 8.13). La proporción más alta de enfermeros por médico estaba en Japón, Finlandia, y Dinamarca (con 4.6 enfermeros por médico). La más baja estaba en Chile, Turquía y México con menos de 1.2 enfermeros por médico.

En respuesta a la escasez de médicos y para garantizar acceso apropiado a servicios de salud, algunos países han desarrollado funciones más avanzadas para practicantes de enfermería. Las evaluaciones de practicantes de enfermería de los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido muestran que la práctica avanzada de enfermería puede mejorar el acceso a los servicios de salud y reducir tiempos de espera, con la misma calidad de cuidado para una variedad de pacientes, incluyendo aquellos con condiciones menores y los que requieren seguimiento de rutina. Las evaluaciones existentes muestran un alto índice de satisfacción de los pacientes con un costo igual o menor. La implantación de nuevas funciones avanzadas la práctica de enfermería puede requerir cambios en la legislación y reglamentación para eliminar cualquier barrera al alcance de su práctica (Delamaire y Lafortune, 2010).

Definición y comparabilidad

El número de personal de enfermería incluye al personal empleado en el sector público y privado que presta servicios directamente a los pacientes (“en servicio”) y en algunos casos a quienes se desempeñan como personal administrativo, en educación o investigación.

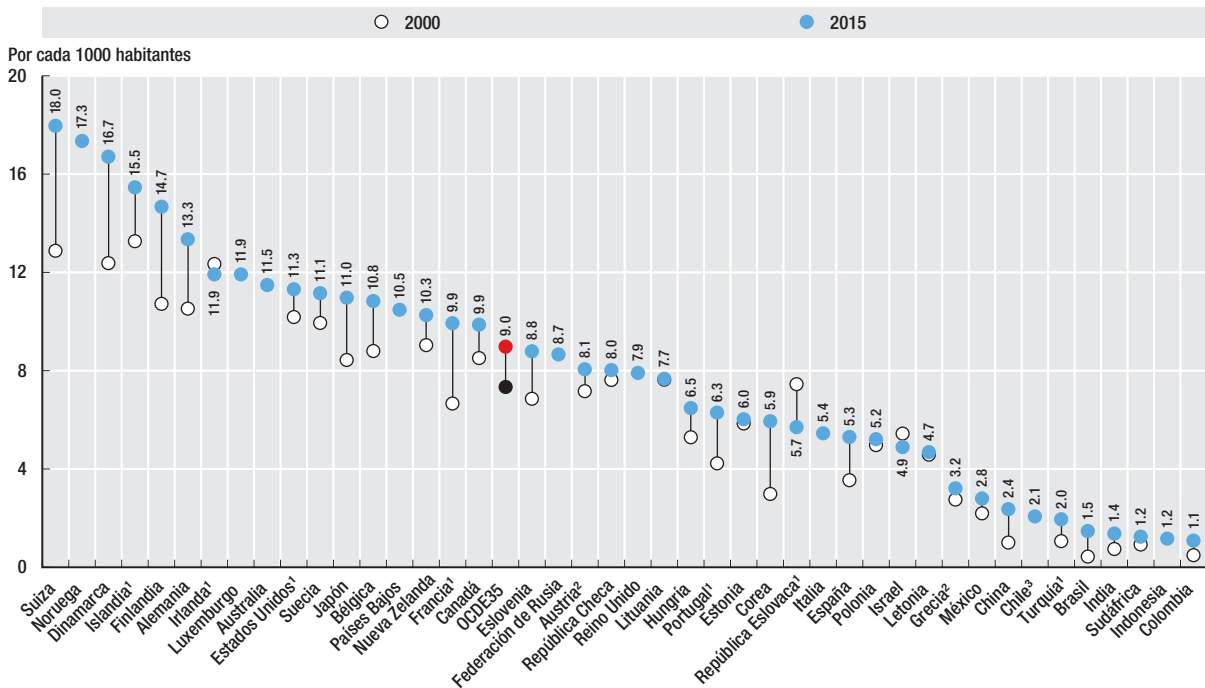
En los países donde hay diferentes niveles entre el personal de enfermería, los datos incluyen tanto al personal “profesional” que tiene un nivel más alto de escolaridad y desempeña labores de más alto nivel, como al personal “asociado profesional” que tiene un nivel menor de escolaridad, pero están acreditados y registrados como enfermeros. Las parteras son excluidas, excepto en algunos países donde son al menos incluidas parcialmente, pues se les considera enfermeras especialistas, o por otras razones (Australia, Irlanda y España).

Austria y Grecia reportan solamente personal de enfermería empleado en un hospital, lo que resulta en una subestimación.

Referencias

- Delamaire, M.-L. y G. Lafortune (2010), “Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries”, *OECD Health Working Paper*, núm. 54, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- UN High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (2016), “Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce”, WHO, Ginebra, disponible en <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports>.

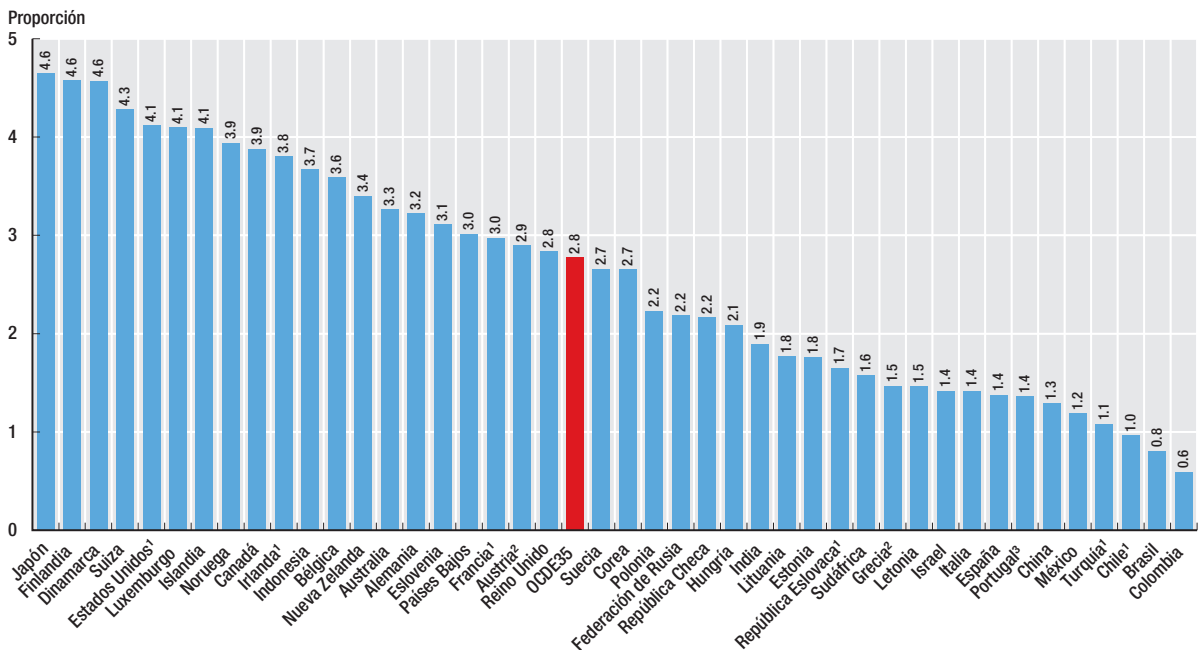
8.12. Personal de enfermería en servicio por cada 1000 habitantes, 2000 y 2015 (o año más cercano)



1. Los datos incluyen no solo personal de enfermería prestando servicios a pacientes directamente, sino también a quienes trabajan como administradores, educadores, investigadores, etc.
 2. Austria y Grecia reportan únicamente personal de enfermería en hospitales.
 3. Los datos de Chile se refieren a todos el personal de enfermería con licencia para ejercer.
 Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604742>

8.13. Proporción de personal de enfermería a médicos, 2015 (o año más cercano)



1. Para los países que no proporcionaron datos para enfermeros y/o médicos en servicio, las cifras se refieren al concepto de "profesionalmente activos" para ambos (excepto para Chile, donde los números incluyen a todos los enfermeros y médicos con licencia para ejercer).
 2. Austria y Grecia reportan únicamente personal de enfermería en hospitales.
 3. La proporción para Portugal está subestimada porque el numerador se refiere a enfermeros profesionalmente activos, mientras que el denominador incluye a todos los médicos con licencia para ejercer.
 Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604761>

Graduados de enfermería

Muchos países de la OCDE han tomado medidas en la última década para aumentar el número de estudiantes admitidos en escuelas de enfermería, en respuesta a la preocupación por la escasez actual o futura de personal de enfermería (OECD, 2016). Sin embargo, existen grandes contrastes entre países en los esfuerzos de capacitación de personal de enfermería, lo que se puede explicar por las diferencias en las cifras actuales y la estructura de edad de la fuerza laboral de enfermería (y por lo tanto las necesidades de reemplazo), la capacidad de las escuelas de enfermería de recibir más alumnos y las posibilidades de empleo en el futuro.

En 2015 había en promedio alrededor de 46 graduados de enfermería por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE, a diferencia de menos de 40 en 2003. Corea, Suiza y Dinamarca tenían el mayor número de nuevos graduados de enfermería en relación con su población, con más de 90 por cada 100 000 habitantes en 2015. México, Luxemburgo y la República Checa tenían el número menor, con menos de 16 graduados por cada 100 000 habitantes (Figura 8.14).

Durante la última década, el número de graduados de enfermería se ha incrementado en todos los países de la OCDE, pero en diferentes proporciones (Figura 8.15). El número ha aumentado de manera importante en muchos de los países que tenían números relativamente bajos de graduados per cápita. México tiene uno de los más bajos números de graduados de enfermería, pero entre 2000 y 2015 hubo un incremento de ocho veces en el número de graduados de enfermería per cápita. En el mismo periodo, Italia ha mostrado un incremento de cuatro veces el número de graduados de enfermería per cápita.

Entre los países que ya estaban por encima del número promedio de graduados de enfermería per cápita, el incremento ha sido más modesto. Alemania ha presentado un incremento en el número de graduados de enfermería desde 2012, por la expansión de programas de capacitación acreditados en diferentes universidades, además de los programas tradicionalmente ofrecidos en escuelas vocacionales de enfermería (Cassier-Woidasky, 2013). Noruega también ha mostrado un incremento modesto en los últimos años. En Japón y Finlandia, por otra

parte, se presentó una disminución del número de graduados de enfermería en la primera parte de la década, pero ha habido un incremento modesto en años recientes.

En Francia, el número de graduados de escuelas de enfermería se incrementó en 87% entre 2000 y 2015. La política *numerus clausus* adoptada por el Ministerio de Salud Francés para controlar la admisión en programas de enfermería, se expandió de forma importante desde 1999. La mayor parte del crecimiento ocurrió en el año escolar 2000-2001 cuando la cuota anual se incrementó en 43% debido a una disminución proyectada en la disponibilidad de personal de enfermería por la reducción de la jornada laboral a 35 horas por semana, así como a una preocupación general sobre el retiro anticipado de un gran número de enfermeros.

Definición y comparabilidad

El término graduados de enfermería se refiere al número de estudiantes que han obtenido un grado reconocido de estudios con autorización o registro. Incluye a graduados de programas de nivel superior y vocacional, y excluye a graduados de programas de maestría y doctorado en enfermería para evitar el doble conteo de personal de enfermería que obtiene grados superiores.

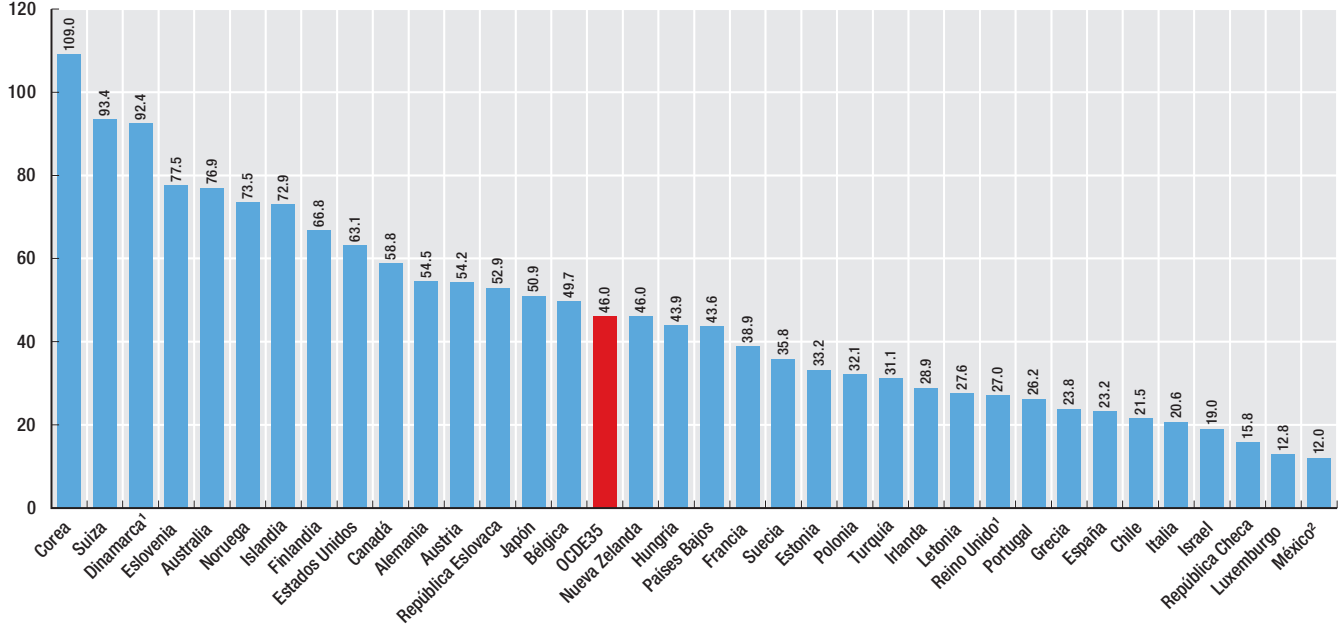
Las cifras para Dinamarca y el Reino Unido se basan en el número de nuevos enfermeros que obtienen autorización para ejercer.

Referencias

- Cassier-Woidasky, A.-K. (2013), *Nursing Education in Germany - Challenges and Obstacles in Professionalisation*, DHBW, Stuttgart.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

8.14. Graduados de enfermería, 2015 (o año más cercano)

Por cada 100 000 habitantes



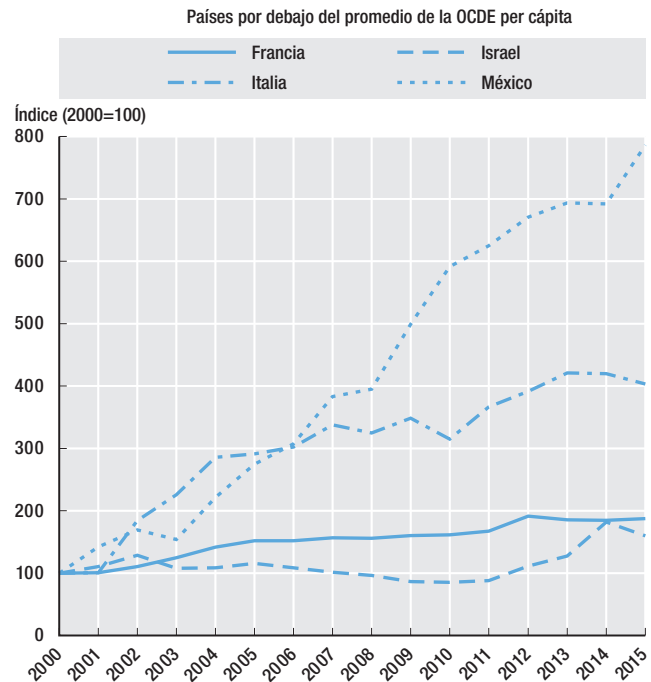
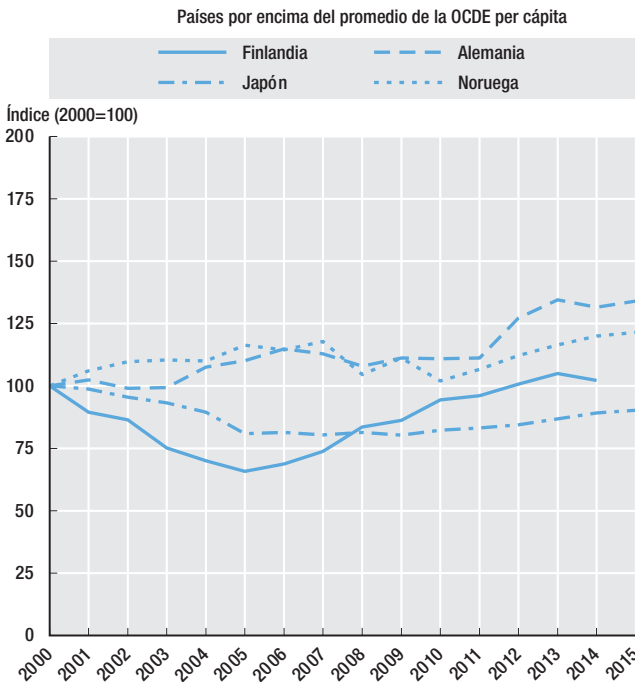
1. En Dinamarca y el Reino Unido los números se refieren a personal de enfermería que recibe una licencia para ejercer, lo que puede resultar en una sobreestimación si se incluye al personal capacitado en el extranjero.

2. En México, los datos incluyen graduados como enfermeros profesionales solamente.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604780>

8.15. Evolución del número de graduados de enfermería, selección de países de la OCDE, 2000 a 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604799>

Remuneración de personal de enfermería

El nivel de remuneración es uno de los factores que afectan la satisfacción laboral y atractivo de la profesión para el personal de enfermería. Tiene también un impacto directo en los costos, pues los salarios representan uno de los principales rubros de gasto en sistemas de salud.

La información presentada en esta sección se enfoca en general en la remuneración de personal de enfermería en hospitales, aunque la cobertura de datos difiere en algunos países (ver el recuadro "Definición y comparabilidad").

La información se presenta en dos formas. En primer lugar, se compara con el salario promedio de todos los trabajadores en cada país, lo que proporciona un indicador del atractivo financiero relativo de la enfermería en comparación con otras ocupaciones. En segundo lugar, el nivel de remuneración en cada país se convierte a una divisa común, dólares estadounidenses, y se ajusta por la paridad del poder adquisitivo (PPA), para obtener un indicador del bienestar económico del personal de enfermería en comparación con sus contrapartes en otros países.

En la mayoría de los países de la OCDE, la remuneración del personal de enfermería en hospitales fue igual o ligeramente mayor que el salario promedio del total de trabajadores en 2015 (Figura 8.16). En México y Chile, el personal de enfermería de hospitales percibió al menos el doble del salario promedio, mientras que en Israel, Luxemburgo y España, los salarios del personal de enfermería fueron 49%, 38% y 28% respectivamente, superiores al salario promedio. En Nueva Zelanda, los Estados Unidos, Grecia y Australia, fue alrededor de 20% mayor que el salario promedio. En casi todos los demás países, el salario del personal de enfermería en hospitales fue prácticamente igual al salario promedio en la economía, pero en Hungría fue alrededor de 10% menor y en Letonia aproximadamente 20% menor.

Cuando se convierte a una divisa común (y se ajusta por la paridad del poder adquisitivo), la remuneración del personal de enfermería fue alrededor de cinco veces más alta en Luxemburgo que en Hungría y Letonia (Figura 8.17). El personal de enfermería en los Estados Unidos también tuvo ingresos relativamente altos en comparación con sus contrapartes en otros países, lo que explica al menos parcialmente, lo atractivo de los Estados Unidos para el personal de enfermería de otros países.

La crisis económica de 2008 ha tenido un impacto variable en la remuneración del personal de enfermería (Figura 8.18). Por ejemplo, en los Países Bajos ha habido un crecimiento consistente del mismo. Algunos países de Europa Central y del Este han introducido una serie de medidas en años recientes para incrementar la retención de personal de enfermería y otros profesionales de la salud, incluyendo aumentos de salarios a pesar de fuertes limitaciones de presupuesto. En Hungría, se introdujo un incremento gradual de 20% en los salarios del personal de enfermería y médicos en 2012, en un período de tres años. En la República Checa los enfermeros también recibieron incrementos salariales después de las protestas de trabajadores de hospitales en 2011 (aunque los incrementos fueron menores que los de los médicos), junto con mejoras en algunos otros aspectos de sus condiciones de trabajo (OECD, 2016).

Después de la recesión, la remuneración del personal de enfermería se recortó en algunos países como Italia, donde los incrementos de salarios se han congelado en los últimos años. En Grecia, la remuneración del personal de enfermería se redujo significativamente, hasta 25% en términos reales entre 2009 y 2015.

Definición y comparabilidad

La remuneración del personal de enfermería se refiere al ingreso anual bruto promedio, incluyendo contribuciones a la seguridad social e impuestos a pagar por el empleado. Normalmente debería incluir todos los pagos formales adicionales, como bonos, pagos por turno nocturno y horas extra. En la mayoría de los países estos datos se refieren exclusivamente a personal de enfermería que trabaja en hospitales, aunque en Canadá las cifras también incluyen enfermeros trabajando en otros contextos. En algunos estados federales, como Australia, Canadá y los Estados Unidos, el nivel y estructura de remuneración del personal de enfermería se determina a nivel subnacional, lo que contribuye a que existan variaciones entre jurisdicciones.

La información se refiere únicamente a enfermeros registrados ("profesionales") en Chile, Irlanda y los Estados Unidos, lo que resulta en una sobreestimación en comparación con otros países donde también se incluye el nivel vocacional ("asociado profesional"). Las cifras para Canadá incluyen enfermeros registrados ("profesionales"), y graduados de enfermería aún no registrados. Las de Nueva Zelanda se refieren a personal de enfermería contratados por consejos de salud que operan con fondos públicos, e incluye a asistentes de salud que tienen una estructura de salario significativamente menor a los registrados.

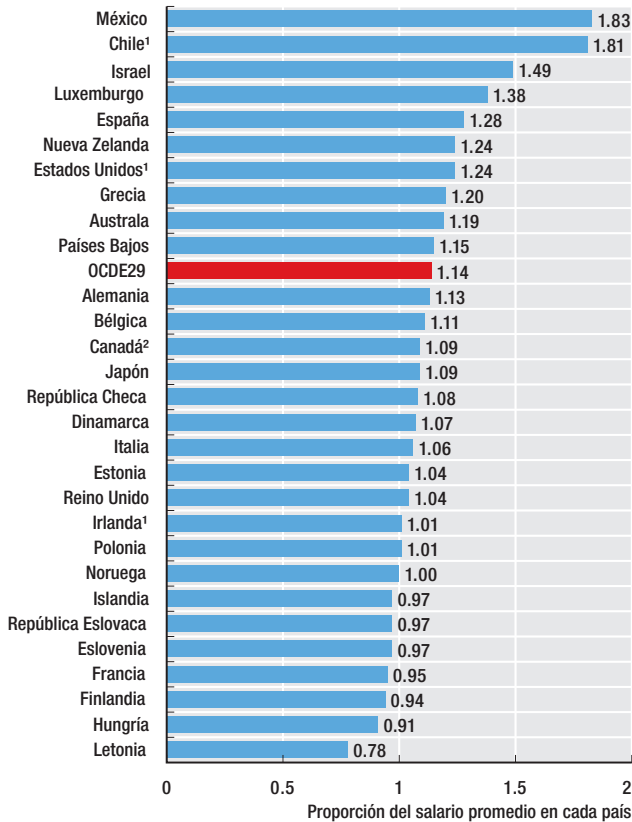
Las cifras se refieren a personal de enfermería trabajando tiempo completo, con la excepción de Bélgica donde también se incluye a enfermeros de medio tiempo (lo que resulta en una subestimación). Para algunos países, la información no incluye ingresos adicionales como pago de tiempo extra y bonos (p. ej., Italia y Eslovenia). Los pagos informales, que en algunos países representan una parte importante del ingreso total, no son reportados.

El ingreso de los enfermeros se compara con el salario promedio de empleados de tiempo completo en todos los sectores del país. La fuente para el salario promedio de los trabajadores en la economía es OECD Employment Database. Para el cálculo de las tendencias de remuneración en términos reales, se utilizan deflatores del PIB.

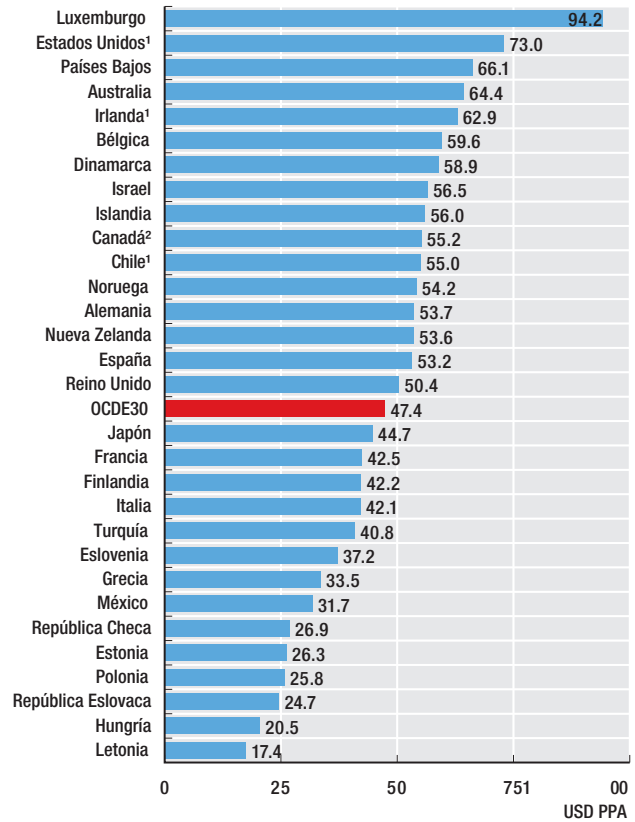
Referencias

- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.

8.16. Remuneración de personal de enfermería de hospitales, proporción de salario promedio, 2015 (o año más cercano)



8.17. Remuneración de personal de enfermería de hospitales, USD PPA, 2015 (o año más cercano)



1. Los datos se refieren a enfermeros registrados ("profesionales") en Chile, los Estados Unidos e Irlanda (lo que resulta en una sobreestimación).

2. Los datos se refieren a enfermeros registrados ("profesionales") y graduados de enfermería aún sin registrar.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604818>

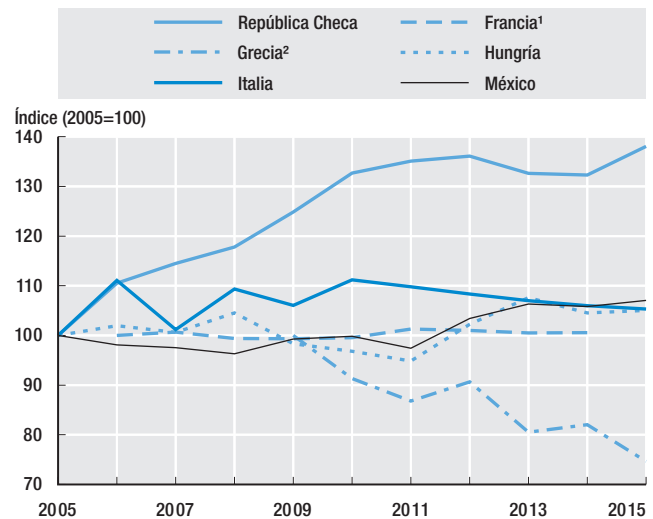
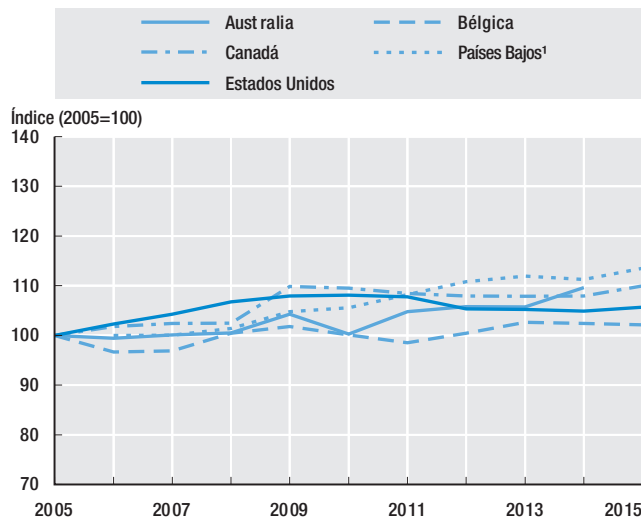
1. Los datos se refieren a enfermeros registrados ("profesionales") en Chile, los Estados Unidos e Irlanda (lo que resulta en una sobreestimación).

2. Los datos se refieren a enfermeros registrados ("profesionales") y graduados de enfermería aún sin registrar.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604837>

8.18. Tendencias de remuneración de personal de enfermería de hospitales en términos reales, selección de países de la OCDE, 2005-15



1. Índice para Francia y los Países Bajos, 2006-100.

2. Índice para Grecia, 2009=100.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604856>

Médicos y personal de enfermería capacitados en el extranjero

La migración internacional de médicos y personal de enfermería no es un fenómeno nuevo, pero ha atraído considerable atención en años recientes debido a la preocupación de que pueda exacerbar la escasez de profesionales de la salud capacitados en ciertos países, particularmente algunos países en desarrollo que están sufriendo carencias críticas en la fuerza laboral. El Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, adoptado por la World Health Assembly en mayo de 2010, fue diseñado para responder a estas preocupaciones. Es un instrumento que permite a los países promover prácticas éticas de reclutamiento de personal para la salud, alentándolos a alcanzar mayor "autosuficiencia" en la capacitación de profesionales de la salud, al tiempo que reconoce el derecho básico de cualquier persona de migrar.

En 2015, la proporción de médicos formados en el extranjero fluctuó de 3% o menos en Estonia, la República Eslovaca, los Países Bajos, Polonia, Italia y Turquía, a más de 30% en Israel, Nueva Zelanda, Irlanda, Noruega y Australia (Figura 8.19).

La alta proporción de médicos formados en el extranjero en Israel refleja no solo la importancia de la inmigración en este país, sino también el hecho de que alrededor de una tercera parte de las licencias nuevas se otorgan a personas nacidas en Israel, pero capacitadas en el extranjero. En Noruega alrededor de 50% de los médicos formados en el extranjero son personas que nacieron en el país, pero hicieron estudios de medicina en algún otro. En Luxemburgo todos los médicos se han formado en el extranjero, pues no existe una facultad de medicina local.

Desde 2000, el número y proporción de médicos formados en el extranjero se ha incrementado en muchos países de la OCDE (Figura 8.21). En los Estados Unidos la proporción se ha mantenido relativamente estable a lo largo del tiempo, pero el número absoluto de médicos formados en el extranjero ha seguido creciendo (OECD, 2016). En Suecia se ha experimentado un fuerte incremento en el número y proporción de médicos formados en el extranjero, la mayoría en Alemania, Polonia e Iraq. Estas cifras también han aumentado en Francia y Alemania, aunque en menor medida. En Francia el incremento se debe en parte a una mayor acreditación de los estudios de médicos formados en el extranjero que ya estaban trabajando en el país, así como el flujo de médicos de nuevos miembros de la Unión Europea.

En casi todos los países de la OCDE la proporción del personal de enfermería capacitado en el extranjero es mucho menor que la de médicos. Sin embargo, dado que el número total de enfermeros es normalmente mucho mayor que el número de médicos, la cifra absoluta de enfermeros capacitados en el extranjero tiende a ser mayor que la de médicos (OECD, 2016). El número y proporción de personal de enfermería capacitado en el extranjero empleados en los sistemas de salud varía ampliamente entre países de la OCDE (Figura 8.20). Mientras que casi no había enfermeros formados en el extranjero en Eslovenia, Turquía, los Países Bajos y Estonia en 2015, éstos representan más del 25% de la fuerza laboral en enfermería en Nueva Zelanda, y entre 10% y 20% en Suiza, Australia y el Reino Unido.

El número y proporción de personal de enfermería formado en el extranjero han aumentado en la última década en varios países de la OCDE, incluyendo a

Nueva Zelanda, Australia y Canadá (Figura 8.22). En Italia se detectó un incremento en la inmigración de personal formado en el extranjero entre 2000 y 2008, causado principalmente por la llegada de personal capacitado en Rumania, que representa hoy día casi la mitad del personal de enfermería formado en el extranjero. En Francia la proporción permanece baja, pero las cifras se han incrementado, pues muchos enfermeros formados en el extranjero son ciudadanos franceses que recibieron sus títulos en Bélgica. Israel ha mostrado una disminución consistente en la proporción de enfermeros capacitados fuera, y un aumento del número de graduados de enfermería locales (ver el indicador "Graduados de enfermería").

Definición y comparabilidad

Las cifras se refieren a los médicos formados en el extranjero que trabajan en países de la OCDE, en términos de existencias totales. La base de datos de salud de la OCDE también incluye información sobre los flujos anuales para la mayoría de los países mostrados aquí, así como por país de origen. Las fuentes de información en la mayoría de los países son registros profesionales u otras fuentes administrativas.

La principal limitación de comparabilidad se relaciona con las diferencias en el estado de actividad de médicos y personal de enfermería. Algunos registros se actualizan regularmente, lo que permite distinguir a los médicos y personal de enfermería en activo en los sistemas de salud, mientras que otras fuentes incluyen a todos los médicos y enfermeros con licencia para ejercer, independientemente de si lo hacen o no. Con estos últimos hay una tendencia a sobreestimar no solo el número de médicos y personal de enfermería formados en el extranjero, sino también el número total (que incluye a quienes se formaron en el país), por lo que el impacto de la proporción no es claro.

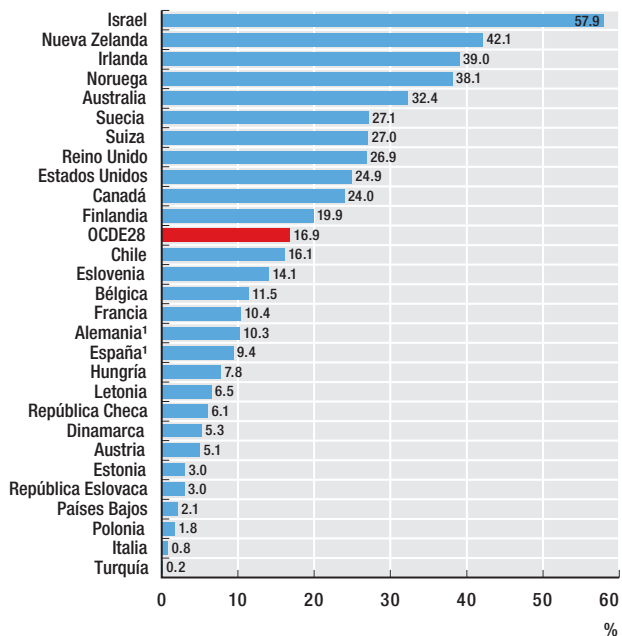
Las fuentes de información en algunos países incluyen internos y residentes, y no así en otros. Como los médicos formados en el extranjero frecuentemente están sobrerrepresentados en las categorías de internos y residentes, puede haber una subestimación de la proporción de médicos formados en el extranjero en países en los que no se incluyen (p. ej., Austria, Francia y Suiza).

Los datos sobre médicos formados en el extranjero para Alemania y algunas regiones de España se basan en nacionalidad (o lugar de nacimiento en el caso de España), no en el lugar de formación.

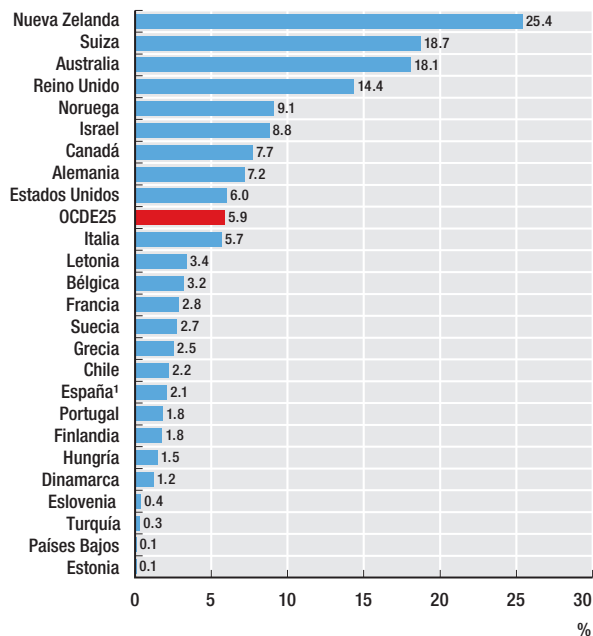
Referencias

- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- UN High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (2016), *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*, WHO, Ginebra, disponible en <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports>.

8.19. Proporción de médicos formados en el extranjero, 2015 (o año más cercano)



8.20. Proporción de personal de enfermería formado en el extranjero, 2015 (o año más cercano)



1. En Alemania y algunas regiones de España, los datos se basan en nacionalidad (o lugar de nacimiento en el caso de España), y no en el lugar de formación.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

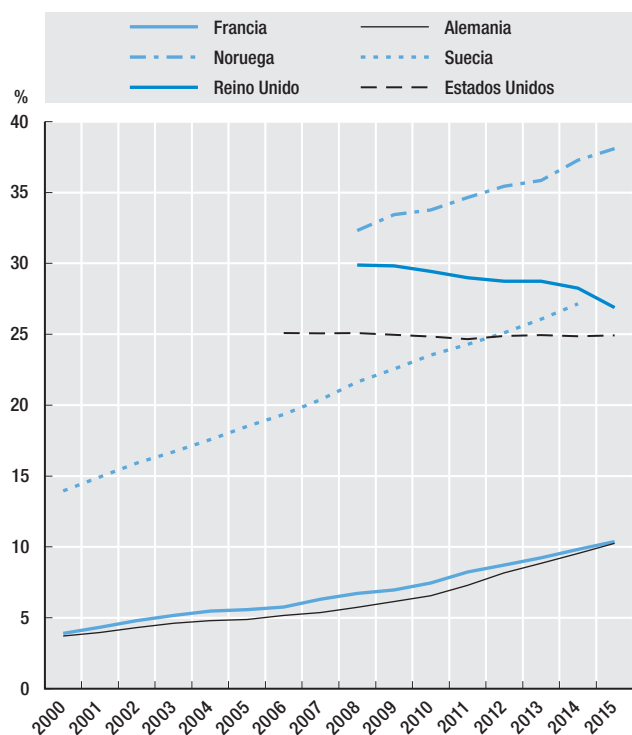
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604875>

1. Los datos para algunas regiones de España se basan en nacionalidad o lugar de nacimiento, y no en el lugar de formación.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604894>

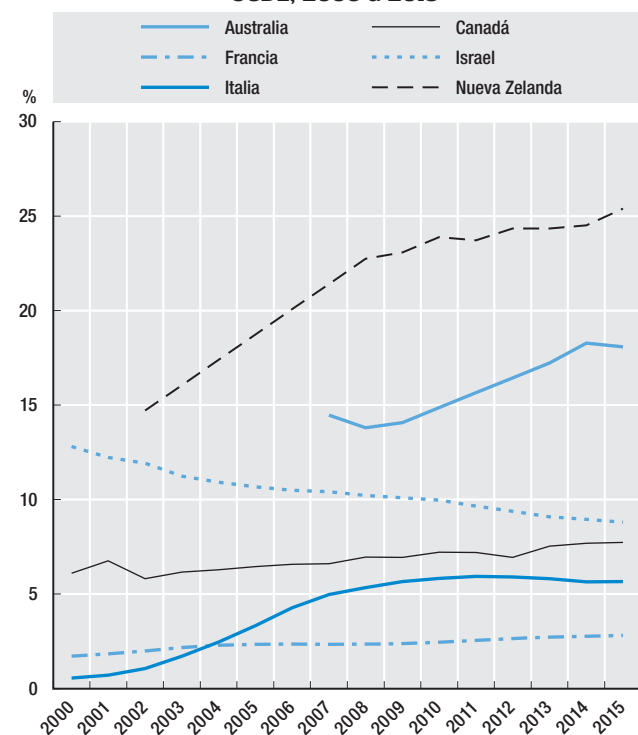
8.21. Evolución de la proporción de médicos formados en el extranjero, selección de países de la OCDE, 2000 a 2015



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604913>

8.22. Evolución de la proporción de personal de enfermería formado en el extranjero, selección de países de la OCDE, 2000 a 2015



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604932>





9. ACTIVIDADES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Consultas médicas

Tecnología médica

Camas de hospital

Altas en hospitales

Tiempo promedio de hospitalización

Reemplazo de cadera y rodilla

Cesáreas

Cirugía ambulatoria

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Consultas médicas

Las consultas con médicos pueden llevarse a cabo en consultorios o clínicas, en departamentos de consulta externa de hospitales, y en algunos casos en el hogar del paciente. En muchos países (p. ej., Dinamarca, Italia, los Países Bajos, Noruega, Portugal, la República Eslovaca, España y el Reino Unido), se requiere o incentiva a los pacientes a consultar un médico general sobre cualquier episodio nuevo de enfermedad. El médico general podrá entonces referirlos con un especialista si es indicado. En otros países, los pacientes pueden buscar a un especialista directamente.

En 2015, el número de consultas médicas por persona varió de menos de 3 en México y Suecia, a casi 13 y 16 en Japón y Corea respectivamente (Figura 9.1). El promedio de la OCDE fue de 6.9 consultas por persona por año, con reportes de la mayoría de los países de entre cuatro y ocho consultas. Diversos factores culturales pueden ser relevantes para explicar las variaciones entre países, aunque las características de algunos sistemas de salud también pueden ser importantes. Los métodos de pago a proveedores y el nivel de pagos compartidos son particularmente relevantes. Por ejemplo, algunos países donde los médicos reciben cuotas por consulta, tienden a tener índices de consulta por encima del promedio (p. ej., Japón y Corea), mientras que aquellos países donde la mayoría de los médicos son asalariados tienden a tener índices por debajo del promedio (p. ej., México, Finlandia y Suecia). Sin embargo, hay ejemplos de países, como Suiza y los Estados Unidos, donde se pagan honorarios médicos por consulta, que tienen índices de consulta por debajo del promedio. En estos países, los pagos compartidos por los pacientes pueden ser altos, lo que provoca que haya menos consultas médicas debido al costo del servicio (ver el indicador “Necesidades de salud no atendidas debido al costo” en el Capítulo 5).

En Suecia y Finlandia, el bajo número de consultas médicas también puede explicarse en parte, por el hecho de que el personal de enfermería y otros profesionales de la salud tienen un papel más importante en la prestación de servicios primarios a pacientes en centros de salud, lo que disminuye la necesidad de consultas médicas. (Delamaire y Lafortune. 2010).

El número promedio de consultas médicas por persona en la OCDE se ha mantenido relativamente estable desde 2000 (de 6.5 a 6.9). Pero en algunos países han habido incrementos importantes a lo largo del tiempo (Corea, Turquía). En algunos otros, el número de consultas médicas por persona disminuyó, como es el caso de Japón, la República Checa y la República Eslovaca, aunque las cifras se mantienen muy por encima del promedio en estos tres países.

La información sobre el número de consultas médicas por persona puede ser usada para estimar el número anual de consultas por médico. Este indicador no debe ser empleado como medida de productividad, pues las consultas pueden variar en tiempo y efectividad, y porque excluye los servicios que los médicos brindan a pacientes hospitalizados, administración e investigación. Manteniendo estas reservas en mente, Corea y Japón tienen el estimado más alto de consultas por médico, seguidos por Turquía y Hungría (Figura 9.2). En contraste,

Suecia y Noruega tienen el estimado más bajo de consultas por médico, ya que, tanto en escenarios de atención primaria como en hospitales, los médicos tienden a enfocarse en pacientes con condiciones más severas y complejas.

El número y tipo de consultas puede variar entre diferentes grupos socioeconómicos en cada país. Un estudio de la OCDE encontró que la probabilidad de visitar un médico general tiende a tener una distribución equivalente en la mayoría de los países, pero en casi todos, es más probable que la población con más altos ingresos busque un especialista y lo haga más frecuentemente, que aquellos con más bajos ingresos (Devaux y de Looper, 2012).

Definición y comparabilidad

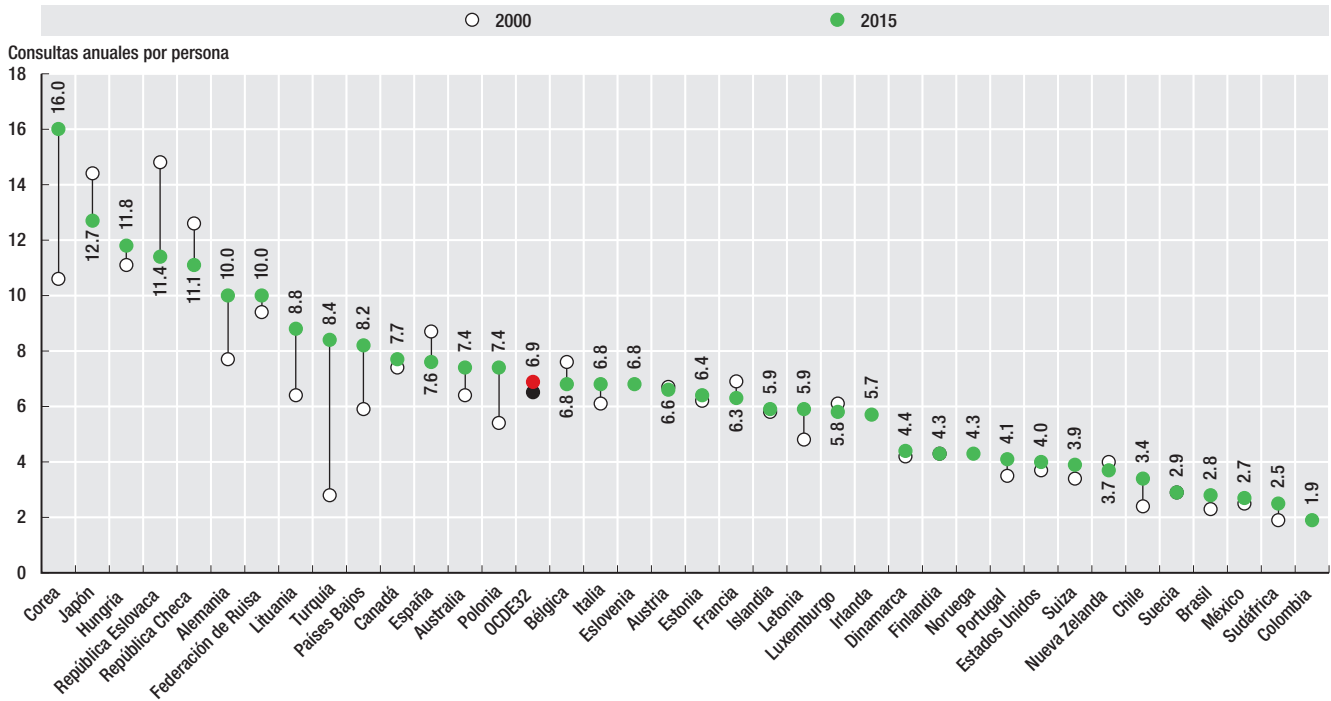
El término consultas médicas se refiere al número de contactos ya sea con especialistas o médicos generales. Existen diferencias entre países en la cobertura de estas consultas, en especial en los departamentos de consulta externa de hospitales. La información proviene principalmente de fuentes administrativas, aunque en algunos países (Irlanda, Italia, los Países Bajos, Nueva Zelanda, España, y Suiza) los datos provienen de encuestas de salud. Los estimados de fuentes administrativas tienden a ser más elevados que los de encuestas debido a los problemas de inexactitud y la proporción de preguntas no respondidas.

En Hungría las cifras incluyen consultas para exámenes de diagnóstico como tomografías computarizadas y resonancias magnéticas (lo que resulta en una sobreestimación). Las cifras para los Países Bajos excluyen los contactos de cuidados de maternidad y pediátricos. Los datos para Portugal excluyen visitas a médicos particulares (lo que resulta en una subestimación). En Alemania las cifras incluyen solo los casos de tratamientos médicos según las regulaciones de reembolso del Social Health Insurance Scheme (un caso solo considera el primer contacto en un periodo de tres meses, aun si el paciente visita al médico con mayor frecuencia, lo que resulta en una subestimación). Algunos países incluyen los contactos telefónicos (p. ej., España). En Turquía la mayoría de las consultas con médicos ocurren en los departamentos de consulta externa de hospitales.

Referencias

- Delamaire, M.-L. y G. Lafortune (2010), “Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries”, *OECD Health Working Papers*, núm. 54, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.
- Devaux, M. y M. de Looper (2012), “Income-related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*, núm. 58, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>.

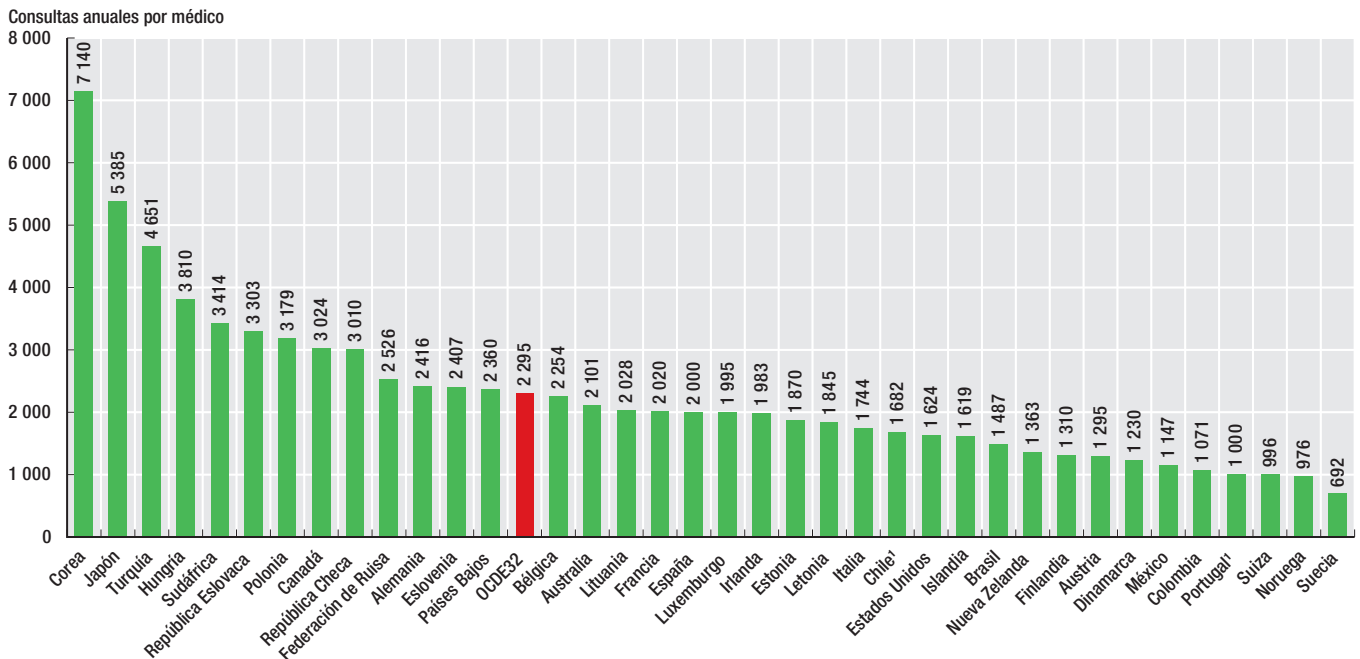
9.1. Número de consultas médicas por persona, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604951>

9.2. Número estimado de consultas por médico, 2015 (o año más cercano)



1. En Chile y Portugal, los datos del denominador incluyen a todos los médicos con licencia para ejercer.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604970>

Tecnología médica

Las nuevas tecnologías médicas están mejorando el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, pero también han aumentado el gasto en salud. Esta sección presenta información sobre la disponibilidad y uso de dos tecnologías de diagnóstico: escáneres de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), y unidades de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés). Los estudios con tomografía computarizada y resonancia magnética ayudan a los médicos a diagnosticar una variedad de condiciones sin exponer a los pacientes a radiación ionizante como la radiografía convencional.

La disponibilidad de escáneres de CT y unidades de MRI ha crecido rápidamente en la mayoría de los países de la OCDE en las últimas dos décadas. Japón tiene por mucho, el mayor número de unidades de MRI y CT per cápita, seguido de los Estados Unidos en cuanto a unidades de MRI y Australia con escáneres de CT (Figuras 9.3 y 9.4). Alemania, Grecia, Islandia, Italia, Corea y Suiza también tienen muchas más unidades de MRI y CT per cápita que el promedio de la OCDE. El número de unidades de MRI y escáneres de CT más bajo por población está en México, Hungría, Israel y el Reino Unido.

No existe un parámetro general sobre el número ideal de unidades MRI o CT por población. Sin embargo, si hay muy pocas unidades es posible que existan problemas de acceso en términos de proximidad geográfica o tiempos de espera. Por el contrario, si hay demasiadas, el resultado puede ser un uso excesivo de estos costosos procedimientos de diagnóstico, con poco beneficio para los pacientes.

Existe información sobre el uso de estos equipos de diagnóstico para un número reducido de países. Considerando esta limitada cobertura, el mayor número de estudios de MRI per cápita se practica en Turquía, Alemania, los Estados Unidos, Japón y Francia, los cuales tienen más de 100 estudios de MRI por cada 1000 habitantes (Figura 9.5). En los Estados Unidos el número (absoluto) de estudios de MRI aumentó a más del doble entre 2000 y 2015. En Turquía ha aumentado aún más rápidamente, tres veces entre 2008 y 2015. En este país hay evidencia creciente de que se ordenan estudios de MRI sistemáticamente para pacientes con diferentes condiciones de salud, lo que indica un uso excesivo de estos exámenes. El mayor número de estudios de CT per cápita se presenta en los Estados Unidos, seguido de Japón y Luxemburgo (Figura 9.6).

Existen grandes variaciones en el uso de equipos de CT y MRI no solo entre países, sino también dentro de los mismos. Por ejemplo, en Bélgica hubo una variación de casi dos veces en el número de estudios de MRI y CT entre provincias con los índices más altos y más bajos en 2010. En el Reino Unido (Inglaterra), el uso de ambos tipos de estudios de diagnóstico es en general mucho menor, pero la variación entre regiones es mayor, con una diferencia de más de cuatro veces entre las administraciones de atención primaria (Primary Care Trusts) que tuvieron los índices más alto y más bajo de exámenes de MRI y CT en 2010-11. En Canadá también se ha presentado un incremento importante en el uso de estudios de MRI y CT

en todo el país en la última década, pero sigue habiendo grandes variaciones entre provincias. (OECD, 2014).

En varios países de la OCDE se han desarrollado guías clínicas para promover un uso más racional de los estudios de MRI y CT. En el Reino Unido, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ha publicado guías sobre el uso apropiado de estos estudios (NICE, 2012). En los Estados Unidos la campaña "Choosing Wisely" ha desarrollado claras directrices para médicos y pacientes para reducir el uso de pruebas de diagnóstico y procedimientos innecesarios. Las guías incluyen, por ejemplo, evitar estudios de imagenología como MRI, CT o rayos-X para pacientes con dolor agudo de la espalda baja sin indicaciones específicas (Choosing Wisely, 2015). En Canadá se lanzó una campaña similar en 2014, y se ha empezado a trabajar en otros países de la OCDE para producir guías y recomendaciones similares y promover el uso apropiado de pruebas de diagnóstico y otros procedimientos. Es muy pronto aún para predecir el nivel de éxito de estas campañas en reducir el uso excesivo de estudios de MRI y CT.

Definición y comparabilidad

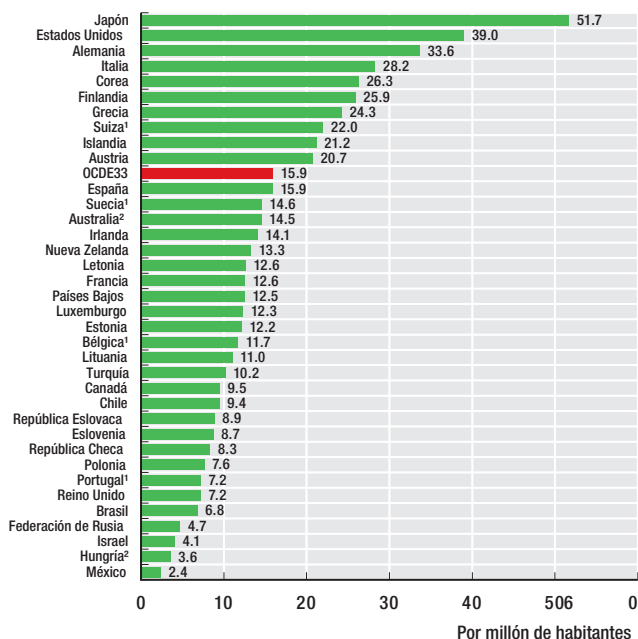
La información de la mayoría de los países cubre unidades de MRI y escáneres de CT instalados tanto en hospitales como en el sector ambulatorio, pero la cobertura es más limitada en algunos países. Las unidades de MRI y los escáneres de CT fuera de los hospitales no se incluyen en las cifras de Bélgica, Portugal, Suecia y Suiza (unidades de MRI). Para el Reino Unido, los datos solo incluyen equipo del sector público. Para Australia y Hungría, el número de unidades de MRI y escáneres de CT incluye solo aquellos elegibles para reembolso público.

De igual manera, los estudios de MRI y CT realizados fuera de hospitales no se incluyen en Austria, Portugal, Suiza y el Reino Unido. En Australia los datos incluyen solo los estudios para pacientes privados (dentro o fuera de hospitales), mientras que en Corea y los Países Bajos solo incluyen los estudios realizados con financiamiento público.

Referencias

- Choosing Wisely (2015), "Recommendations from the American Society of Anesthesiologists", disponible en: <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-anesthesiologists-imaging-studies-for-acute-lowback-pain/>.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2012), *Published Diagnostics Guidance*, disponible en guidance.nice.org.uk/DT/Published.
- OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

9.3. Unidades MRI, 2015 (o año más cercano)

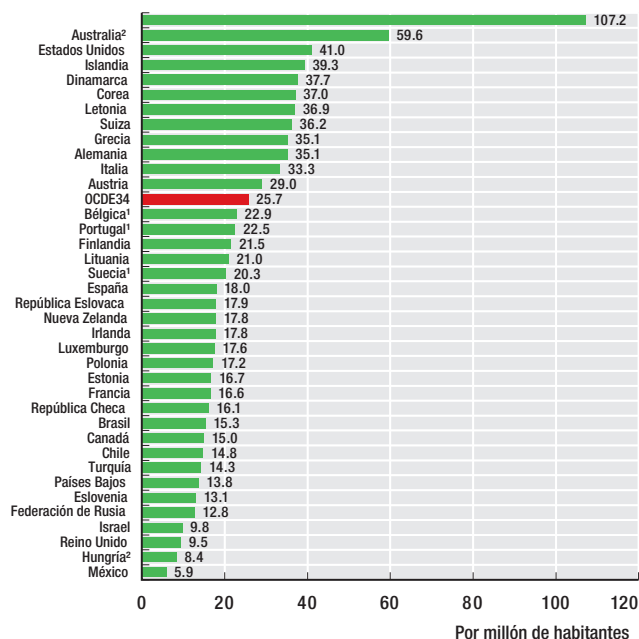


1. No se incluye equipo fuera de hospitales.
2. Solo equipo elegible para reembolso público.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604989>

9.4. Escáneres CT, 2015 (o año más cercano)

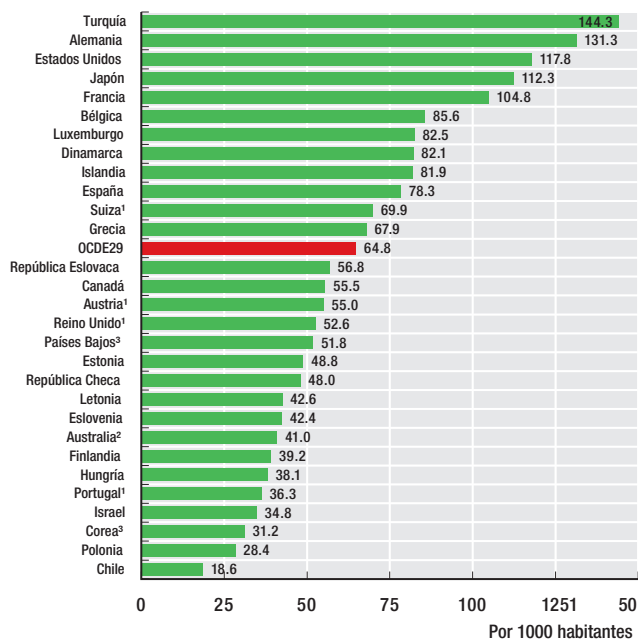


1. No se incluye equipo fuera de hospitales.
2. Solo equipo elegible para reembolso público.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605008>

9.5. Exámenes MRI, 2015 (o año más cercano)

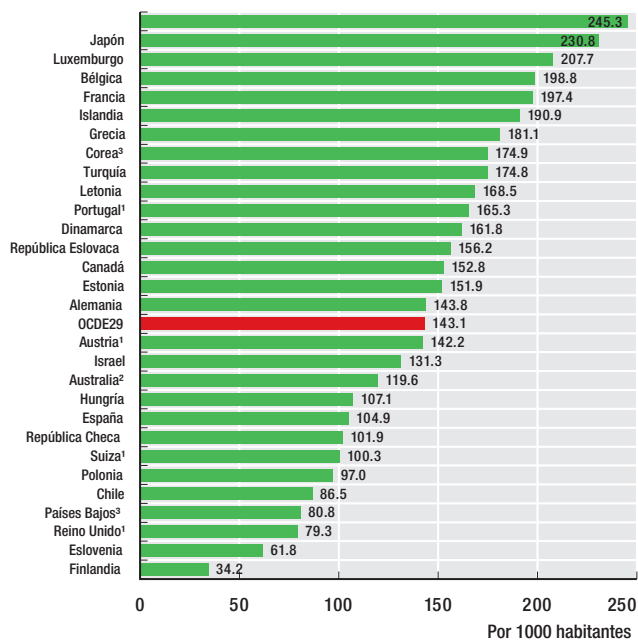


1. No se incluyen exámenes practicados fuera de hospitales.
2. No se incluyen exámenes a pacientes públicos.
3. No se incluyen exámenes de fondos privados.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605027>

9.6. Exámenes CT, 2015 (o año más cercano)



1. No se incluyen exámenes practicados fuera de hospitales.
2. No se incluyen exámenes a pacientes públicos.
3. No se incluyen exámenes de fondos privados.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605046>

Camas de hospital

El número de camas de hospital es una medida de los recursos disponibles para prestar servicios a los pacientes internados en hospitales. En esta sección se presenta información sobre el número total de camas de hospital en 2000 y 2015, y para diferentes tipos de servicios (cuidados curativos, de rehabilitación, de largo plazo y otras funciones). Incluye también un indicador de tasas de ocupación de camas en cuidado curativo.

Entre los países de la OCDE, Japón y Corea siguen teniendo el mayor número de camas de hospital per cápita, con 13.2 y 11.5 por cada 1 000 habitantes respectivamente en 2015 (Figura 9.7). En ambos países los hospitales tienen también las llamadas “admisiones sociales”, es decir, un número significativo de camas de hospital está destinado a cuidados de largo plazo para atender al número creciente de personas de edad avanzada en la población. El número de camas de hospital está también muy por encima del promedio de la OCDE en la Federación de Rusia, Alemania y Austria. Por otro lado, algunos países socios clave en Asia (India e Indonesia) tienen muy pocas camas de hospital en comparación con el promedio de la OCDE. Este es también el caso para países latinoamericanos (México, Colombia, Chile y Brasil).

El número de camas de hospital per cápita ha decrecido en la última década en la mayoría de los países de la OCDE, cayendo en promedio de 5.6 por cada 1000 habitantes en 2000, a 4.7 en 2015. Esta reducción es parte de un esfuerzo voluntario en la mayoría de los países, en parte derivado del avance en tecnología médica que ha permitido una tendencia a cirugías ambulatorias para diferentes procedimientos, y reducido la necesidad de hospitalización. En muchos países europeos la crisis financiera y económica de 2008 también generó un estímulo adicional para reducir la capacidad hospitalaria, en línea con las políticas para reducir el gasto público en salud. Solo en Corea, China y Turquía ha aumentado el número de camas de hospital desde 2000. Generalmente, las reducciones más importantes a lo largo del tiempo se han observado en países que tenían inicialmente un número alto de camas en 2000.

En promedio, alrededor de tres cuartas partes de las camas de hospital (77%) se destinan a cuidados curativos en los países de la OCDE (Figura 9.8). El resto se distribuyen entre cuidados de largo plazo (12%), rehabilitación (9%), y otros tipos de cuidados (2%). Sin embargo, en muchos países la proporción de camas asignadas a rehabilitación y cuidados de largo plazo es mucho mayor que el promedio. En Corea y Japón, por las razones previamente mencionadas, 37% y 20% de las camas de hospital respectivamente, se destinan a cuidados de largo plazo. En Finlandia esta proporción es también relativamente alta (28%) ya que los gobiernos locales (municipales) usan las camas en los centros de salud (definidos como hospitales) para al menos una parte de las necesidades de cuidados de largo plazo institucionales. En Francia, Alemania y Polonia, alrededor de un cuarto parte de las camas de hospital se destinan a cuidados de rehabilitación.

En varios países la reducción en el número de camas de hospital ha venido acompañada por un aumento en las

tasas de ocupación. La tasa de ocupación de camas para cuidados curativos alcanzó 76% en promedio en los países de la OCDE en 2015, solo ligeramente por encima del nivel en 2000 (Figura 9.9). Esto se debe a que el incremento general en las tasas de ocupación (causado por la reducción en el número de camas) es compensado por algunas disminuciones importantes de las tasas de ocupación observadas en Noruega, Japón y Letonia, junto con disminuciones menores en Suiza, Alemania, la República Eslovaca, Corea y otros. Irlanda e Israel tuvieron la tasa más alta de ocupación de camas de hospital, con aproximadamente 94%, seguidos de Canadá con 92%, y el Reino Unido con 84%.

Definición y comparabilidad

El término camas de hospital se define como el número total de camas que son regularmente mantenidas y atendidas, y están disponibles para su uso inmediato. Incluye camas en hospitales generales, de salud mental y abuso de sustancias, y otros hospitales especializados. Se han excluido las camas en instalaciones residenciales para cuidados de largo plazo (OECD, 2017).

Las camas para cuidados curativos son destinadas a pacientes con el principal objetivo de llevar a cabo uno o más de los siguientes procedimientos: curar una enfermedad o proporcionar tratamiento definitivo a una lesión, cirugía, aliviar los síntomas de una enfermedad o lesión (excluyendo cuidados paliativos), reducir la severidad de una enfermedad o lesión, protección contra la exacerbación y/o complicación de una enfermedad y/o lesión que pudiera amenazar la vida o funciones normales, llevar a cabo procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, trabajo de parto (obstétrico). En algunos países, el número de camas incluye todas las camas de cuidados psiquiátricos (curativos y no curativos).

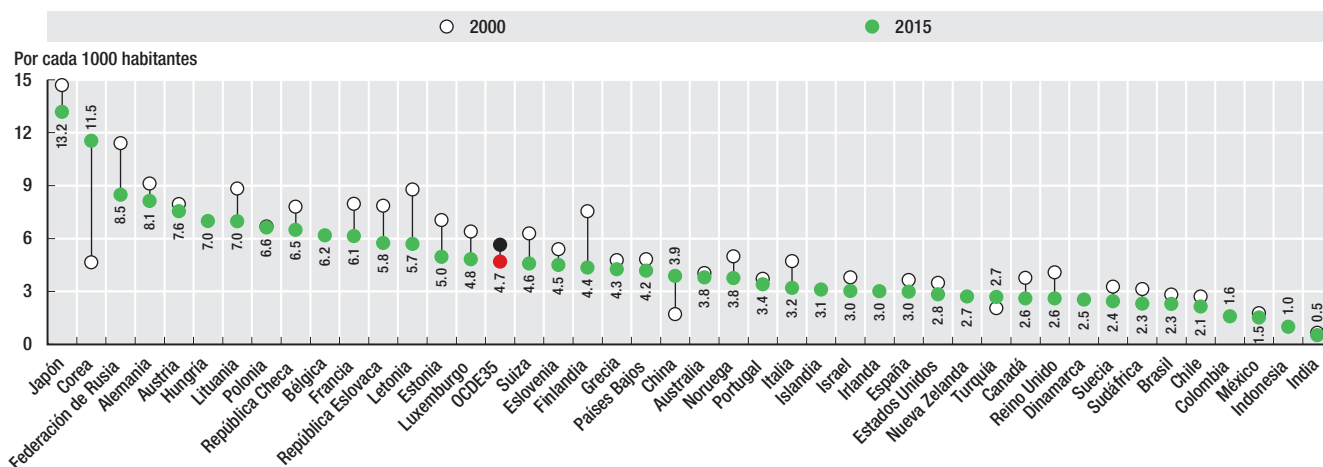
Las camas para cuidados de rehabilitación son destinadas a pacientes con la intención de estabilizar, mejorar o restablecer funciones orgánicas deterioradas.

Las camas de cuidados de largo plazo son destinadas a pacientes que requieren este tipo de atención debido a discapacidades crónicas y una reducción de su grado de independencia en actividades de la vida diaria. Incluyen camas en los departamentos de cuidados de largo plazo en hospitales generales, en hospitales de especialidades, y camas para cuidados paliativos.

Referencias

OECD (2017), *OECD Health Statistics 2017*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

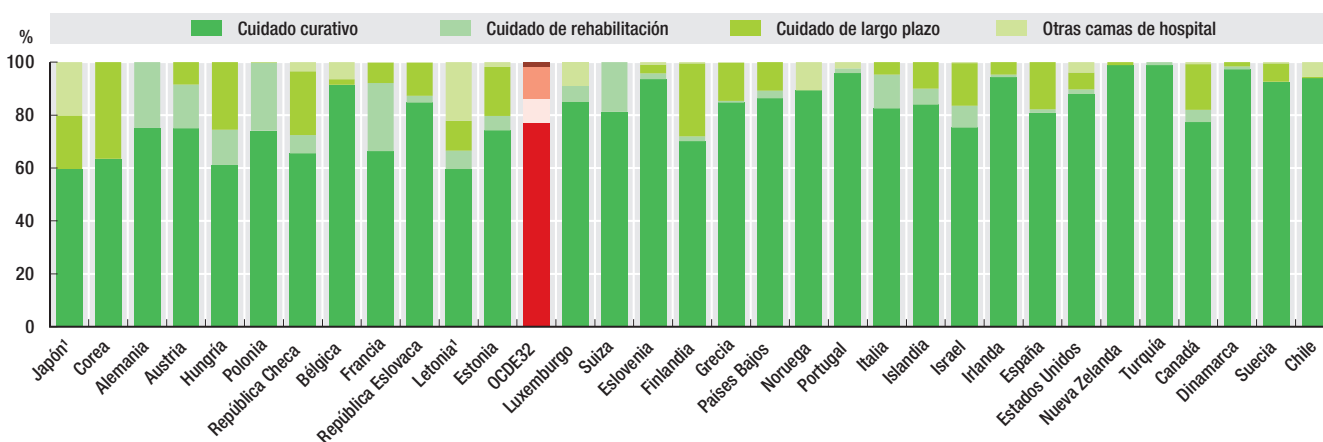
9.7. Camas de hospital por cada 1000 habitantes, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605065>

9.8. Camas de hospital por función de cuidado de la salud, 2015 (o año más cercano)



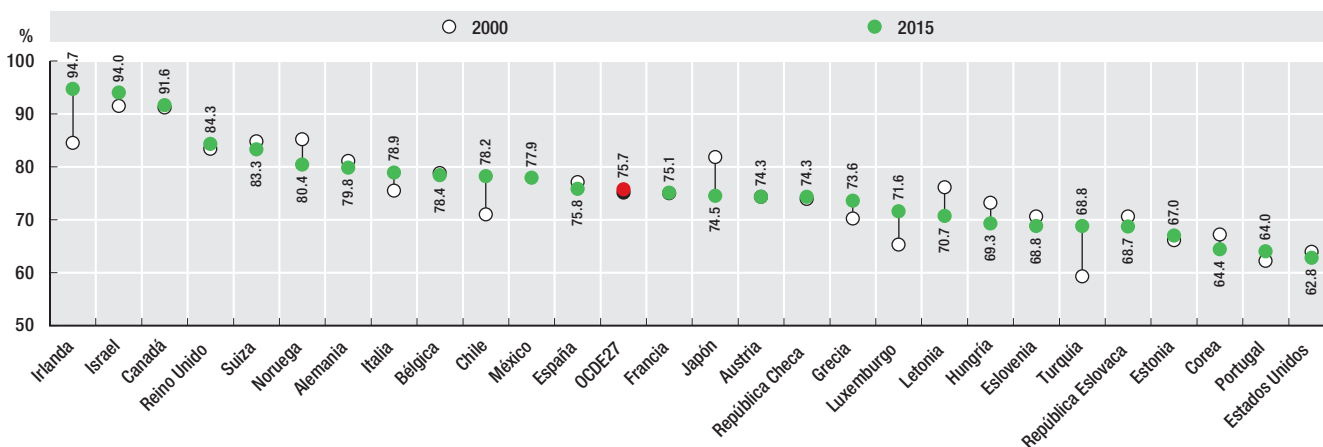
Nota: Los países se clasifican del más alto al más bajo número total de camas de hospital per cápita.

1. En Japón y Letonia, las camas de cuidados psiquiátricos se reportan en "otras camas de hospital", más que en categorías más específicas.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605084>

9.9. Tasas de ocupación de camas para cuidados curativos (agudos), 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605103>

Altas en hospitales

Las tasas de alta de hospitales miden el número de pacientes que dejan el hospital después de permanecer internados por lo menos una noche. Junto con el tiempo de hospitalización, constituye un importante indicador de las actividades de los hospitales, las cuales son afectadas por varios factores, como su capacidad para atender pacientes, la habilidad del sector de atención primaria de prevenir admisiones evitables, y la disponibilidad de instalaciones de cuidados posteriores a los cuidados intensivos que proporcionen rehabilitación y cuidados de largo plazo.

En 2015 las mayores tasas de alta de hospitales se presentaron en Austria y Alemania, seguidos por Lituania y la Federación de Rusia (Figura 9.10). Las más bajas fueron las de Colombia, México, Brasil y Canadá. En general, los países que tienen más camas de hospital tienden a tener mayores tasas de alta. Por ejemplo, el número de camas de hospital per cápita en Austria y Alemania es más del doble que en Canadá y España, y las tasas de alta también se duplican (ver el indicador de “Camas de hospital”).

En los países de la OCDE, las principales condiciones que llevaron a la hospitalización en 2015 fueron enfermedades circulatorias, embarazo y parto, lesiones y otras causas externas, enfermedades del sistema digestivo, cáncer y enfermedades respiratorias.

Alemania, Austria, Hungría y Letonia tienen las mayores tasas de alta en hospitales por enfermedades circulatorias; Austria, Grecia, Alemania y Hungría las mayores por cáncer (Figura 9.11 y 9.12). Mientras que las tasas de alta en hospitales por enfermedades circulatorias en Hungría se asocian con la cantidad de personas que tienen enfermedades del corazón y circulatorias (ver el indicador de “Mortalidad por enfermedades cardiovasculares” en el Capítulo 3), este no es el caso para Alemania y Austria. De manera similar, la incidencia de cáncer en Austria, Alemania o Grecia no es mayor que en otros países de la OCDE (ver el indicador de “Incidencia de cáncer” en el Capítulo 3). En Austria, la tasa de alta en hospitales se asocia con una alta tasa de admisión repetida para investigación y tratamiento de pacientes de cáncer (European Commission, 2008).

Las tendencias de las tasas de alta en hospitales varían de manera importante entre países de la OCDE. Desde 2000, las tasas de alta en hospitales se han incrementado en algunos países donde eran bajas entonces, pero han aumentado rápidamente (p. ej. Corea, Turquía y China) así como en otros países como Alemania donde ya estaban por encima del promedio. En otros países (p. ej. Francia, Portugal y los Estados Unidos), las tasas de alta en hospitales han permanecido relativamente estables, mientras que en otros (p. ej. Finlandia, Hungría, Islandia, Italia y Letonia), disminuyeron entre 2000 y 2015.

Las tendencias en las tasas de alta en hospitales reflejan la interacción de varios factores. La demanda de hospitalización puede crecer a medida que la población envejece, dado que los grupos de población de mayor edad representan un porcentaje desproporcionadamente elevado de las altas en hospitales. Sin embargo, el envejecimiento de la población por sí mismo puede ser un factor menos importante para explicar las tendencias de tasas de hospitalización que los avances en tecnologías

médicas y prácticas clínicas. La difusión de nuevas intervenciones médicas con frecuencia se extiende gradualmente a los grupos de población de mayor edad, a medida que son más seguras y efectivas para personas mayores. Pero la difusión de nuevas tecnologías médicas puede acarrear también una reducción en la hospitalización si conlleva un cambio de los procedimientos que requerían una noche de hospitalización, a los que se llevan a cabo en el mismo día. En el grupo de países donde las tasas de alta en hospitales han disminuido desde 2000, ha habido un importante aumento en el número de cirugías ambulatorias (ver el indicador de “Cirugía ambulatoria”). El número de camas disponibles en un hospital también puede afectar la programación de las altas, lo que a su vez afecta el tiempo promedio de hospitalización (ver el indicador “Tiempo promedio de hospitalización”).

Las tasas de alta en hospitales varían no solo entre países, sino también al interior de los mismos. En varios países de la OCDE (Canadá, Finlandia, Alemania, Italia, Portugal, España y el Reino Unido), las admisiones médicas en hospitales (excluyendo admisiones por intervenciones quirúrgicas) varían más de dos veces entre diferentes regiones del país (OECD, 2014).

Definición y comparabilidad

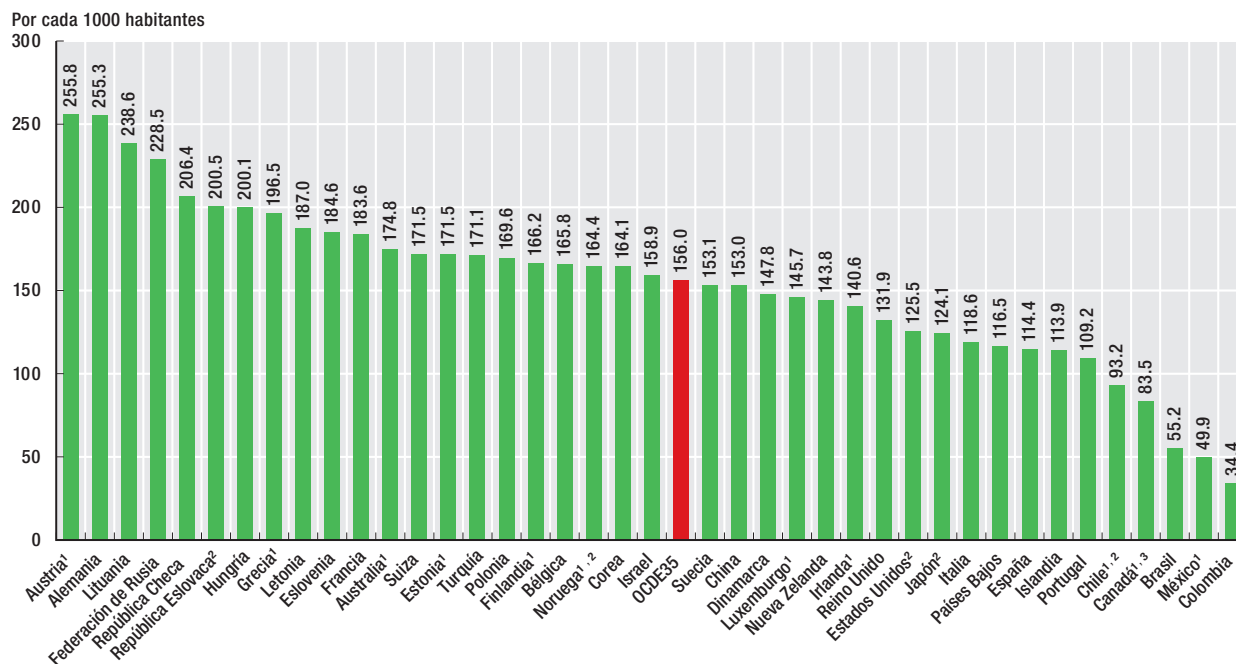
El término alta en hospitales se define como la salida de un paciente que ha estado hospitalizado al menos una noche. Incluye las muertes en el hospital después de la atención al paciente. Las altas por procedimientos de un día normalmente se excluyen, con la excepción de Chile, Japón, Noruega, la República Eslovaca, y los Estados Unidos, que incluyen altas de algunos procedimientos ambulatorios.

Los bebés sanos nacidos en hospitales se excluyen de las tasas de alta de hospitales en varios países (p. ej. Australia, Austria, Canadá, Chile, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, México y Noruega). Representan entre 3 y 10% del total de altas. Las cifras para algunos países no cubren todos los hospitales. Por ejemplo, las de México, Nueva Zelanda y el Reino Unido están restringidas solo a hospitales públicos, o financiados con fondos públicos. Los datos de Irlanda cubren hospitales públicos para cuidados intensivos y psiquiátricos (públicos y privados). Las cifras de Canadá, y los Estados Unidos solo incluyen hospitales de cuidados intensivos y corta estancia.

Referencias

- European Commission (2008), *Hospital Data Project Phase 2, Final Report*, European Commission, Luxemburgo.
- OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

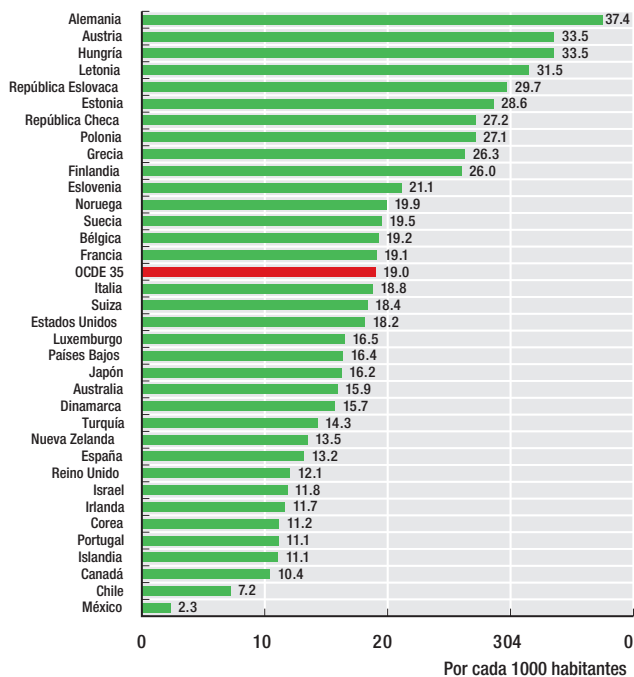
9.10. Altas en hospitales, 2015 (o año más cercano)



1. Los datos excluyen las altas de bebés sanos nacidos en el hospital (entre 3 y 10% de las altas).
 2. Los datos incluyen altas en el mismo día.
 3. Los datos para Canadá incluyen altas para cuidados curativos (agudos) solamente.
- Fuente: OECD Health Statistics 2017.

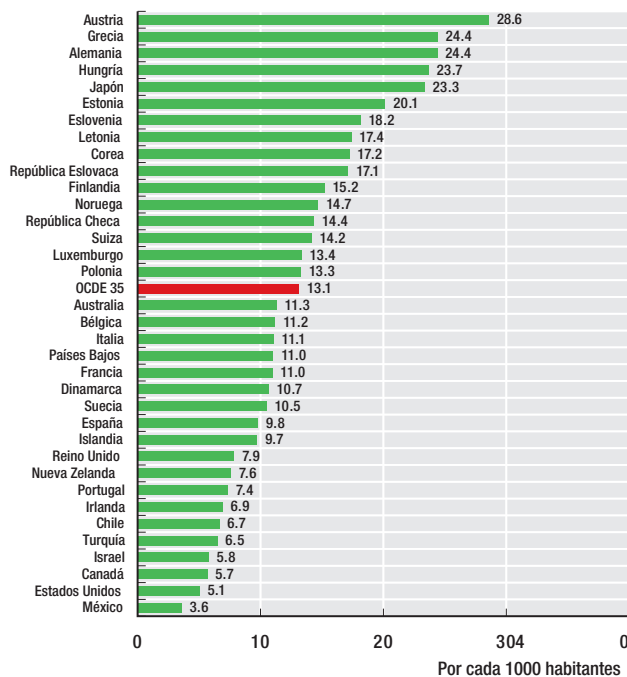
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605122>

9.11. Altas en hospitales por enfermedades circulatorias, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605141>

9.12. Altas en hospitales por diferentes tipos de cáncer, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605160>

Tiempo promedio de hospitalización

El tiempo promedio de hospitalización con frecuencia se considera un indicador de eficiencia. Siendo todos los demás factores iguales, una hospitalización más corta reducirá el costo del alta del paciente, y cambiará el costo intrahospitalario a otros servicios de cuidado post-intensivo menos onerosos. Las estancias más largas pueden ser un indicador de un servicio deficiente: los procesos hospitalarios ineficientes pueden causar retrasos en la provisión del tratamiento; los errores y la atención deficiente pueden significar que los pacientes requieran más tratamiento o tiempo de recuperación; una coordinación deficiente puede dejar a los pacientes varados en el hospital esperando que se gestione el seguimiento a la atención. Al mismo tiempo, algunas personas pueden ser dadas de alta demasiado rápido, cuando una hospitalización más larga podría haber mejorado los resultados o reducido las posibilidades de ser admitidos de nuevo.

Durante 2015, el tiempo promedio de hospitalización por todas las causas en los países de la OCDE fue de aproximadamente ocho días (Figura 9.13). Turquía y México tuvieron las estancias más cortas, con alrededor de cuatro días, mientras que Japón y Corea tuvieron las más extensas, con más de 16 días. En todos los países de la OCDE el tiempo promedio de hospitalización se ha reducido desde 2000, con reducciones muy importantes en Japón, Suiza, El Reino Unido e Israel. Sin embargo, el tiempo promedio de hospitalización se incrementó en Corea y Hungría, y también hubo ligeros incrementos en Italia, Canadá y Sudáfrica.

El efecto de tener una mezcla de casos y severidad en la hospitalización se puede remover enfocando los datos en el tiempo de hospitalización promedio para enfermedades y condiciones específicas. El tiempo promedio de hospitalización para un parto natural fue ligeramente menor a tres días en promedio en 2015 (Figura 9.14). Esta cifra varió de menos de dos días en México, Turquía, el Reino Unido, Canadá, Islandia y los Países Bajos, a alrededor de cinco días en la República Eslovaca y Hungría. En la mayoría de los países de la OCDE el tiempo promedio de hospitalización para un alumbramiento ha disminuido desde 2000.

El tiempo promedio de hospitalización por infarto agudo de miocardio fue de alrededor de 65 días en 2015. Fue menor en algunos de los países escandinavos (Noruega, Dinamarca y Suecia), Turquía y la República Eslovaca, con menos de cinco días; y más largo en Chile y Alemania, de más de 10 días (Figura 9.15). El tiempo promedio de hospitalización por infarto agudo de miocardio ha disminuido en todos los países de la OCDE desde 2000, con reducciones particularmente arcadas en Austria, Finlandia y la República Eslovaca.

Más allá de las diferencias en necesidades clínicas, estas variaciones entre países se pueden explicar por una variedad de factores. La combinación de una alta disponibilidad de camas con la estructura de pagos del hospital puede generar un incentivo para retener a los pacientes por más tiempo. Un número creciente de países (Francia, Alemania, Polonia) han cambiado a métodos prospectivos de pago que con frecuencia se basan en grupos de diagnóstico relacionados (DRGs, por sus siglas en inglés) para establecer pagos con base en el costo estimado de la atención hospitalaria antes de proporcionar el servicio. Estos métodos de pago alientan a los proveedores del servicio a reducir el costo de cada episodio de atención. En Suiza, los cantones que cambiaron de pagos por día a pagos por DRGs, han experimentado una reducción en los tiempos de hospitalización (OECD y WHO, 2011).

Se puede esperar que la reducción estratégica del número de camas de hospital junto con el desarrollo de servicios comunitarios de atención, acorten el tiempo promedio de hospitalización, como se ha observado con las reformas de mejora de la calidad en el sector hospitalario en Dinamarca (OECD, 2013). Otras opciones incluyen promover la adopción de procedimientos quirúrgicos menos invasivos, la expansión de programas de alta temprana, que permiten a los pacientes volver a sus hogares y recibir atención de seguimiento, y apoyo para los hospitales para mejorar la coordinación de la atención.

Algunos países también recopilan datos de altas retrasadas; el número de días que la gente permanece en el hospital después de que un médico los declara listos para ser dados de alta o transferidos, lo que proporciona una medida más precisa de cuando la permanencia en el hospital es innecesariamente larga. Dinamarca reportó un poco menos de 10 días adicionales de cama por cada 1000 habitantes en 2014, una cifra que se ha mantenido relativamente estable a lo largo del tiempo. Noruega logró una reducción destacada de altas retrasadas, de 28 días adicionales de cama por cada 1000 habitantes en 2011, a alrededor de 12 en 2015. Dentro del Reino Unido, Inglaterra tuvo un incremento importante desde 2013, con más de 30 días adicionales de cama por cada 1000 habitantes en 2015. Este incremento refleja en muy buena medida que los servicios sociales y de salud de seguimiento no están listos para recibir pacientes (OECD, 2017).

Definición y comparabilidad

El tiempo promedio de hospitalización se refiere al número de días promedio que los pacientes permanecen en el hospital. Por lo general se mide dividiendo el número total de días de hospitalización de todos los pacientes en un año entre el número de admisiones o altas. Se excluyen las admisiones de un solo día. La información cubre todos los casos intrahospitalarios (que incluye no solo los casos de cuidados curativos/intensivos) para la mayoría de los países, con excepción de Canadá, Japón y los Países Bajos, donde los datos se refieren solo a cuidados curativos/intensivos solamente (lo que resulta en una subestimación).

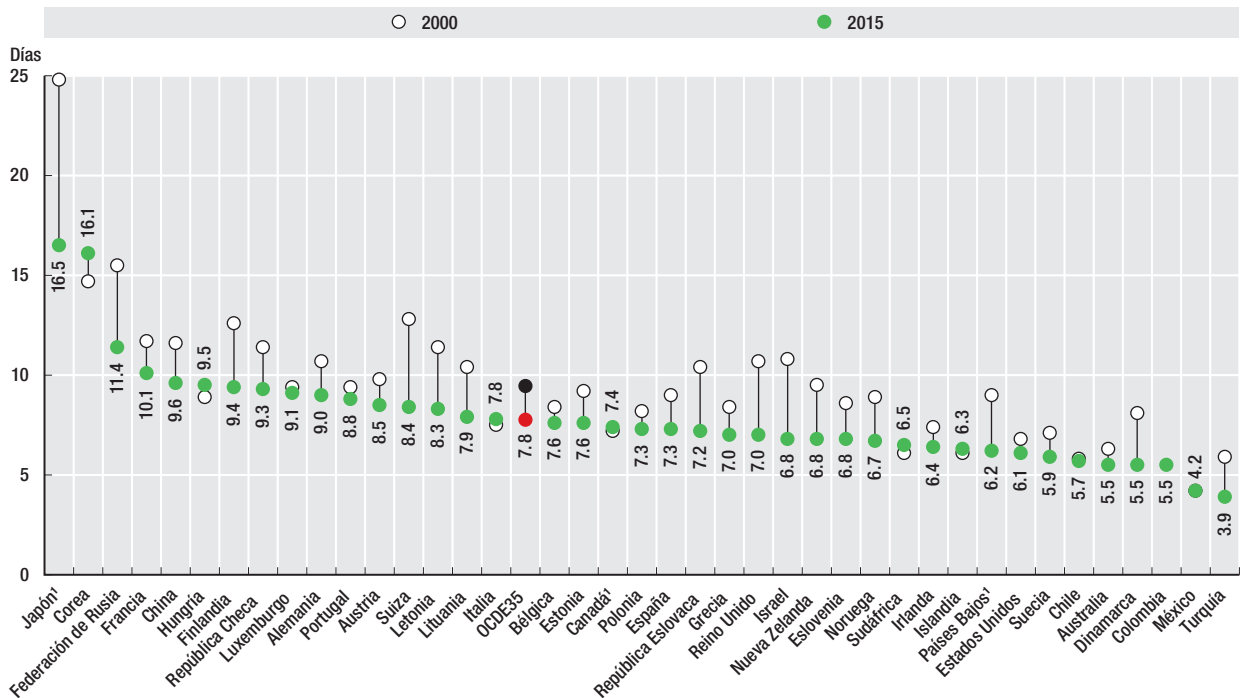
Las altas en hospitales y el tiempo promedio de hospitalización de bebés sanos nacidos en hospitales se excluyen en varios países (Australia, Austria, Canadá, Chile, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, México) lo que resulta en una ligera sobreestimación (p. ej., la inclusión de recién nacidos sanos reduciría el tiempo promedio de hospitalización por 0.5 días en Canadá). Esto comprende alrededor de 3 a 10% de todas las altas.

Los datos para parto natural se refieren a ICD-10 código O80; para AMI se refieren a ICD-10 códigos I21-I22.

Referencias

- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.
- OECD y WHO (2011), *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>.

9.13. Tiempo promedio de hospitalización, 2000 y 2015 (o año más cercano)

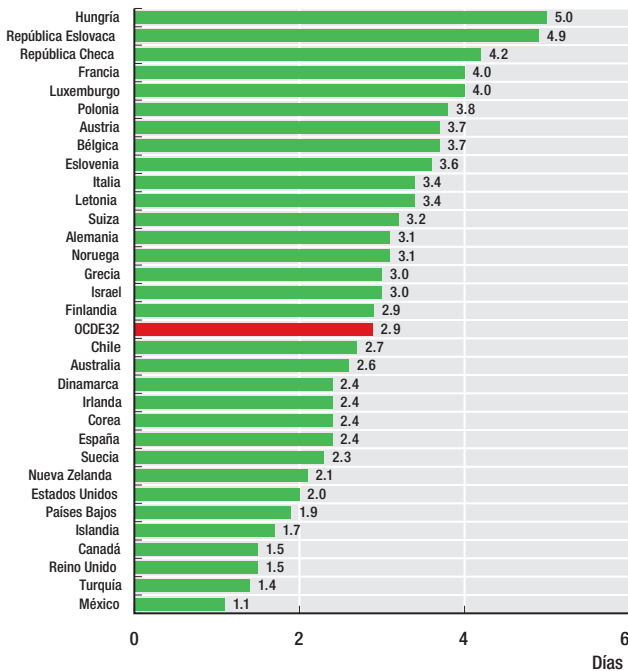


1. Los datos se refieren al tiempo de hospitalización para cuidados curativos (agudos) (lo que resulta en una subestimación). En Japón, el tiempo promedio de hospitalización para todos los casos fue de 29 días en 2015 (a diferencia de 39 días en 2000).

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605179>

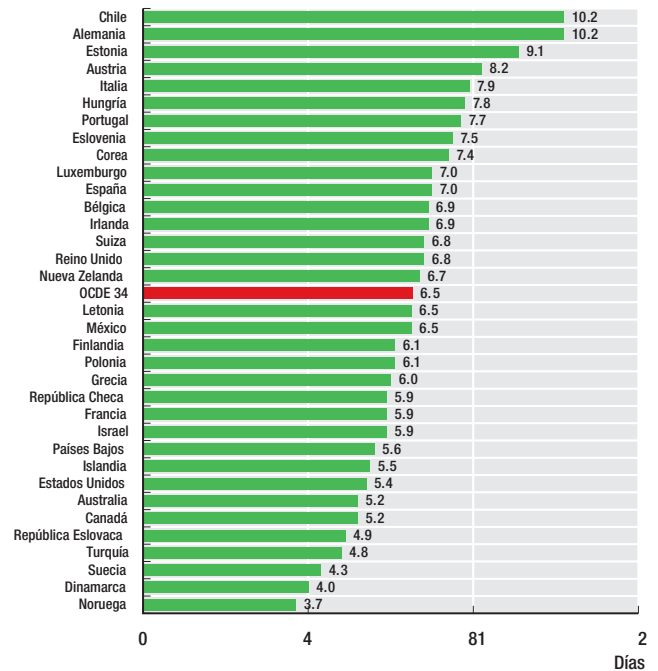
9.14. Tiempo promedio de hospitalización por parto natural, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605198>

9.15. Tiempo promedio de hospitalización por infarto agudo de miocardio (AMI), 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605217>

Reemplazo de cadera y rodilla

Los importantes avances en procedimientos quirúrgicos han proporcionado opciones efectivas para reducir el dolor y la discapacidad asociados con ciertas condiciones músculo-esqueléticas. La cirugía de reemplazo de articulaciones (reemplazo de cadera y rodilla) se considera una de las más efectivas intervenciones para osteoartritis severa y fracturas de cadera, ya que reduce el dolor y la discapacidad y restaura a algunos pacientes el funcionamiento casi normal.

La osteoartritis es una de las 10 enfermedades más incapacitantes en los países desarrollados. Globalmente las estimaciones muestran que el 10% de los hombres y el 18% de las mujeres de 60 años de edad y mayores presentan síntomas de osteoartritis, en sus formas moderada y severa (WHO, 2014). La edad es el predictor más fuerte del desarrollo y progreso de la osteoartritis. Es más común en mujeres, y se incrementa después de los 50 años de edad sobre todo en manos y rodillas. Otros factores de riesgo son la obesidad, falta de actividad física, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y lesiones. Aunque la cirugía de reemplazo de articulaciones se lleva a cabo principalmente entre personas de 60 años de edad y mayores, también puede ser practicada en gente más joven.

Durante 2015, Suiza, Alemania, Austria y Bélgica presentaron los índices más altos de reemplazo tanto de cadera como de rodilla (Figuras 9.16 y 9.17). En México y Chile, los índices de reemplazo de cadera y rodilla son particularmente bajos, con menos de 40 de cadera, y menos de 10 de rodilla por cada 100 000 habitantes. Las diferencias en la estructura de la población pueden explicar parte de esta variación entre países, que se pueden reducir en cierto grado estandarizando la edad. Aún así existen grandes diferencias y la clasificación de los países no cambia significativamente después de la estandarización de edad (McPherson et al., 2013; OECD, 2014).

Los promedios nacionales pueden enmascarar variaciones importantes en los índices de reemplazo de cadera y rodilla en cada país. En Australia, Canadá, Alemania, Francia e Italia, la tasa de reemplazo de rodilla es más de dos veces más alta en algunas regiones en comparación con otras, aún después de la estandarización de edad (OECD, 2014).

El número de reemplazos de cadera y rodilla se ha incrementado rápidamente desde 2000 en la mayoría de los países de la OCDE (Figuras 9.18 y 9.19). En promedio, la tasa de reemplazo de cadera aumentó en alrededor de 30% entre 2000 y 2015 y la de reemplazo de rodilla casi se duplicó. La mayoría de los países de la OCDE muestran tendencias de incremento de diferentes grados para reemplazo de cadera, pero hay países como Irlanda y

Portugal que presentan un crecimiento mucho más lento que el promedio. Irlanda es el único país de la OCDE que presenta un decremento en las tasas de reemplazo de cadera desde 2000. De forma similar, las cirugías de rodilla se han incrementado de manera importante en las últimas décadas en todos los países de la OCDE, excepto Chile y Estonia, que mostraron pequeños decrementos en los últimos años.

Definición y comparabilidad

El reemplazo de cadera es un procedimiento quirúrgico en el cual la articulación de la cadera se reemplaza por un implante protésico. En general se lleva a cabo para aliviar el dolor de la artritis o tratar daño severo de la articulación por fractura.

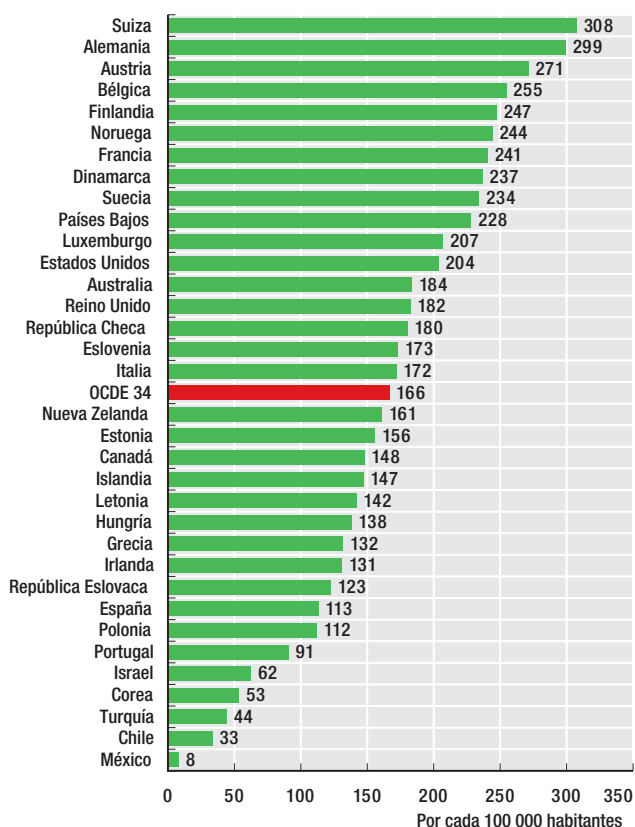
El reemplazo de rodilla es un procedimiento quirúrgico para reemplazar las superficies de la articulación de la rodilla que soportan peso para aliviar el dolor e incapacidad de la osteoartritis. También puede ser practicada por otras condiciones como la artritis reumatoide.

Los sistemas de clasificación y registro pueden variar en diferentes países, lo que puede afectar la comparabilidad de los datos. Aunque algunos países incluyen tanto el reemplazo total como el parcial, algunos otros incluyen solamente el reemplazo total de cadera. En Irlanda, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido, las cifras incluyen solamente las actividades en hospitales públicos, por lo que el número total de procedimientos que se presenta es una subestimación (p.ej. se estima que aproximadamente el 15% de las actividades hospitalarias en Irlanda se lleva a cabo en hospitales privados). La información para Portugal se refiere solamente a hospitales públicos en el continente. Las cifras para España incluyen solo parcialmente las actividades en hospitales privados.

Referencias

- McPherson, K., G. Gon y M. Scott (2013), "International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures", *OECD Health Working Papers*, núm. 61, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en>.
- OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- WHO (2014), "Chronic Rheumatic Conditions", *Fact Sheet*, Ginebra, disponible en: www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/.

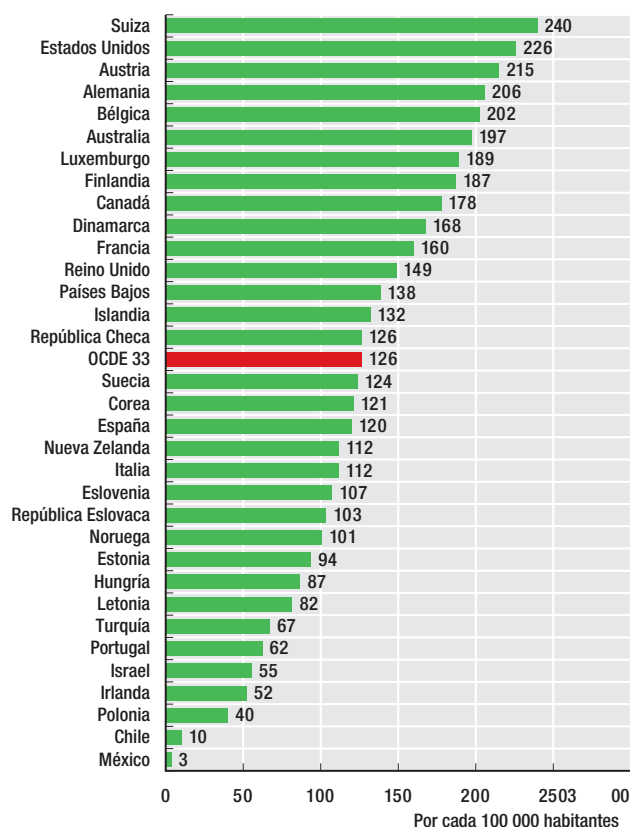
9.16. Cirugía de reemplazo de cadera, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605236>

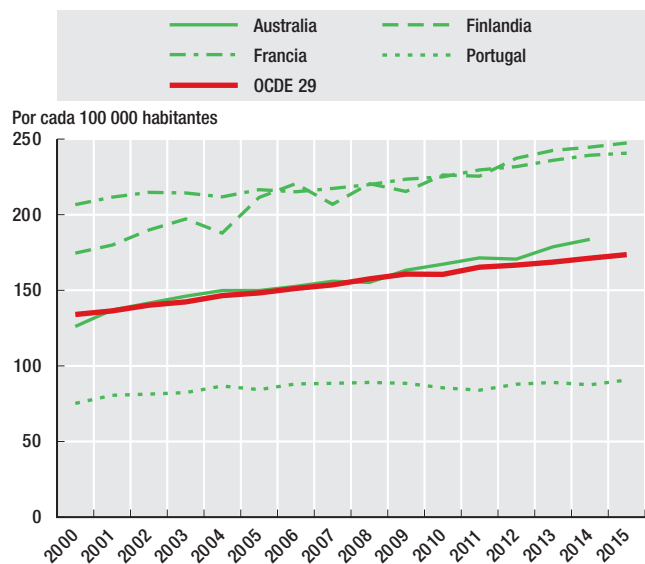
9.17. Cirugía de reemplazo de rodilla, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605255>

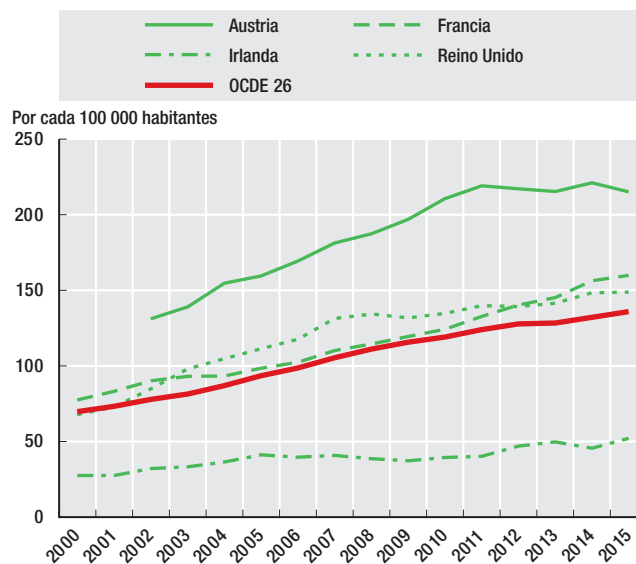
9.18. Tendencia de cirugía de reemplazo de cadera, 2000 a 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605274>

9.19. Tendencia de cirugía de reemplazo de rodilla, 2000 a 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605293>

Cesáreas

Las tasas de nacimientos por cesárea se han incrementado en casi todos los países de la OCDE a lo largo del tiempo, aunque en algunos esta tendencia se ha revertido al menos ligeramente en los últimos años. Las razones de este incremento incluyen un mayor número de primogénitos entre mujeres de mayor edad y de partos múltiples resultado de reproducción asistida, preocupación por la responsabilidad por negligencia, conveniencia de programación para médicos y pacientes, y la creciente preferencia de algunas mujeres de someterse a una operación cesárea. De cualquier forma, el parto por cesárea sigue ocasionando incrementos en mortalidad materna, morbilidad materna e infantil, y mayores complicaciones para partos subsecuentes, lo que ha generado cuestionamientos acerca de lo apropiado de las operaciones cesáreas que no son médicamente indispensables.

Durante 2015, como ocurrió en años anteriores, las tasas más bajas de operación cesárea se presentaron en los países nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia y Noruega), Israel y los Países Bajos, con tasas entre 15% y 17% del total de nacidos vivos (Figura 9.20). Las tasas más altas se presentaron en Turquía, México y Chile, con alrededor de uno de cada dos nacidos vivos, siendo un parto por cesárea.

La proporción de cesáreas se ha incrementado desde 2000 en la mayoría de los países de la OCDE, con aumentos del promedio de 20% en 2000 a 28% en 2015, aunque la tasa de crecimiento parece haber disminuido durante los últimos cinco años (Figura 9.21). El crecimiento ha sido particularmente acelerado en Polonia, la República Eslovaca y la República Checa, que históricamente habían tenido índices relativamente bajos; así como en algunos de los países que tienen hoy día las tasas más altas (Turquía, Corea). En algunos países la tasa de crecimiento ha mostrado una importante desaceleración desde mediados de los años 2000, como Israel, Finlandia y Suecia. En Italia la proporción de operaciones cesáreas ha disminuido significativamente en años recientes, aunque se mantiene entre las más altas en Europa.

Pueden existir variaciones sustanciales en la proporción de cesáreas entre regiones y hospitales en el mismo país. En Italia aún hay variaciones enormes, con proporciones muy altas en el sur del país. En España se presentan también grandes diferencias entre regiones (OECD, 2014).

Existe evidencia en varios países de que los hospitales privados practican más operaciones cesáreas que los públicos. En Francia, en los hospitales privados lucrativos autorizados a proporcionar atención para embarazos sin complicaciones, la proporción de cesáreas es tan alta como la de hospitales públicos que atienden casos más

complicados (FHF, 2008). En Suiza, se ha detectado que se practica un número sustancialmente mayor de operaciones cesáreas en clínicas privadas (41%) que en hospitales públicos (30.5%) (OFSP, 2013).

Varios países han tomado diferentes medidas para reducir las operaciones cesáreas innecesarias. Se han utilizado informes públicos, retroalimentación de proveedores, desarrollo de guías clínicas más claras y ajustes a los incentivos financieros para tratar de reducir el uso inapropiado de operaciones cesáreas. En Australia, donde la proporción de cesáreas es alta en relación con la mayoría de los países de la OCDE, varios estados han desarrollado guías clínicas y requieren reportes de la proporción de cesáreas en los hospitales, que incluyen investigaciones de prácticas contrarias a las guías. Estas medidas han desalentado las variaciones en la práctica y han contribuido a controlar el aumento de operaciones cesáreas. Otros países han reducido la brecha entre el costo hospitalario de un parto normal y uno con cesárea, con el objetivo de desalentar el uso inapropiado de cesáreas (OECD, 2014).

Definición y comparabilidad

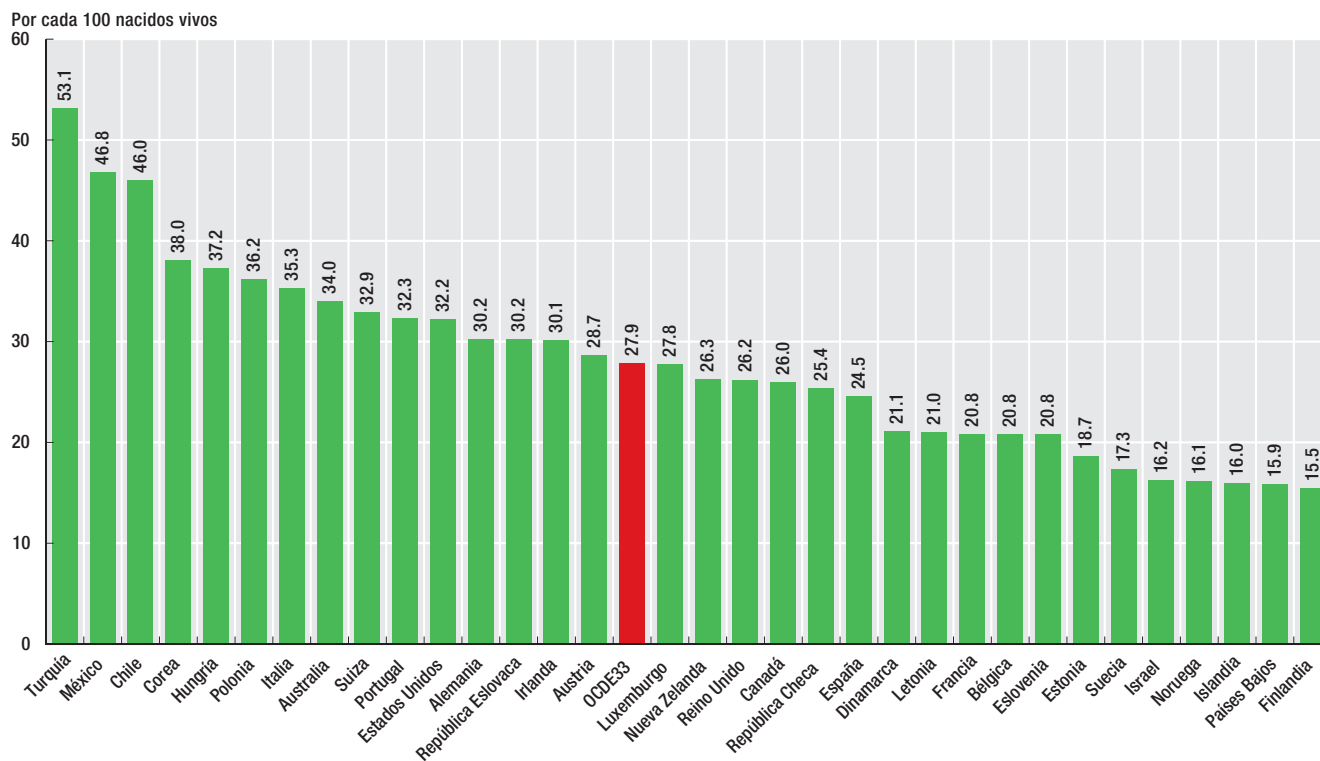
La proporción de operaciones cesáreas es el número de partos por cesárea practicados por cada 100 nacidos vivos.

En Irlanda, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido, los datos solo incluyen actividades en hospitales públicos (aunque en Irlanda todas las unidades de maternidad se ubican en hospitales públicos). Esto puede causar una subestimación de los índices de operaciones cesáreas en estos países, pues existe alguna evidencia de que los hospitales privados tienden a realizar más que los hospitales públicos.

Referencias

- FHF - Fédération hospitalière de France (2008), *Étude sur les césariennes* [Study on caesareans], Paris.
- OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (2013), *Accouchements par césarienne en Suisse* [Births by caesareans in Switzerland], Berna.

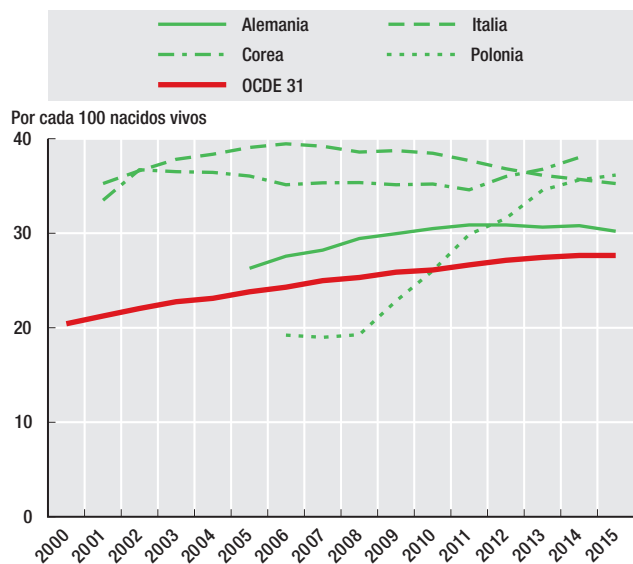
9.20. Índices de operaciones cesáreas, 2015 (o año más cercano)



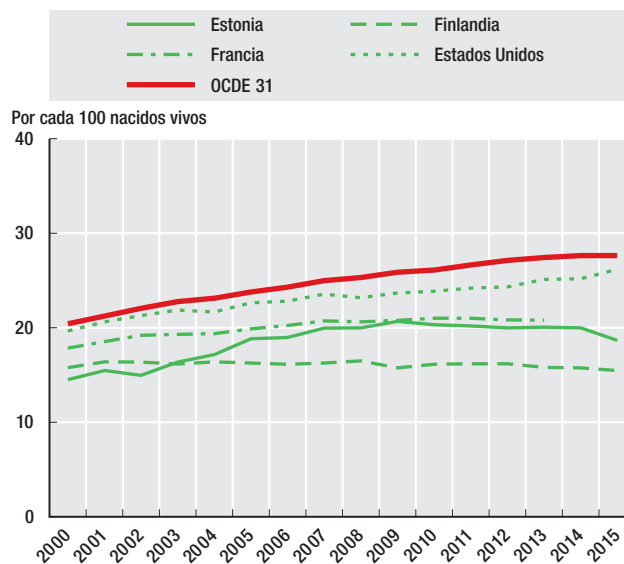
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605312>

9.21. Tendencias de operaciones cesáreas en una selección de países de la OCDE, 2000 a 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605331>

Cirugía ambulatoria

En las últimas décadas el número de procedimientos quirúrgicos practicados en el mismo día se ha incrementado de manera notable en países de la OCDE. Los avances en tecnologías médicas –particularmente la difusión de cirugías menos invasivas– y mejores anestésicos, han hecho posible este desarrollo. Estas innovaciones han mejorado la seguridad de los pacientes y los resultados médicos, y en muchos casos han reducido el costo unitario por intervención al acortar el tiempo de hospitalización. Sin embargo, el impacto del incremento de la cirugía ambulatoria en el gasto en salud puede no ser directo, pues la reducción del costo unitario (en comparación con cirugías con hospitalización), puede ser contrarrestado por el aumento del volumen de los procedimientos practicados. También es necesario tomar en cuenta cualquier costo adicional relacionado con cuidados post-intensivos y servicios comunitarios de salud después de las intervenciones.

La cirugía de cataratas y la amigdalectomía, son buenos ejemplos de cirugías de alto volumen que ahora se practican en el mismo día en muchos países de la OCDE.

Las cirugías ambulatorias representan el 90% de las cirugías de cataratas en la mayoría de los países de la OCDE (Figura 9.22). En varios países, casi todas las cirugías de cataratas se llevan a cabo como casos de un día. Sin embargo, el uso de cirugía ambulatoria es todavía relativamente bajo en Polonia, Turquía, Hungría, la República Eslovaca y México, donde aún representa menos de dos tercios del total de cirugías de cataratas. Aunque esto puede ser parcialmente explicado por limitaciones en la cobertura de información de actividades extra-hospitalarias fuera o dentro de los hospitales, también puede reflejar reembolsos más convenientes por hospitalización o limitaciones en el desarrollo de cirugía ambulatoria.

El número de cirugías ambulatorias de cataratas ha crecido rápidamente desde 2000 en muchos países, como Portugal y Austria (Figura 9.22). Mientras que en 2000, menos del 10% de las cirugías de cataratas en Portugal fueron ambulatorias, para 2015 la proporción se incrementó a 97%. En Austria, la proporción de cirugías ambulatorias de cataratas se incrementó de solo 1% en 2000 a 75% en 2015. La proporción de cirugías ambulatorias de cataratas también se ha incrementado rápidamente en muchos otros países, y llegó a 90% de los casos o más en 2015.

La amigdalectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en niños, practicado usualmente en quienes sufren repetidamente de infecciones crónicas de amígdalas, problemas respiratorios o bien apnea obstructiva del sueño por amígdalas grandes. Aunque la operación se realiza con anestesia general, en muchos países se practica principalmente en forma ambulatoria, y los niños regresan a casa el mismo día (Figura 9.23). Sin embargo, el porcentaje de casos no es todavía tan alto como para la

cirugía de cataratas, con un promedio de 34% en la OCDE y un máximo de 86% en Finlandia. Muchos países están aún a la zaga, pero muestran señales de avance. Estas importantes diferencias en la proporción de cirugías ambulatorias pueden reflejar variaciones en la percepción de los riesgos de complicaciones post-operatorias, o simplemente tradiciones clínicas de mantener a los niños al menos una noche en el hospital después de la operación.

Los incentivos financieros pueden afectar el grado en que los procedimientos menores se practican como cirugías ambulatorias. En Hungría, los topes de presupuesto para las cirugías ambulatorias desalentaron la práctica por razones financieras. Se espera que un cambio reciente de políticas para eliminar este tope genere un aumento en el número de cirugías ambulatorias de cataratas y otros procedimientos menores. En Dinamarca y Francia los sistemas de grupos de diagnóstico relacionados (DRG, por sus siglas en inglés), se han ajustado para incentivar la cirugía ambulatoria. En el Reino Unido, se otorgó un incentivo financiero de aproximadamente 300 libras esterlinas por caso, para una selección de procedimientos quirúrgicos si se practicaban como cirugías ambulatorias (OECD, 2017).

Definición y comparabilidad

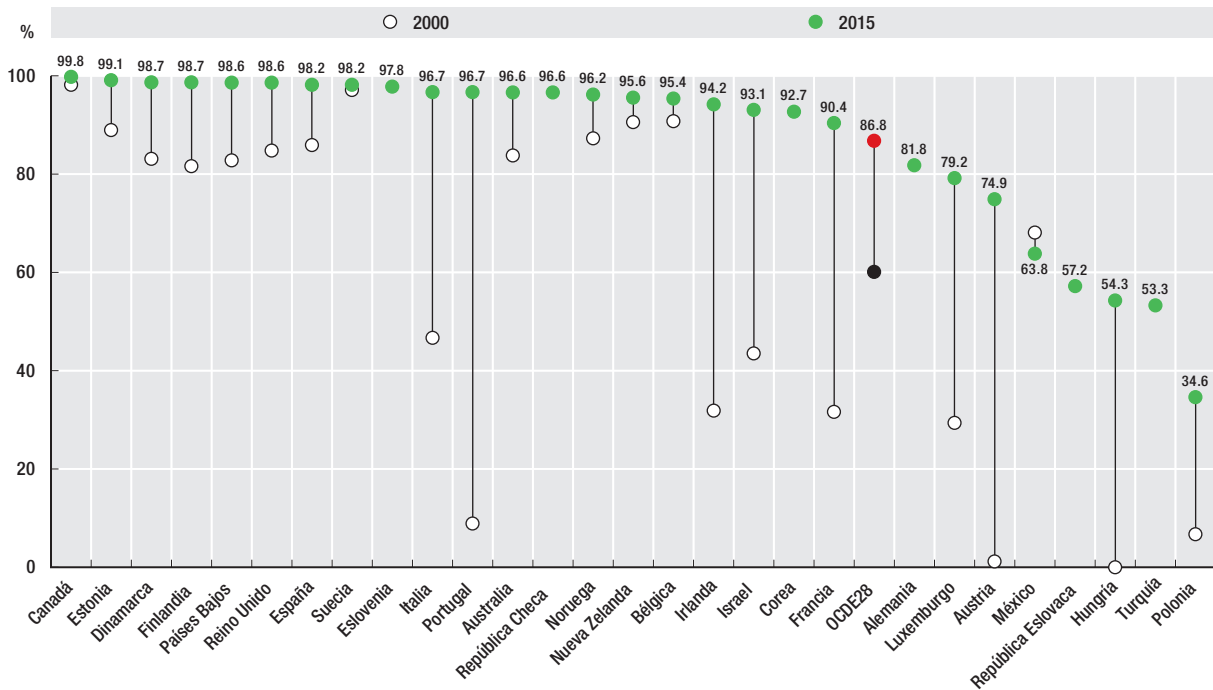
La cirugía de cataratas consiste en la remoción de la lente del ojo por la presencia de cataratas que la nublan parcial o totalmente, y reemplazo con una lente artificial. Se practica principalmente en adultos mayores. La amigdalectomía consiste en la remoción de las amígdalas, unas glándulas al fondo de la garganta. Se practica principalmente en niños.

Las cifras para varios países no incluyen casos extra-hospitalarios dentro o fuera de los hospitales (es decir, pacientes que no son formalmente ingresados y dados de alta), lo que resulta en una subestimación. En Irlanda, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido, las cifras solo incluyen cirugías de catarata realizadas en hospitales públicos u operados con fondos públicos, excluyendo todos los procedimientos llevados a cabo en hospitales privados (en Irlanda se estima que aproximadamente 15% de la actividad hospitalaria se lleva a cabo en hospitales privados). La información para Portugal se refiere solamente a hospitales públicos en el continente. Las cifras para España incluyen solo parcialmente actividades en hospitales privados.

Referencias

OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

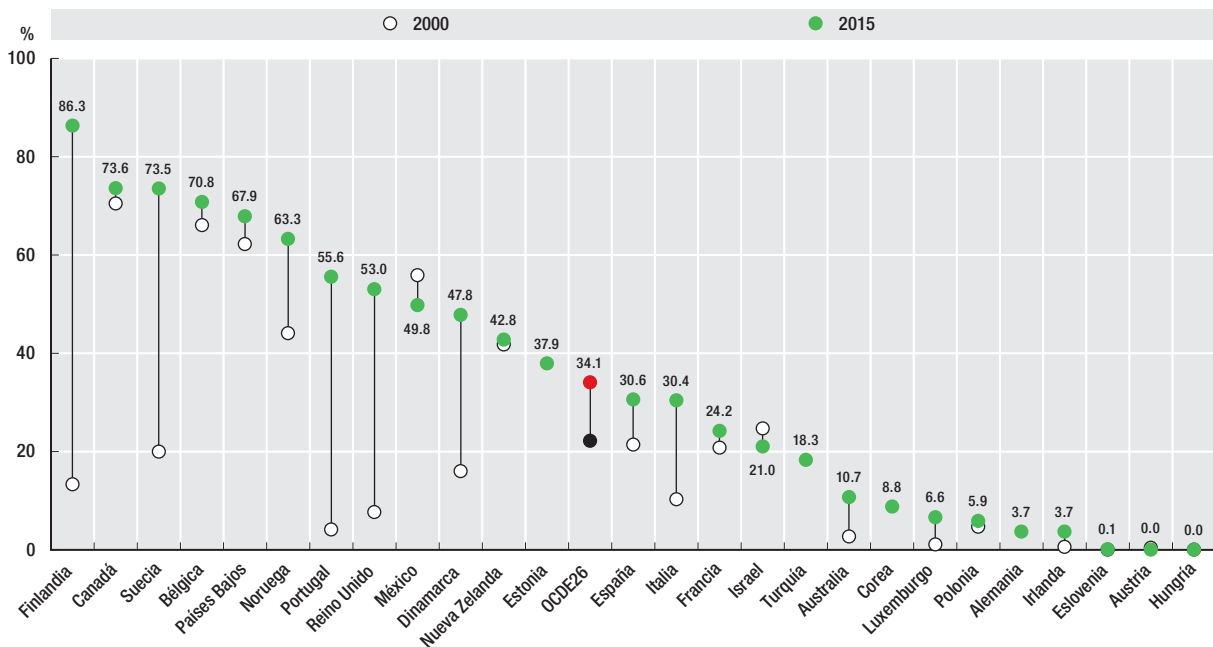
9.22. Proporción de cirugías de cataratas realizadas como casos ambulatorios, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605350>

9.22. Proporción de amigdalectomías realizadas como casos ambulatorios, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605369>





10. SECTOR FARMACÉUTICO

Gasto en medicamentos

Farmacéuticos y farmacias

Consumo de medicamentos

Genéricos y biosimilares

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Gasto en medicamentos

Los medicamentos juegan un papel importantísimo en el sistema de salud y los encargados de la formulación de políticas deben balancear el acceso de los pacientes a medicamentos innovadores y efectivos al tiempo de proporcionar los incentivos apropiados a la industria y reconocer las limitaciones de los presupuestos de salud. Después de la atención hospitalaria y ambulatoria, los medicamentos ocupan el tercer lugar en importancia en el gasto en salud; representaron más de una sexta parte (16%) del gasto en salud promedio en todos los países de la OCDE en 2015 (sin tomar en cuenta el gasto en medicamentos en hospitales).

De manera similar que otras funciones en la atención a la salud, el costo de los medicamentos es cubierto primordialmente por financiamiento del gobierno o seguros médicos obligatorios (Figura 10.1). En los países de la OCDE, estos esquemas cubren en promedio alrededor de 57% del gasto en medicamentos al menudeo, y el resto es financiado por el gasto de bolsillo 39% y seguros médicos privados voluntarios (4%). La cobertura más amplia se presenta en Alemania y Luxemburgo, donde el gobierno y los esquemas de seguros obligatorios pagan 80% o más del total de los costos de medicamentos. En ocho países de la OCDE, los esquemas públicos u obligatorios cubren menos de la mitad del total del gasto en medicamentos. Este es el caso de Polonia (34%), Letonia (35%), Canadá y los Estados Unidos (36% en ambos). En estos países, los seguros privados voluntarios y el gasto de bolsillo tienen un papel mucho más importante en el financiamiento de medicamentos.

La facturación total de medicamentos al por menor en los países de la OCDE fue de más de USD 800 000 millones en 2015. Sin embargo, existen amplias variaciones en el gasto en medicamentos per cápita entre países, lo que refleja diferencias en volumen, patrones de consumo y precios de medicamentos, así como en el uso de productos genéricos (Figura 10.2). En los Estados Unidos se gastó mucho más en medicamentos que en cualquier otro país de la OCDE en términos per cápita (USD 1 162) y Japón (USD 798) también gastó significativamente más per cápita en medicamentos que otros países de la OCDE. En el otro extremo de la escala, Dinamarca (USD 282), Israel (USD 313) y Estonia (USD 326) tuvieron niveles de gasto relativamente bajos.

Alrededor del 80% del total del gasto en medicamentos al por menor se destina a medicamentos prescritos, y el resto a medicamentos de libre acceso (OTC, por sus siglas en inglés). Los medicamentos OTC son productos que en general pueden adquirirse sin una prescripción, y sus costos en la mayoría de los casos son cubiertos en su totalidad por los pacientes. La proporción de medicamentos OTC es particularmente alto en Polonia, donde representa la mitad del gasto en medicamentos, pero también en España (34%) y Australia (31%).

El crecimiento del gasto promedio anual en medicamentos en el periodo 2009-15 ha sido mucho menor en comparación con los años anteriores a la crisis (Figura 10.3). Entre 2009 y 2015, el gasto en medicamentos bajó 0.5% por año en promedio en la OCDE; principalmente debido a recortes en el gasto del gobierno y seguros obligatorios, y expiración de patentes de algunos productos de altísima

demanda; mientras que se incrementó en 2.3% anualmente en el periodo 2003-09. La reducción fue particularmente fuerte en países Europeos seriamente afectados por la crisis económica y financiera, como Grecia (-6.5%), Portugal (-5.9%) e Irlanda (-4.4%). Como respuesta a la creciente presión en los presupuestos públicos, muchos gobiernos hicieron prioritaria la reducción en el gasto en medicamentos del gasto público. Las medidas políticas incluyeron la eliminación de algunos productos de los cuadros básicos (es decir, eliminarlos para reembolso) y la introducción o incremento de cargos para el usuario en medicamentos prescritos adquiridos al por menor (Belloni et al., 2016).

En años más recientes, varios países como Alemania, Suiza, Bélgica y los Estados Unidos han tenido de nuevo crecimiento en el gasto en medicamentos, en parte debido a fuertes incrementos en el gasto en ciertos productos, como los de Hepatitis C o medicamentos oncológicos.

Definición y comparabilidad

El gasto en medicamentos considera el gasto en medicamentos prescritos y automedicación, conocidos como medicamentos OTC o de libre acceso. En algunos países, otros productos médicos perecederos también se incluyen. Los medicamentos consumidos en hospitales y otros escenarios de atención a la salud se han excluido. El gasto final en medicamentos incluye márgenes de distribuidor y farmacia, e impuesto al valor agregado. También incluye la remuneración de los farmacéuticos cuando esta última se separa del precio de los medicamentos. El gasto total en medicamentos incluye márgenes de distribución y al por menor, así como impuesto al valor agregado. El gasto total en medicamentos se refiere en la mayoría de los países al gasto "neto"; es decir, ajustado por posibles rebajas pagadas por los fabricantes, distribuidores o farmacias.

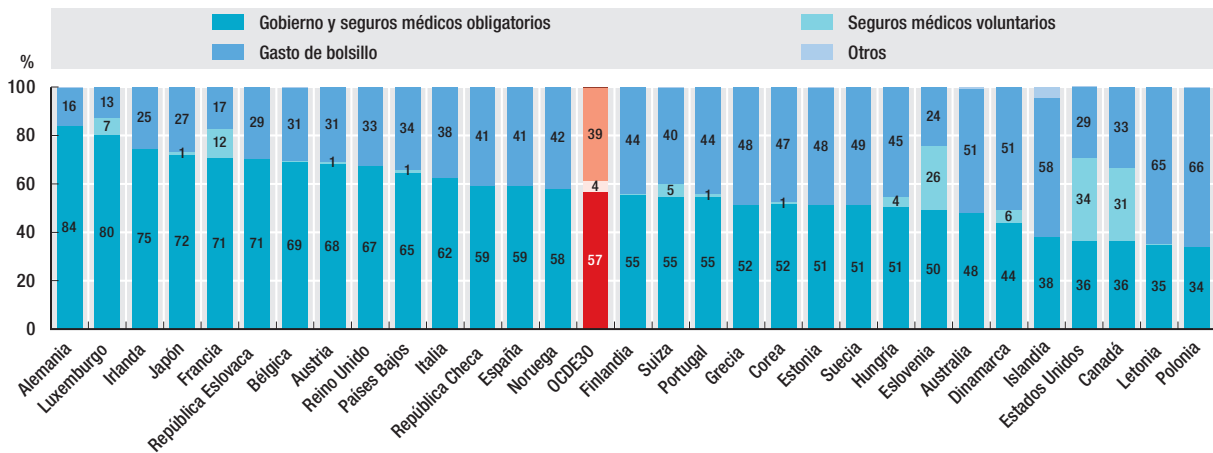
Los medicamentos consumidos en hospitales y otros contextos de atención a la salud como parte de tratamientos de pacientes hospitalizados o ambulatorios se han excluidos (los datos disponibles sugieren que su inclusión agregaría un 10-20% más al gasto en medicamentos). Existen cuestiones de comparabilidad con respecto a la administración y despacho de medicamentos para pacientes de consulta externa en los hospitales. En algunos países los costos se incluyen en cuidados curativos, y en otros como medicamentos.

El gasto en medicamentos per cápita se ha ajustado para tomar en cuenta las diferencias en poder adquisitivo.

Referencias

- Belloni, A., D. Morgan y V. Paris (2016), "Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends And Future Challenges", *OECD Health Working Papers*, núm. 87, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>.

10.1. Gasto en medicamentos al por menor¹ por tipo de financiamiento, 2015 (o año más cercano)



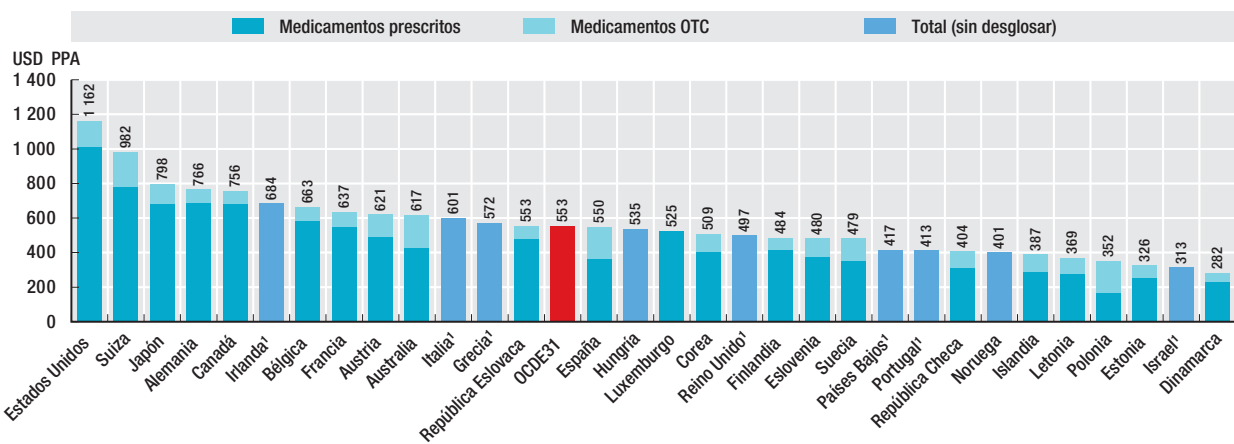
Nota: "Otros" incluye financiamiento de organizaciones sin fines de lucro, empresas y el resto del mundo.

1. Incluye productos médicos perecederos.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605388>

10.2. Gasto en medicamentos al por menor per cápita, 2015 (o año más cercano)

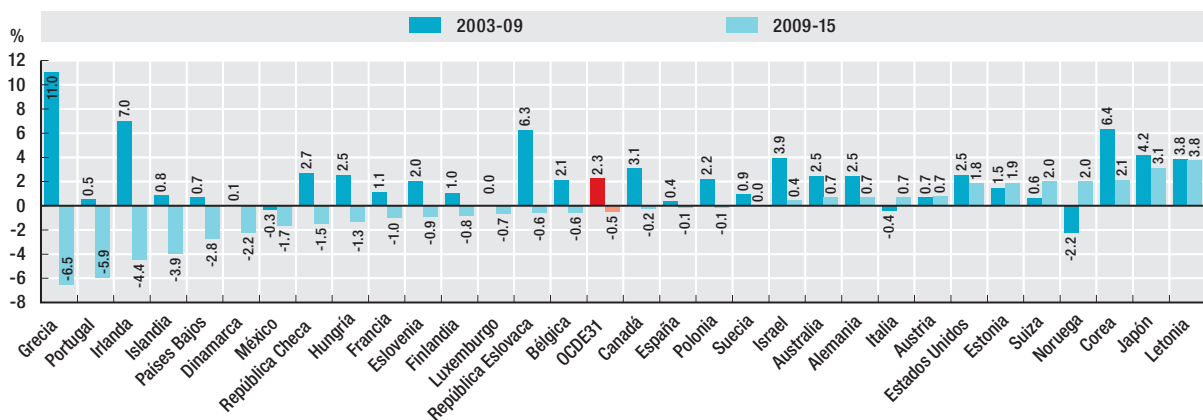


1. Incluye productos médicos perecederos (lo que resulta en una sobreestimación de entre 5% y 10%).

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605407>

10.3. Crecimiento anual promedio del gasto¹ en medicamentos al por menor per cápita, en términos reales, 2003-09 y 2009-15 (o periodo más cercano)



1. Incluye productos médicos perecederos.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605426>

Los farmacéuticos son profesionales calificados del cuidado de la salud, que gestionan la distribución de medicamentos a los consumidores/pacientes y colaboran para asegurar su uso seguro y eficaz. El papel del farmacéutico ha cambiado en los años recientes. Aunque su papel principal es despachar medicamentos en farmacias al por menor, también proporcionan atención directa a los pacientes de forma creciente (p. ej. vacunas de gripe en Irlanda y Nueva Zelanda, apoyo a cumplimiento de la medicación en Australia, Japón, Inglaterra y Nueva Zelanda) tanto en farmacias de la comunidad, como al formar parte de equipos integrales de cuidado de la salud.

Entre 2000 y 2015, el número de farmacéuticos se incrementó en 30% en los países de la OCDE. Japón tiene por mucho la mayor densidad de farmacéuticos, el doble del promedio de la OCDE; mientras que la densidad de farmacéuticos es menor en Turquía, Chile y los Países Bajos (Figura 10.4). En el mismo periodo, el número de farmacéuticos per cápita se incrementó en casi todos los países de la OCDE, con la excepción de Suiza. El incremento fue más rápido en Portugal, España, Eslovenia y la República Eslovaca.

En Japón, el incremento en el número de farmacéuticos se puede atribuir en gran parte a los esfuerzos del gobierno de separar más claramente la prescripción de medicamentos por parte de médicos, del despacho de los mismos por parte de farmacéuticos (el sistema Bungyo). Tradicionalmente, la inmensa mayoría de los medicamentos de prescripción en Japón eran despachados directamente por médicos. Sin embargo, en décadas recientes el gobierno Japonés tomó una serie de medidas para alentar la separación de la prescripción y el despacho.

La mayoría de los farmacéuticos trabajan en farmacias al por menor en las comunidades, pero algunos también trabajan en hospitales, la industria, investigación y la academia (FIP, 2015). Por ejemplo, en Canadá, más de tres cuartas partes de los farmacéuticos en servicio trabajaban en farmacias de comunidades, y alrededor de 20% trabajaban en hospitales y otros contextos de cuidado de la salud en 2012 (CIHI, 2015). En Japón, alrededor de 55% de los farmacéuticos trabajaban en farmacias de comunidades en 2014, mientras que alrededor de 20% trabajaban en hospitales o clínicas y el restante 25% trabajaba en otros contextos (Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists 2014).

La variación en el número de farmacias de comunidades en los países de la OCDE (Figura 10.5) puede ser explicada por los diferentes canales de despacho de medicamentos. Además de las farmacias de comunidades, los medicamentos pueden ser despachados en farmacias de hospitales (tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios) o pueden ser proporcionados directamente por los médicos en algunos países. Por ejemplo, el número relativamente bajo de farmacias de comunidades en los Países Bajos puede ser explicado en parte por el hecho de

que los pacientes también pueden comprar los medicamentos prescritos directamente de algunos médicos (Vogler et al., 2012). Dinamarca tiene menos farmacias de comunidades, pero éstas con frecuencia son grandes, y tienen sucursales y unidades suplementarias adjuntas a la farmacia principal (Vogler et al., 2012).

La variedad de productos y servicios provistos por las farmacias varía entre países. En la mayoría de los países Europeos, por ejemplo, las farmacias también venden cosméticos, suplementos alimenticios, dispositivos médicos y productos homeopáticos. En algunos países las farmacias también pueden vender anteojos de lectura y juguetes didácticos (Martins et al., 2015).

Definición y comparabilidad

Se define a los *farmacéuticos en servicio* como el número de farmacéuticos que tienen una licencia para ejercer y proporcionar servicios directos a clientes/pacientes. Pueden ser asalariados o independientes, y trabajar en farmacias de comunidades, hospitales y otros contextos. Los asistentes farmacéuticos y otros empleados de farmacias normalmente se excluyen.

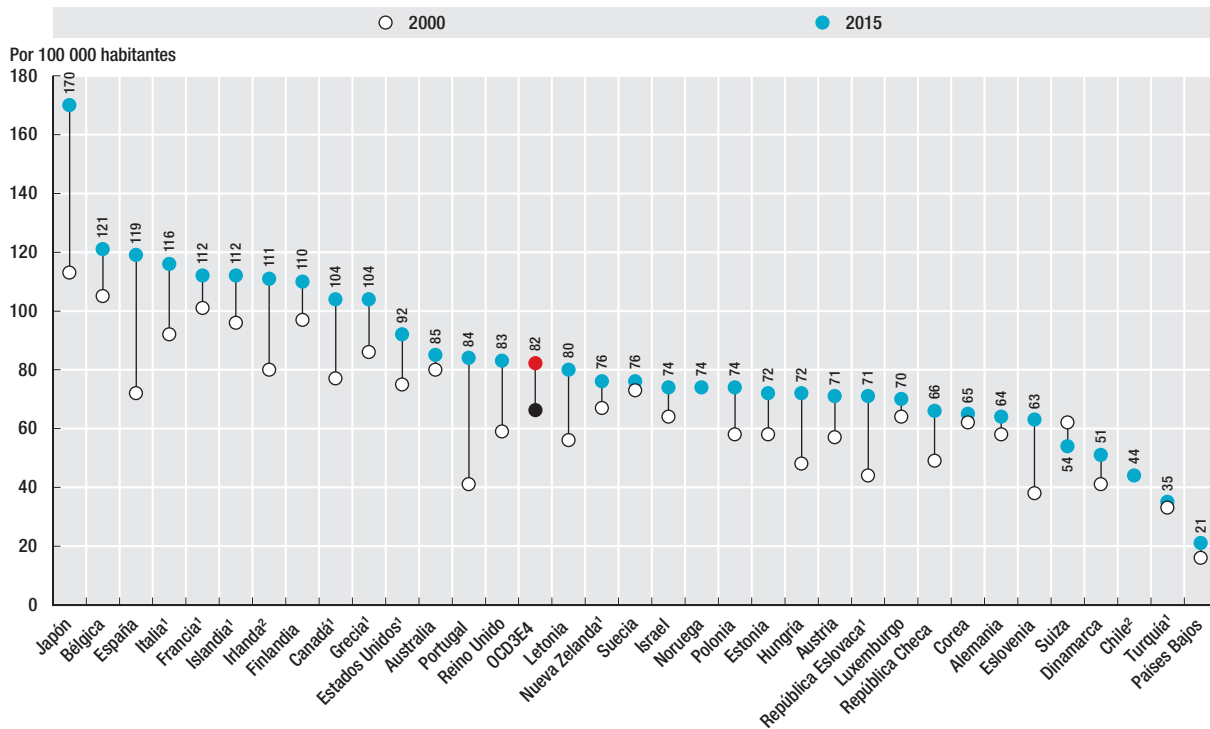
En Irlanda, las cifras incluyen a todos los farmacéuticos registrados en la Pharmaceutical Society de Irlanda, y posiblemente a algunos farmacéuticos que no están activos. En Islandia los asistentes farmacéuticos están incluidos.

Las *farmacias comunitarias* son locales que de acuerdo con las provisiones legales y definiciones locales pueden operar como instalaciones de servicios de farmacia en contextos comunitarios. El número de farmacias de comunidades que se reporta es el número de locales donde se despacharon medicamentos bajo la supervisión de un farmacéutico.

Referencias

- CIHI - Canadian Institute for Health Information (2015), "Pharmacist Workforce, 2012 - Provincial/Territorial Highlights", Ottawa, Canadá.
- FIP - International Pharmaceutical Federation (2015), "Global Trends Shaping Pharmacy - Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services, 2013-2015".
- Martins, S.F. et al. (2015), "The Organizational Framework of Community Pharmacies in Europe", *International Journal of Clinical Pharmacy*, 28 de mayo.
- Vogler, S. et al. (2012), "Impact of Pharmacy Deregulation and Regulation in European Countries", *Gesundheit Österreich GmbH*, Viena.

10.4. Farmacéuticos en servicio, 2000 y 2015 (o año más cercano)



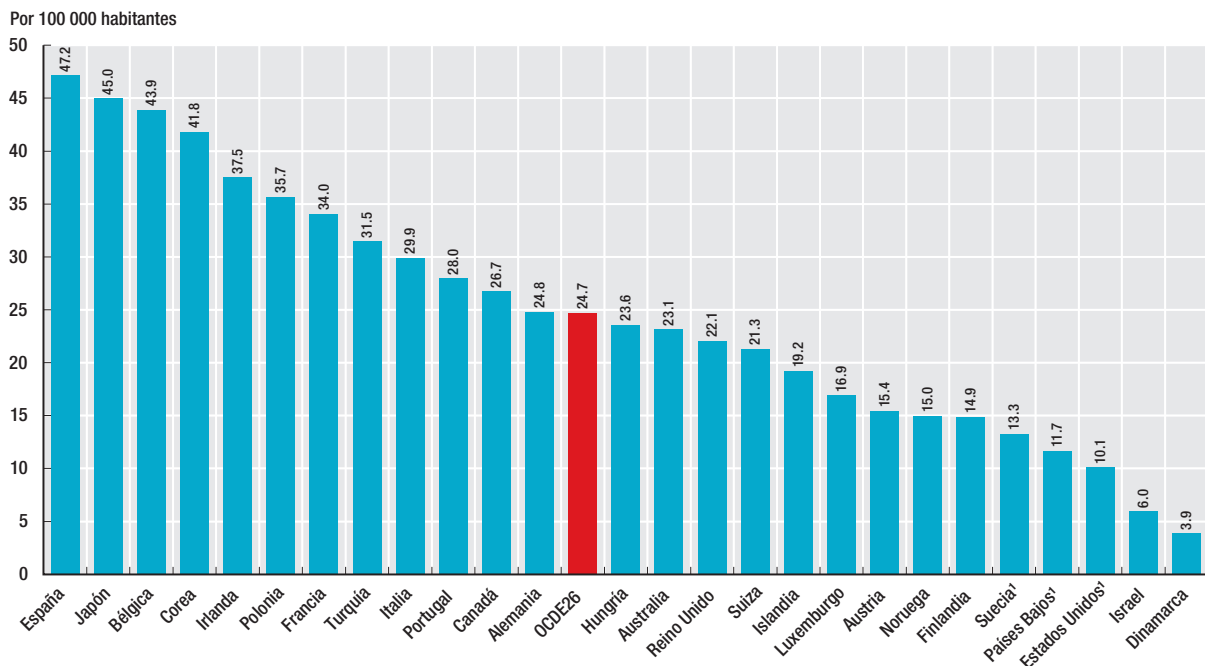
1. Los datos incluyen no solo farmacéuticos prestando servicios directamente a pacientes, sino también a quienes trabajan en el sector salud como investigadores, para empresas farmacéuticas, etc.

2. Los datos se refieren a los farmacéuticos con licencia para ejercer.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605445>

10.5. Farmacias comunitarias, 2015 (o año más cercano)



1. Estimados

Fuente: FIP (2015), "Global Trends Shaping Pharmacy - Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services, 2013-2015".

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605464>

Consumo de medicamentos

En general, el consumo de medicamentos sigue incrementándose, en parte debido a una necesidad creciente de medicamentos para tratar enfermedades crónicas y relacionadas con el envejecimiento, y por cambios en prácticas clínicas. Esta sección examina el consumo de cuatro categorías de medicamentos: antihipertensivos, reductores de colesterol, antidiabéticos y antidepresivos.

El consumo de antihipertensivos casi se duplicó en los países de la OCDE entre 2000 y 2015. Casi se cuadruplicó en Luxemburgo y Estonia (Figura 10.6). El más alto se presenta en Alemania y Hungría, que reportan casi cinco veces los niveles de consumo de Corea y Turquía. Estas variaciones reflejan tanto las diferencias en la prevalencia de presión arterial alta, como en prácticas clínicas.

El uso de reductores de colesterol casi se cuadruplicó en los países de la OCDE entre 2000 y 2015 (Figura 10.7). La República Eslovaca, Dinamarca y el Reino Unido reportan el consumo más alto per cápita en 2015. Existe una variación en los niveles de consumo de medicamentos reductores de colesterol de ocho veces entre los países de la OCDE.

El uso de medicamentos antidiabéticos casi se duplicó en los países de la OCDE entre 2000 y 2015 (Figura 10.8). Este crecimiento se puede explicar por la creciente prevalencia de diabetes, relacionada de forma importante con el incremento en la prevalencia de obesidad (ver indicadores de sobrepeso y obesidad en el Capítulo 4), y un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. En 2015, el consumo más alto de medicamentos antidiabéticos se presentó en Finlandia, la República Checa y Grecia.

El consumo de antidepresivos se duplicó en la OCDE entre 2000 y 2015 (Figura 10.9), lo que puede reflejar mejor reconocimiento de la depresión, disponibilidad de terapias, guías y cambios en las actitudes de pacientes y proveedores (Mars et al., 2017). Sin embargo, existe una significativa variación en el consumo de antidepresivos entre países. Islandia reporta el nivel más alto de consumo de antidepresivos en 2015, el doble del promedio de la OCDE, le siguen Australia, Portugal y el Reino Unido. Letonia, Corea y Estonia reportan los niveles más bajos de consumo de antidepresivos.

Definición y comparabilidad

La dosis diaria definida (DDD), es el promedio asumido de la dosis diaria de mantenimiento de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Se asignan DDDs a cada principio activo en una clase terapéutica por un consenso internacional de expertos. Por ejemplo, la DDD para aspirina

oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria de mantenimiento para tratar dolor en adultos. Las DDDs no necesariamente reflejan la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Las DDDs pueden ser agregadas dentro y entre clases terapéuticas de la Anatomic-Therapeutic Classification (ATC). Para mayor detalle consultar <http://www.whocc.no/atcddd>.

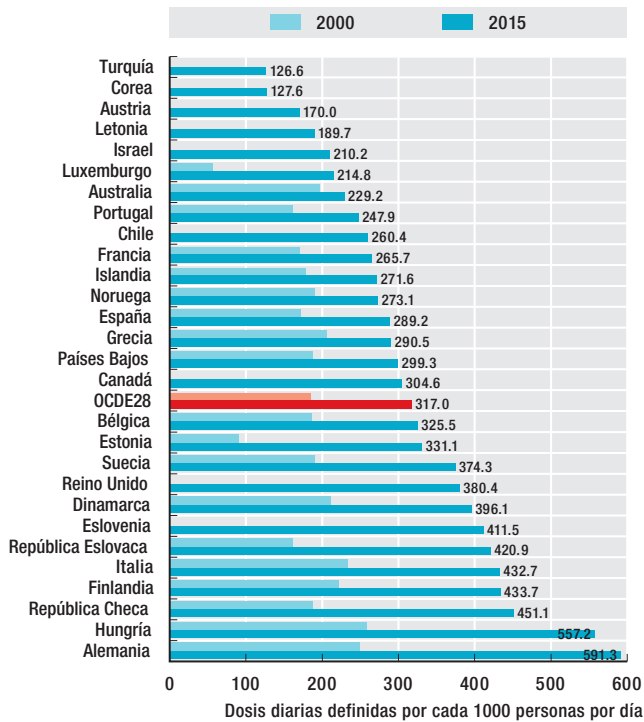
El volumen de consumo de antihipertensivos presentado en la Figura 10.6, se refiere a la suma de cinco categorías ATC2, que pueden ser prescritas para hipertensión (Antihipertensivos, Diuréticos, Agentes betabloqueadores, Bloqueadores de canal de calcio, y Agentes que actúan en el sistema renina-angiotensina).

Los datos generalmente se refieren solo al consumo de pacientes de consulta externa, excepto para Chile, la República Checa, Estonia, Finlandia, Francia, Islandia, Italia, Corea, Noruega, la República Eslovaca y Suecia, donde los datos también incluyen consumo en hospitales. Los datos para Canadá se refieren a tres provincias (British Columbia, Manitoba y Saskatchewan). Los datos para Luxemburgo y España se refieren a consumo de medicamentos prescritos cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (seguro público) en consulta externa. Los datos para Luxemburgo están subestimados debido a la consideración incompleta de productos con diversos principios activos.

Referencias

- Belloni, A., D. Morgan y V. Paris (2016), "Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges", *OECD Health Working Papers*, núm. 87, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>.
- Grandfils, N. y C. Sermet (2009), "Evolution 1998-2002 of the Antidepressant Consumption in France, Germany and the United Kingdom", *Document de travail IRDES*, núm. 21, Paris.
- Mars, B. et al. (2017), "Influences on Antidepressant Prescribing Trends in the UK: 1995-2011", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 52, núm. 2, pp. 193-200.
- OECD (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.

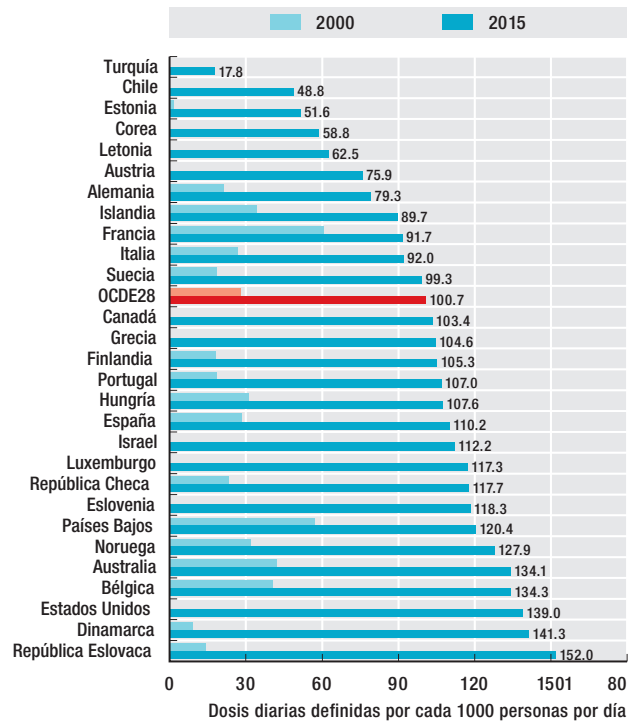
10.6. Consumo de medicamentos antihipertensivos, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605483>

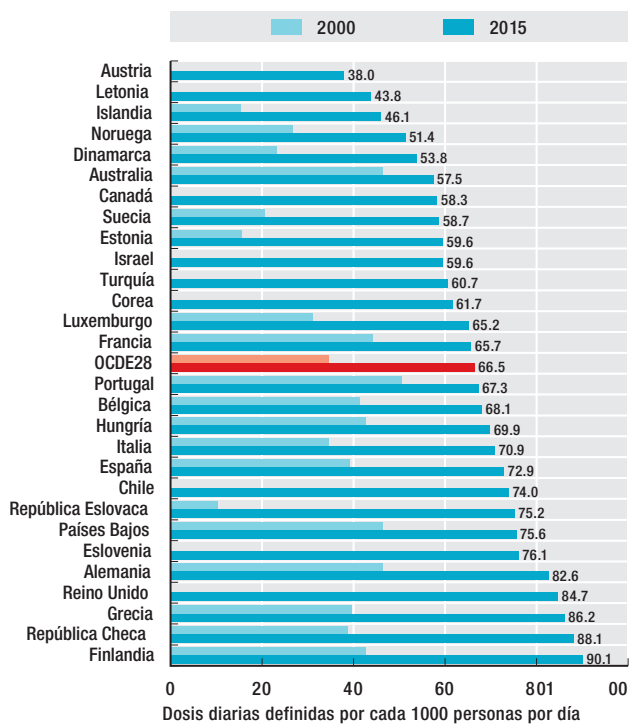
10.7. Consumo de medicamentos reductores de colesterol, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605502>

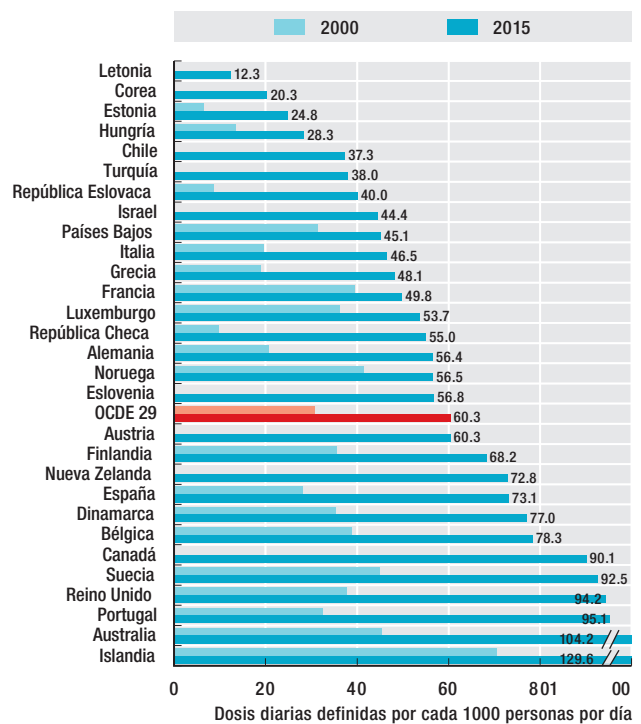
10.8. Consumo de medicamentos antidiabéticos, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605521>

10.9. Consumo de medicamentos antidepresivos, 2000 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605540>

Genéricos y biosimilares

En todos los países de la OCDE se percibe el desarrollo de mercados de genéricos como una buena oportunidad de mejorar la eficiencia del gasto farmacéutico, pero muchos no explotan completamente el potencial de los genéricos (Figura 10.10). En 2015, los genéricos representaron más de tres cuartas partes del volumen de medicamentos vendidos en los Estados Unidos, Chile, Alemania, Nueva Zelanda y el Reino Unido, pero representaron menos de una cuarta parte del mercado en Luxemburgo, Italia, Suiza y Grecia.

Algunas de las diferencias en la adopción de genéricos se pueden explicar por la estructura de los mercados, principalmente el número de medicamentos fuera de patente, y las prácticas de prescripción, pero la utilización de genéricos también depende de las políticas implantadas por los países (EGA, 2011, Vogler, 2012). Varios países han expandido sus esfuerzos para alentar la adopción de genéricos desde el inicio de la crisis económica de 2008.

Con el objeto de impulsar el desarrollo de mercados de genéricos, se han implantado incentivos financieros para médicos, farmacéuticos y pacientes. Por ejemplo, Francia introdujo en 2009 y 2012 incentivos para que los médicos generales prescribieran genéricos mediante un esquema de pago por desempeño, mientras que en Japón en 2012, el pago de bonos también contribuyó a un incremento en la proporción de genéricos en el total de prescripciones. Las farmacias con frecuencia reciben pagos por medio de márgenes sobre el precio de los medicamentos. Esta práctica que desincentiva la sustitución de un producto más caro por un genérico se ha abordado en algunos países. Francia garantiza a los farmacéuticos un margen equivalente, mientras que en Suiza los farmacéuticos reciben una cuota por la sustitución con un genérico. Desde el punto de vista financiero, a los pacientes les conviene elegir medicamentos más baratos cuando su co-pago es más bajo por medicamentos genéricos que por el equivalente. Este es generalmente el caso en todos los sistemas que usan precios de referencia (o cantidades fijas de reembolso) para grupos de productos. En Grecia, los pacientes que eligen el medicamento original en lugar del genérico, ahora tienen que pagar la diferencia.

Un biosimilar es un medicamento biológico muy similar a otro que ya ha sido aprobado (el "medicamento de referencia"). Los medicamentos biológicos contienen sustancias activas de una fuente biológica, como células y organismos vivos. El fundamento de la introducción de biosimilares es incrementar la competencia de precios, y así reducirlos. Hay una gran variación en la adopción de dos biosimilares –Epoetina y Antifactor de necrosis tumoral (Anti-TNF, por sus siglas en inglés)– entre los países de la OCDE (Figura 10.11). Los biosimilares tienen el 100% del mercado de epoetina en Finlandia, Hungría, Polonia, la República Eslovaca y la República Checa, mientras que su participación es de 2% en Bélgica y 6% en el Reino Unido. Para Anti-TNF, los biosimilares tienen el 90% y 82% de la participación de mercado en Dinamarca y Noruega respectivamente, pero es de 2% en Suiza y de 5% en Bélgica e Irlanda.

Definición y comparabilidad

Un genérico se define como un producto farmacéutico que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica que un producto de referencia, y cuya bioequivalencia con este ha sido demostrada. Se pueden clasificar en genéricos de marca (genéricos con un nombre comercial específico) y sin marca (que usan la denominación común internacional y el nombre de la compañía).

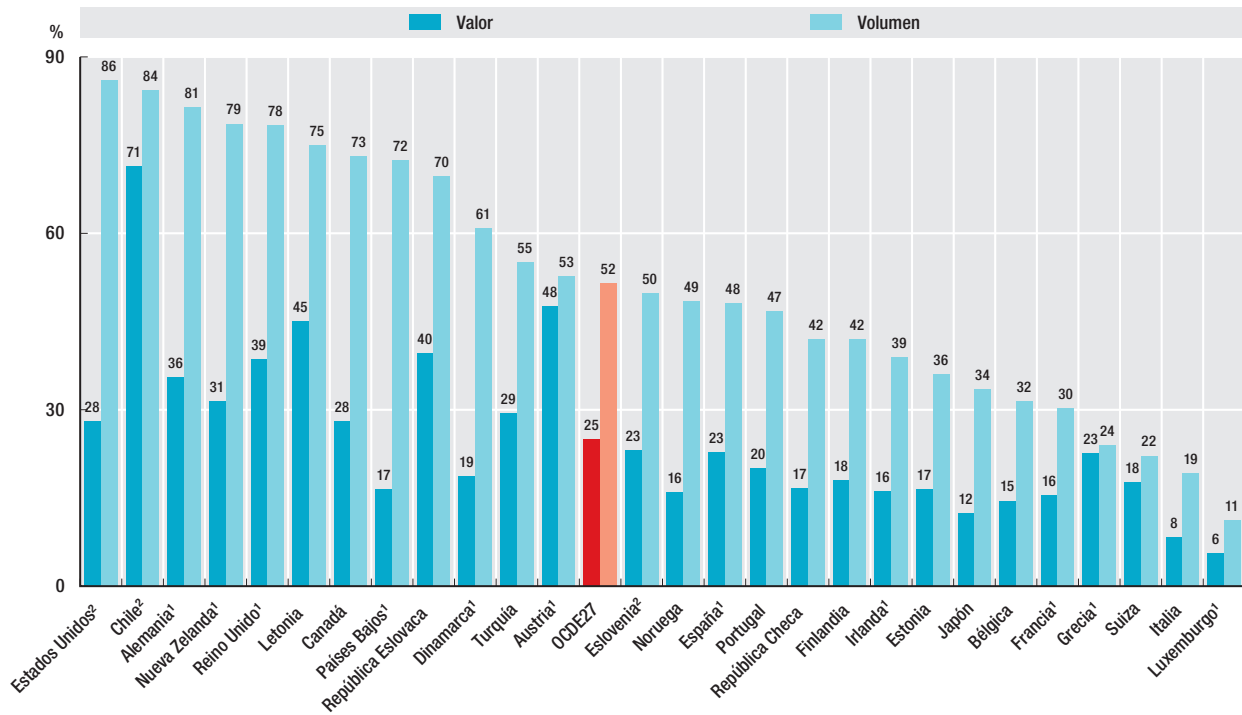
Se solicitó a los países proporcionar datos para el total del mercado. Sin embargo muchos de ellos proporcionaron datos que cubren únicamente el mercado farmacéutico comunitario o el mercado farmacéutico de reembolso (ver las notas en las figuras). La participación del mercado de genéricos expresada en valores, puede ser la facturación de las empresas farmacéuticas, la cantidad pagada por medicamentos por terceros, o la cantidad pagada por el total de quienes pagan (terceros y consumidores). La participación del mercado de genéricos en volumen se puede expresar en DDDs o número de paquetes/cajas, o unidades estándar.

Un Producto Medicinal Biosimilar es el producto que cuenta con aprobación regulatoria, al demostrar similitud con el Producto Medicinal de Referencia en términos de características de calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia. El Producto Medicinal de Referencia es el producto original, que tuvo exclusividad de mercado en un inicio, pero una vez que la exclusividad ha expirado el producto, se le da la categoría de referenciado. La participación en el mercado de biosimilares es el número de días de tratamiento biosimilar como proporción del volumen de productos biosimilares y los de referencia. El volumen se mide en Dosis Diaria Definida, que es una medida de la dosis prescrita promedio según lo define la OMS.

Referencias

- EGA - European generic medicines (2011), "Market Review - The European Generic Medicines Markets", European generic medicines.
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- Quintiles IMS (2017), "The Impact of Biosimilar Competition in Europe", Londres.
- Vogler, S. (2012), "The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on Generic Uptake: Implementation of Policy Options on Generics in 29 European Countries - An Overview", *Generics and Biosimilars Initiative Journal*, vol. 1, núm. 2, pp. 44-51.

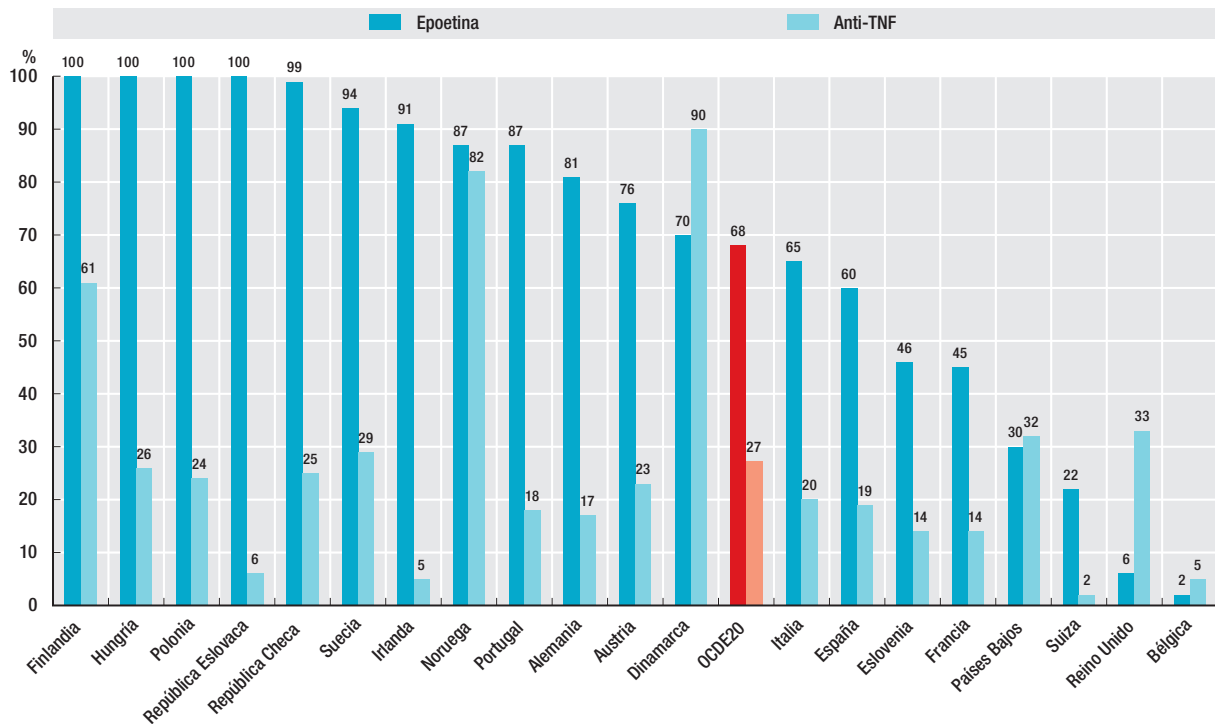
10.10. Participación de genéricos en el mercado farmacéutico total, 2015 (o año más cercano)



1. Mercado farmacéutico de reembolso.
 2. Mercado de farmacias comunitarias.
 Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605559>

10.11. Participación del mercado de biosimilares (volumen) de Epoetina y Antifactor de necrosis tumoral (Anti-TNF) vs producto de referencia, 2015 (o año más cercano)



Fuente: Quintiles IMS (2017), "The Impact of Biosimilar Competition in Europe", Londres.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605578>

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

El financiamiento de la investigación y el desarrollo (I+D) en el sector farmacéutico es el resultado de una mezcla compleja de fuentes públicas y privadas. Los gobiernos generalmente otorgan fondos para la investigación básica y las etapas tempranas. El financiamiento se lleva a cabo mediante asignaciones directas de presupuesto, subsidio de investigaciones, instituciones públicas de investigación, y financiamiento de instituciones de educación superior. La industria farmacéutica traduce y aplica el conocimiento generado en la investigación básica en el desarrollo de productos, e invierte en la gran cantidad de pruebas clínicas requeridas para obtener aprobación para el mercado. La industria también recibe subsidios para I+D en créditos fiscales en muchos países.

En 2014, los gobiernos de los países de la OCDE presupuestaron alrededor de USD 51 000 millones en I+D relacionada con la salud (una categoría más amplia que productos farmacéuticos). Esta cifra subestima el apoyo del gobierno, pues excluye la mayoría de los esquemas de incentivos fiscales o financiamiento para educación superior o corporaciones públicas. Mientras tanto, la industria farmacéutica invirtió cerca de USD 100 000 millones en I+D en los países de la OCDE. En los países de ingresos altos, se ha estimado que el sector contribuye con el 60% de toda la investigación relacionada con la salud, mientras que el 30% proviene de los gobiernos y 10% de otras fuentes, como organizaciones privadas sin fines de lucro y los fondos propios de universidades (Røttingen et al., 2013).

La mayor parte de la I+D farmacéutica tiene lugar en países de la OCDE. Sin embargo, la participación de países que no pertenecen a la Organización en el gasto global de I+D de la industria se está incrementando (Chakma et al., 2014), especialmente en China, donde la industria invirtió aproximadamente USD 11 000 millones en I+D en 2014 (0.05% del PIB). Más de la mitad de la inversión en países de la OCDE (Figura 10.12) ocurre en los Estados Unidos, donde la industria farmacéutica gastó alrededor de USD 56 000 millones (0.3% del PIB), y los presupuestos directos de gobierno en I+D relacionada con la salud sumaron USD 33 000 millones (0.2% del PIB). En Europa, la industria invirtió USD 26 000 millones (0.1% del PIB) y los gobiernos presupuestaron USD 11 000 millones; y en Japón USD 15 000 millones (0.3% del PIB) y USD 1 600 millones (0.03% del PIB) respectivamente. Como proporción del PIB, la más alta inversión de la industria se presentó en Suiza (0.6%), Bélgica (0.6%) y Eslovenia (0.4%) países más pequeños con sectores farmacéuticos relativamente importantes.

La industria farmacéutica requiere de I+D intensiva. En promedio entre los países de la OCDE, la industria gastó alrededor del 14% de su valor agregado bruto en I+D. Esta proporción es casi tan alta como la que se presenta en la industria aeronáutica y vehículos espaciales (18%) y la de productos electrónicos y ópticos (17%), y considerablemente más alta que el promedio de la totalidad de las industrias (6%) (Figura 10.13).

El gasto en I+D en la industria farmacéutica en países de la OCDE creció en más de 50% en términos reales entre 2004 y 2014. Sin embargo, este incremento no está asociado con un mayor rendimiento en términos de nuevas aprobaciones de medicamentos (NDAs, por sus siglas en inglés). En los Estados Unidos, el número anual de NDAs ha permanecido relativamente estable desde los años 80 (Figura 10.14) mientras que el número de aprobaciones por gasto en I+D ajustado por inflación decreció constantemente. Las excepciones se presentan a finales de

los años 90, cuando se dió solución al retraso de un número de solicitudes pendientes, y en los años transcurridos desde 2010.

Este patrón de rendimiento constante a costos mayores a pesar de los avances en la tecnología ("Ley de Eroom") responde a una compleja combinación de factores que incluyen cada vez más requisitos para obtener aprobación para salir al mercado que han incrementado el costo de las pruebas clínicas, y un siempre creciente "catálogo antiguo" de medicamentos efectivos que ha dirigido los esfuerzos a condiciones más complejas (Scannell et al., 2012). El incremento de los costos de I+D puede ser tanto la causa como el resultado de precios más altos de medicamentos, cuya aceptación por parte de quienes pagan puede hacer la cada vez más cara I+D viable desde el punto de vista financiero. El incremento de los costos de I&D pueden a su vez causar incrementos de precios.

Definición y comparabilidad

El gasto privado en I+D (business enterprise expenditure on R&D, BERD, por sus siglas en inglés) cubre la I+D llevada a cabo por corporaciones, sin importar el origen de los fondos, que puede incluir subsidios de gobierno. BERD se registra en el país donde se llevó a cabo la actividad I+D, no el país que proporcionó los fondos. Las agencias nacionales de estadísticas, recaban datos principalmente por medio de encuestas, y según el Manual Frascati (OECD, 2015) pero hay variaciones en prácticas locales. "I&D farmacéutico" se refiere al BERD de empresas clasificadas en la industria farmacéutica.

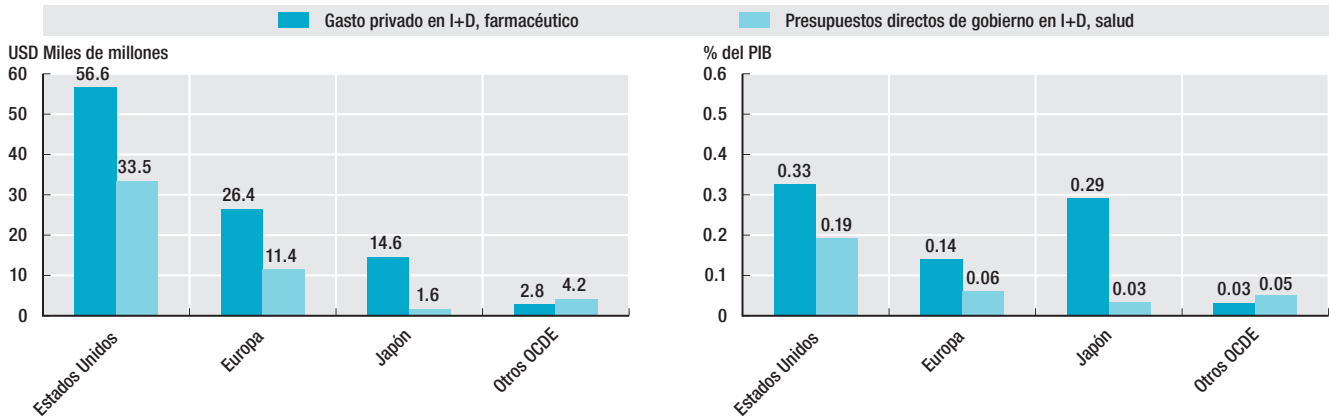
Los presupuestos de gobierno para I+D (GBARD), contemplan tanto I+D llevada a cabo por el gobierno como las cantidades asignadas a otras instituciones para I+D. "I+D relacionada con la salud" se refiere al GBARD destinado a proteger, promover y restablecer la salud humana, incluyendo todos los aspectos de atención médica y social. No cubre el gasto de corporaciones públicas o financiamiento general de universidades que es posteriormente asignado a salud.

El valor agregado bruto (GVA, por sus siglas en inglés) de un sector es igual a la producción bruta menos el consumo intermedio. Incluye el costo de salarios, consumo de capital fijo e impuestos a la producción. Como el GVA no incluye el consumo intermedio, es menos sensible que la producción bruta a la dependencia de materias primas específica del sector. Los promedios de la OCDE en la Figura 10.13 se basan en 15 países para aeronáutica y vehículos espaciales, y 25-29 países para todas las demás industrias.

Referencias

- Chakma, J. et al. (2014), "Asia's Ascent - Global Trends in Biomedical R&D Expenditures", *New England Journal of Medicine*, vol. 370, núm. 1, pp. 3-6.
- OECD (2015), *Frascati Manual 2015: Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239012-en>.
- Røttingen, J.A. et al. (2013), "Mapping of Available Health Research and Development Data: What's There, What's Missing, What Role Is There for a Global Observatory?", *The Lancet*, vol. 382, No. 9900, pp. 1286-1307.
- Scannell, J.W. et al. (2012), "Diagnosing the Decline in Pharmaceutical R&D Efficiency", *Nature Reviews Drug Discovery*, vol. 11, núm. 3, pp. 191-200.

10.12. Gasto privado en I+D farmacéutico (BERD) y presupuestos de gobierno para I+D relacionado con la salud (GBARD), 2014 o año más cercano

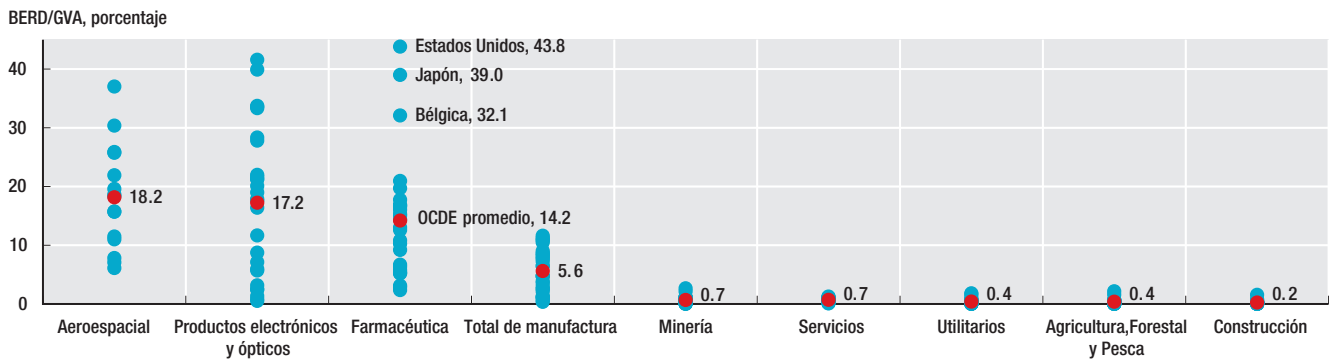


Nota: Los datos BERD 2012 corresponden a Suiza y GBARD 2011 a México; todos los demás países 2014 o 2013. Europa incluye 21 países miembros de la UE que también son miembros de la OCDE, Islandia, Noruega y Suiza; no hay datos disponibles de BERD para Luxemburgo, y GBARD para Letonia.

Fuente: OECD Main Science and Technology Indicators and Research and Development Statistics Databases.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605597>

10.13. Intensidad de I+D por industria: gasto privado en I&D (BERD) como proporción del valor agregado bruto (GVA), 2014 o año más cercano

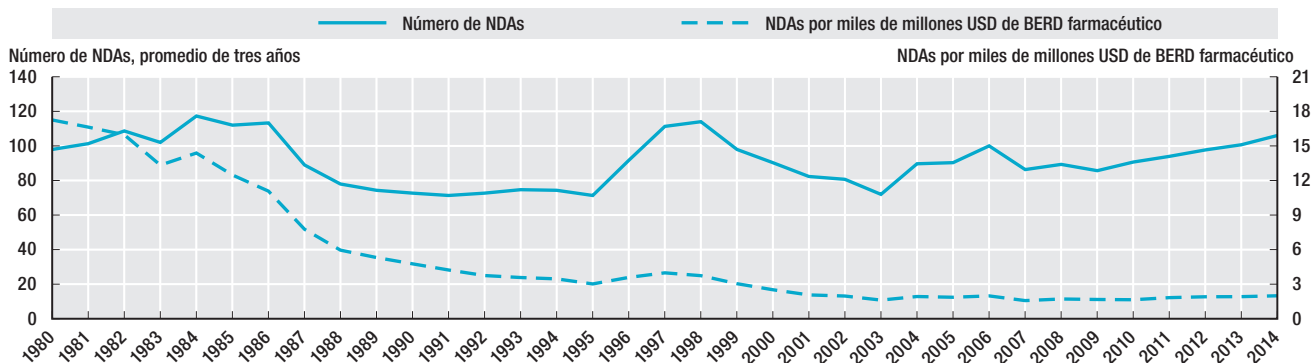


Nota: Las industrias de aeronáutica y vehículos espaciales, productos electrónicos y ópticos, y farmacéutica, son subcategorías del total de manufactura. Todas las otras industrias son totales al mismo nivel que el total de manufactura.

Fuente: OECD Analytical Business Enterprise R&D (ANBERD), Structural Analysis (STAN) y System of National Accounts (SNA) Databases. Las oficinas nacionales de estadística para GVA de la industria farmacéutica en Australia y de la industria de aeronáutica y vehículos espaciales en Canadá.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605616>

10.14. Aprobaciones anuales de nuevos medicamentos (NDAs) por miles de millones USD de gasto privado de la industria farmacéutica en I+D en los Estados Unidos, ajustado por inflación



Fuente: United States Food and Drug Administration (FDA); Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605635>





11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Tendencias demográficas

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

Auto-reportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad

Prevalencia de demencia

Receptores de cuidado de largo plazo

Cuidadores informales

Trabajadores de cuidados de largo plazo

Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales

Gasto en cuidados de largo plazo

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Tendencias demográficas

La esperanza de vida más larga (ver el indicador “Esperanza de vida” en el Capítulo 3) y las tasas de fertilidad decrecientes significan que las personas mayores representan una proporción cada vez mayor de la población de los países de la OCDE.

En promedio en los países de la OCDE, la proporción de población de más de 65 años de edad se ha incrementado de menos de 9% en 1960 a 17% en 2015, y se espera siga creciendo para alcanzar 28% en 2050 (Figura 11.1, panel izquierdo). En más de dos tercios de los países de la OCDE, al menos una cuarta parte de la población tendrá más de 65 años de edad en 2050. Se espera que esta proporción sea especialmente importante en Japón, España, Portugal, Grecia y Corea, donde casi 40% de la población tendrá más de 65 años en 2050. El envejecimiento de la población también crecerá en China, donde se espera que la proporción de población de más de 65 años se triplique entre 2010 y 2050, para alcanzar un nivel apenas menor al promedio de la OCDE. En contraste, Israel, los Estados Unidos y México tendrán un incremento más gradual en la proporción de población de la tercera edad, debido a importantes flujos de inmigrantes y tasas de fertilidad más altas.

El crecimiento de la proporción de población de 80 años de edad y mayores será aún más dramático (Figura 11.1, panel derecho). En promedio en los países de la OCDE, casi 5% de la población tenía 80 años de edad o más en 2015. Hacia 2050 este porcentaje se incrementará a más de 10%. En Italia, España, Portugal y Alemania, se espera que la proporción de población de más de 80 años de edad crezca a más del doble entre 2015 y 2050. El incremento será aún más acelerado en Corea, donde la proporción de población de más de 80 años crecerá de 3% a 14% en las siguientes cuatro décadas.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que afecta a casi todos los países alrededor del mundo, pero la rapidez del proceso varía (Figura 11.2). La rapidez del envejecimiento de la población es muy marcada en Japón, donde la proporción de población de 80 años y mayores se incrementó de 2% en 1990 a casi 8% en 2015, y se espera que crezca a 15% en 2050. La población en Corea sigue siendo relativamente joven, pero se espera que envejezca aceleradamente en las próximas décadas, de modo que hacia 2050 la proporción de población de más de 80 años de edad será casi igual que en Japón. El ritmo de envejecimiento de la población ha sido más lento en países que no pertenecen a la OCDE, aunque se espera que se acelere. En los países socios de gran tamaño, como Brasil y China, menos del 2% de la población tenía 80 años o más en 2015, pero se espera que esta proporción alcance 7% en Brasil y más de 8% en China en 2050.

Aunque la presión que esta creciente proporción de personas entre 65 y 80 años de edad pondrá en los sistemas de cuidado de largo plazo dependerá del estado de salud de las personas a medida que alcanzan estas edades, es probable que el envejecimiento de la población cause mayor demanda de cuidados para la población de la tercera edad, y contribuya a incrementar el gasto en salud. Sin embargo, los hallazgos de la mayoría de los estudios indican que las nuevas tecnologías y los ingresos más altos serán motores más importantes del crecimiento del gasto en salud que el envejecimiento de la población (OECD, 2015).

A medida que las poblaciones envejecen, se espera que disminuya el suministro potencial de mano de obra. En promedio en los países de la OCDE, había un poco más de cuatro personas en edad de trabajar (entre 15 y 64 años) por cada persona de 65 años y mayores en 2012. La proyección es que esta proporción se reduzca a la mitad, de 4.2 en 2012 a 2.1 en promedio en los países de la OCDE en los siguientes 40 años (OECD, 2013). Adicionalmente, el envejecimiento puede ocasionar insuficiencia en algunos mecanismos de recaudación de ingresos, en particular impuestos de nóminas, lo que hace más difícil para los países mantener o incrementar el gasto gubernamental en salud.

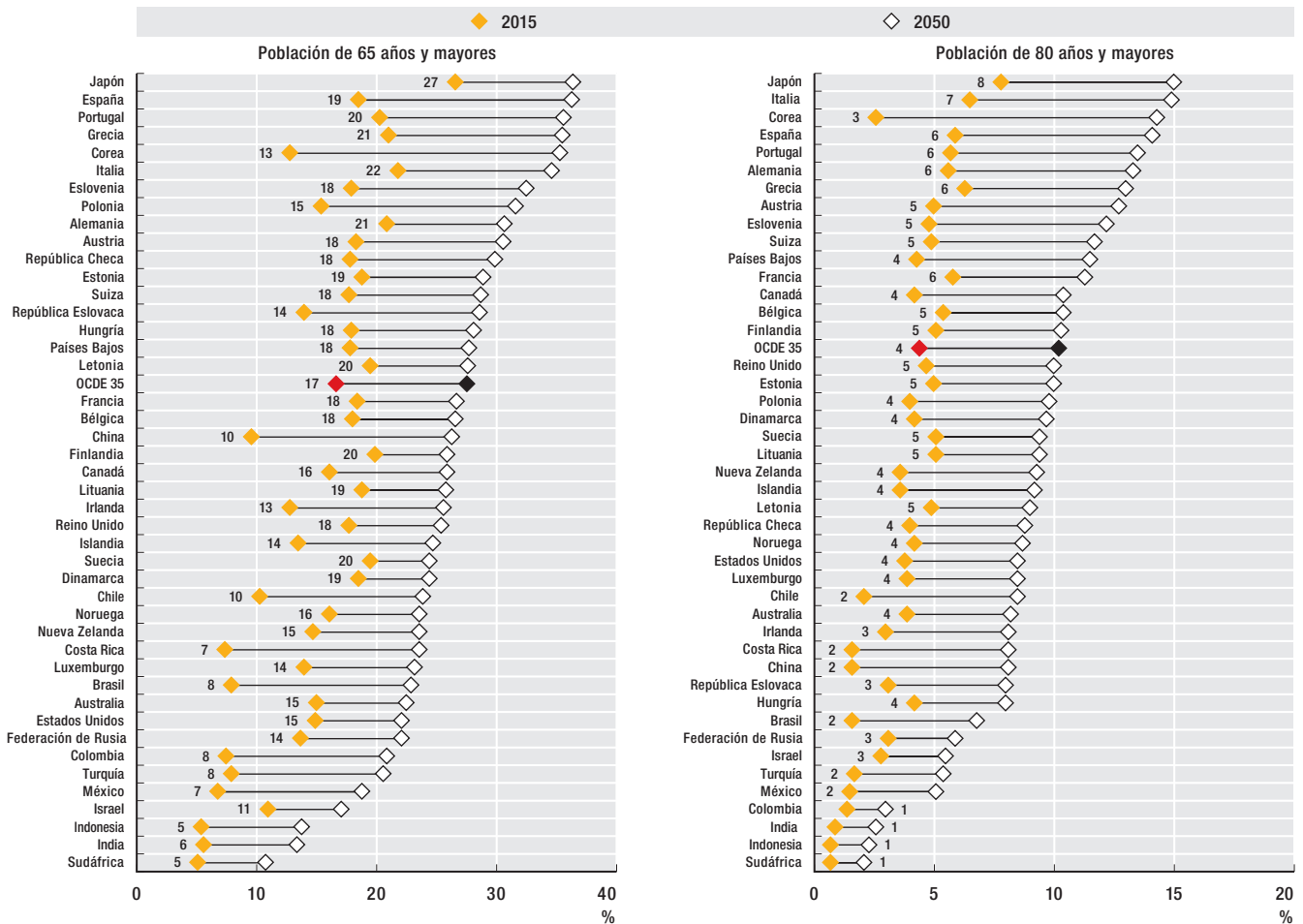
Definición y comparabilidad

Los datos sobre la estructura de la población se han obtenido de proyecciones y datos históricos de población de la OCDE (1950-2050). Las proyecciones se basan en la más reciente “variante media” de proyecciones de población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects - Revisión 2017*.

Referencias

- Muir, T. (2017), “Measuring Social Protection for Long-term Care”, *OECD Health Working Papers*, núm. 93, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OECD (2013), *Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-en.
- United Nations (2017), *2017 Revision of World Population Prospects*, Naciones Unidas, <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

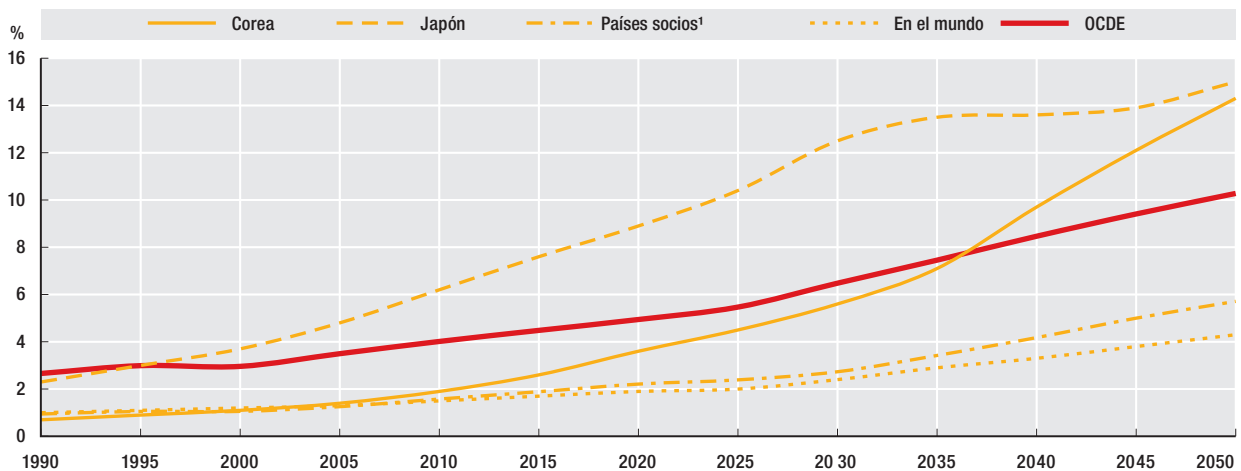
11.1. Proporción de población de más de 65 y 80 años, 2015 y 2050



Fuente: OECD Health Statistics 2017, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605654>

11.2. Tendencias en la proporción de población de más de 80 años, 1990-2050



1. Los países socios incluyen Brasil, China, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Lituania, la Federación de Rusia y Sudáfrica.

Fuente: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605673>

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

La esperanza de vida a los 65 años de edad se ha incrementado significativamente para hombres y para mujeres en las últimas décadas en los países de la OCDE, con un aumento de 5.4 años en promedio desde 1970 (Figura 11.3). Algunos de los factores que explican estos incrementos en la esperanza de vida a los 65 años de edad incluyen los avances en atención médica combinados con mayor acceso a la salud, estilos de vida más saludables y mejores condiciones de vida antes y después de llegar a esa edad.

Japón y Corea han alcanzado los más altos incrementos en esperanza de vida a los 65 años desde 1970, con un incremento de alrededor de ocho años. Los incrementos han sido mucho más modestos en Hungría, la República Eslovaca y México, solamente alrededor de tres años.

En 2015, las personas de 65 años de edad en los países de la OCDE podían esperar vivir otros 19.5 años: 21 años las mujeres y 18 años los hombres (Figura 11.4). Esta brecha de género de tres años en promedio en los países de la OCDE ha sido bastante estable a lo largo del tiempo. En 2015, la más alta esperanza de vida a los 65 años se presentaba en Japón para mujeres (24 años), y Japón, Australia e Islandia para hombres (casi 20 años). Entre los países de la OCDE, la menor esperanza de vida se presentaba en Hungría para mujeres (18 años) y Letonia para hombres (14 años).

Las posiciones relativas de los países con respecto a la esperanza de vida a los 65 años de edad, reflejan de forma muy cercana sus posiciones relativas con respecto a la esperanza de vida a los 80 años de edad, siendo Japón donde en 2015 se presentó la más alta para mujeres (quienes pueden esperar vivir otros 12 años) y en Francia para hombres (quienes pueden esperar vivir otros nueve años).

Una mayor esperanza de vida a los 65 años no necesariamente significa que en los años adicionales se gozará de buena salud. En Europa, un indicador de esperanza de vida sin discapacidad, conocido como "años de vida saludable" se calcula regularmente, con base en una pregunta general sobre discapacidad en la encuesta European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Entre los países europeos que participan, el número promedio de años de vida saludable a los 65 años de edad fue casi igual para hombres y mujeres en 2015, con 9.3 para las mujeres y 9.4 para los hombres (Figura 11.5). La ausencia de una brecha de género importante en los años de vida saludable significa que durante muchos de los años adicionales de vida que las mujeres tienen en relación con los hombres, tienen algún tipo de limitación de actividad. Los países Nórdicos (con excepción de Finlandia), tuvieron el número más alto de años de vida saludable a la edad de 65 años en 2015. En Suecia, las mujeres podían esperar vivir un promedio de 17 años adicionales, y los hombres 16 años adicionales sin discapacidad.

La esperanza de vida y la esperanza de vida saludable varían con el nivel educativo. Tanto para hombres como para mujeres, las personas con altos niveles educativos tienen probabilidades de vivir más y con mejor salud. Las

diferencias en la esperanza de vida por nivel educativo son particularmente marcadas en los países de Europa Central y del Este, sobre todo para hombres. En la República Eslovaca, los hombres de 65 años de edad con un alto nivel educativo podían esperar vivir cinco años más que quienes tenían un nivel educativo bajo en 2015. En contraste, las diferencias en esperanza de vida por nivel educativo son mucho menores (menos de dos años) en los países Nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) y Portugal (ver Eurostat Database 2017).

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida mide el promedio de años que una persona de una cierta edad puede esperar vivir, si las tasas de mortalidad no cambian. Sin embargo, la tasa de mortalidad específica por edad para una cohorte particular no puede conocerse de manera anticipada. Si las tasas bajan, como ha sido el caso en las últimas décadas en los países de la OCDE, los tiempos de vida reales serán más altos que el cálculo de esperanza de vida con las tasas de mortalidad actuales. La metodología empleada para calcular la esperanza de vida puede variar ligeramente entre países, lo que puede cambiar las estimaciones por fracciones de año. La esperanza de vida a los 65 años de edad es el promedio no ponderado de esperanza de vida a los 65 años de hombres y mujeres.

La esperanza de vida sin discapacidad (o "años de vida saludable") se define como el número de años de vida sin limitación de actividad. En Europa, Eurostat calcula este indicador cada año para países de la Unión Europea y algunos de European Free Trade Association (EFTA). La medida de discapacidad se basa en la pregunta referente al Global Activity Limitation Indicator (GALI), que aparece en la encuesta European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). La pregunta se plantea como: "Durante al menos los últimos seis meses, ¿ha estado impedido para realizar las actividades normales de cualquier persona por un problema de salud? Sí, muy limitado / Sí, limitado / No, sin limitación. Aunque el indicador de años de vida saludable es el que mejor comparabilidad tiene hasta el momento, aún existen problemas con la traducción de la pregunta de GALI, aunque sí parece reflejar de manera satisfactoria otras medidas de salud y discapacidad (Jagger et al., 2010).

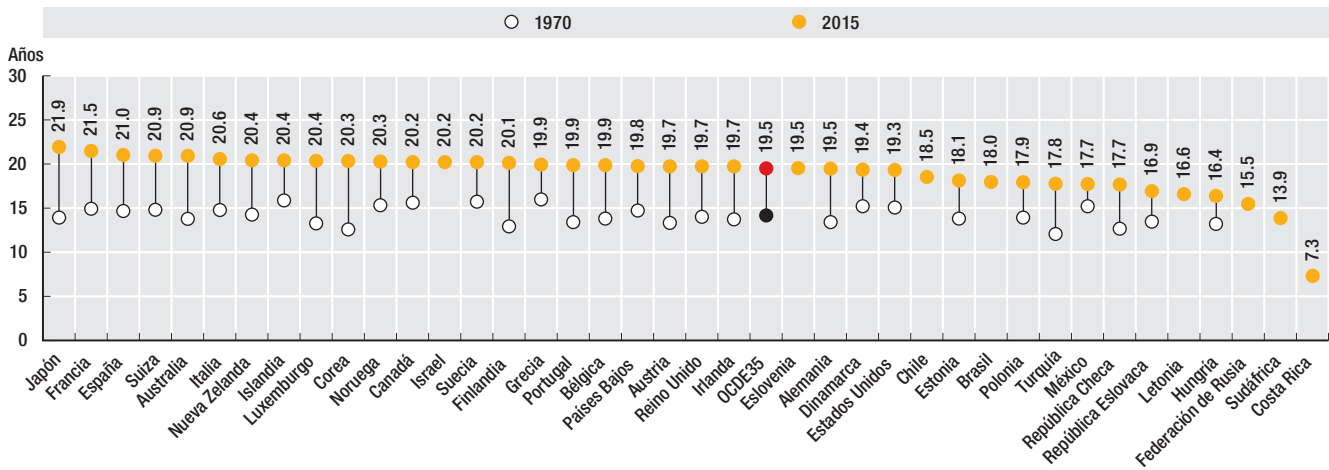
Referencias

- Jagger, C. et al. (2010), "The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly across European Countries", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 63, pp. 892-899.
- Mäki, N. et al. (2013), "Educational Differences in Disability-free Life Expectancy: A Comparative study of Long-standing Activity Limitation in Eight European Countries", *Social Science & Medicine*, Vol. 94, pp. 1-8.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

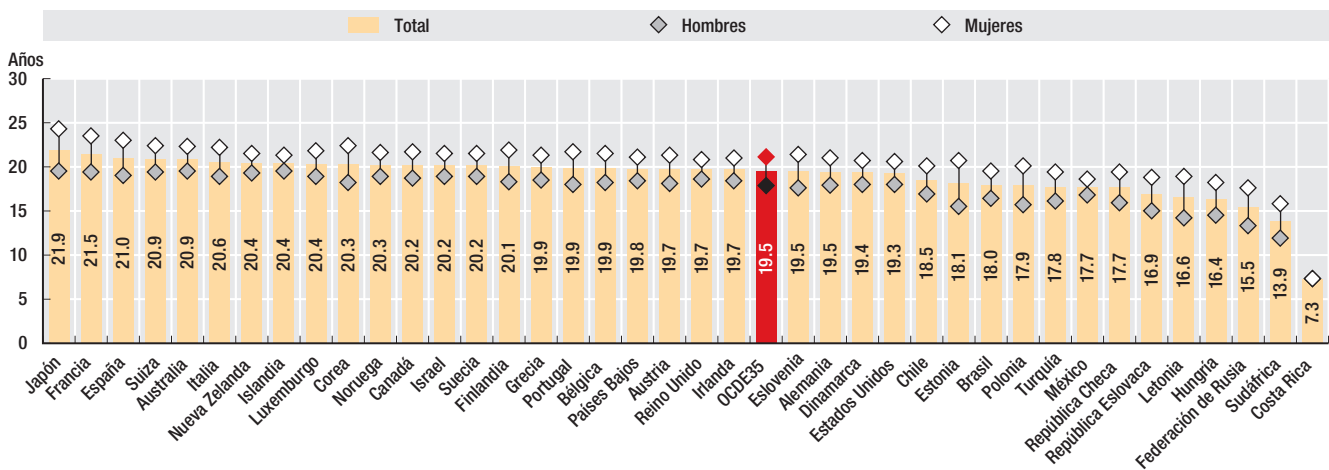
11.3. Esperanza de vida a la edad de 65 años, 1970 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605692>

11.4. Esperanza de vida a la edad de 65 años por género, 2015 (o año más cercano)

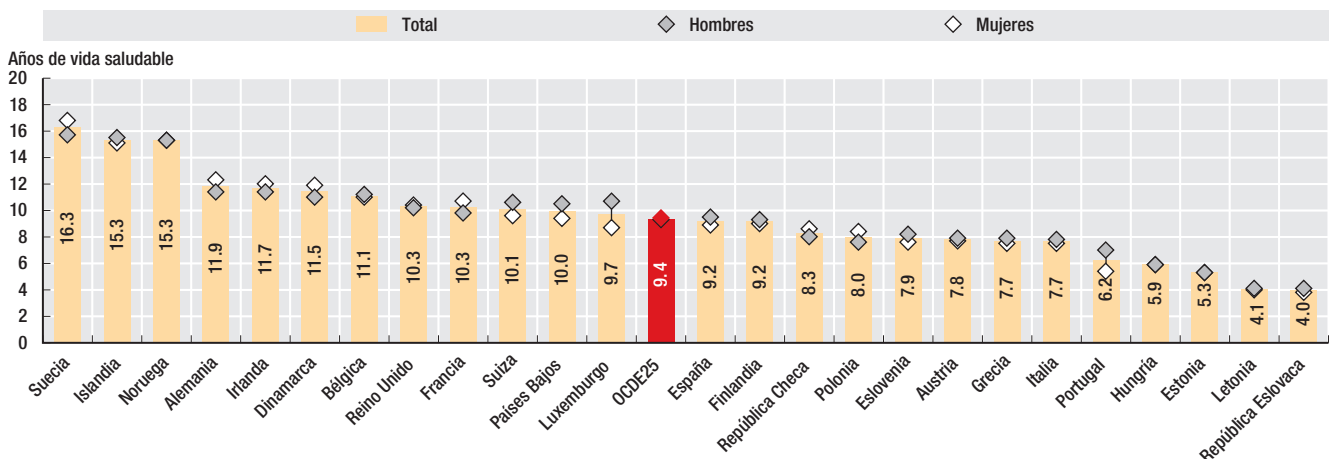


Nota: Los países se clasifican en orden descendente de esperanza de vida para el total de la población.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605711>

11.5. Años de vida saludable a la edad de 65 años, países europeos, 2015 (o año más cercano)



Nota: Los países se clasifican en orden descendente de esperanza de vida saludable para el total de la población.

Fuente: Eurostat Database 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605730>

Auto-reportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad

La mayoría de los países de la OCDE llevan a cabo regularmente encuestas de salud que permiten a los encuestados reportar sobre diferentes aspectos de su salud. Estas encuestas incluyen con frecuencia una pregunta sobre su propia percepción de su estado de salud, equivalente a “¿Cómo calificaría su salud en general?” Aunque es una pregunta subjetiva, se ha detectado que los indicadores de la percepción del estado de salud son un buen predictor del uso de servicios de salud en el futuro y mortalidad (Hirosaki et al., 2017; Schnittker y Bacak, 2014). Sin embargo, las diferencias entre países pueden ser difíciles de interpretar, pues las preguntas en los cuestionarios pueden diferir ligeramente y los factores culturales pueden afectar las respuestas.

Más de la mitad de la población de 65 años y mayores reportan estar en buen estado de salud en 14 de 34 países de la OCDE (Figura 11.6). En Nueva Zelanda, Canadá y los Estados Unidos, más de tres cuartas partes de las personas mayores reportan buena salud, aunque las categorías de respuesta ofrecidas a los encuestados en estos países son diferentes de las empleadas en la mayoría de los demás países de la OCDE (ver el recuadro “Definición y comparabilidad”). Entre los países europeos, la gente mayor en Noruega, Suecia, Irlanda, Suiza y los Países Bajos reporta el mejor estado de salud, con más de 60% que respondieron tener buena salud. En el otro extremo de la escala, en Letonia y Portugal, menos del 15% de la población de 65 años y mayores reportan estar en buena salud. En casi todos los países, es más probable que los hombres de más de 65 años califiquen su salud como buena, que las mujeres. En promedio en la OCDE, 47% de los hombres de más de 65 años consideran su salud buena o mejor, y es así para 41% de las mujeres.

El estado de salud auto-reportado varía de manera importante con el ingreso. En los países de la OCDE en promedio, menos de un tercio de la gente de 65 años y mayores en el quintil de ingreso menor califica su salud como buena, en comparación con casi el 60% de quienes están en el quintil de mayor ingreso (Figura 11.7). En Suecia, más de cuatro quintos de la gente de 65 años y mayores en el quintil de más alto ingreso consideran su salud buena, mientras que menos de la mitad de la población en el quintil de ingresos más bajos dicen lo mismo.

Aunque las mediciones de discapacidad no están totalmente estandarizadas entre países, la encuesta European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) recopila datos sobre las limitaciones que la gente enfrenta en sus actividades diarias (Figura 11.8). Estas corresponden con frecuencia a necesidades de cuidados de largo plazo. En promedio en 26 países europeos, 51% de la población de más de 65 años de edad reportaron en 2015 estar limitados en algún grado o de forma severa en sus actividades diarias por un problema de salud (Figura 11.8). Las tasas más bajas de discapacidad se reportaron en los países Nórdicos, con alrededor de uno de cada cinco personas mayores de 65 años reportando al menos alguna limitación en sus actividades diarias en Suecia y Noruega. Las tasas más altas se encuentran en países de Europa del Este, como Letonia y la República

Eslovaca, donde tres cuartas partes de la población de más de 65 reportó al menos algunas limitaciones.

Definición y comparabilidad

Los reportes de estado de salud reflejan la percepción general que tiene la gente sobre su salud, incluyendo las dimensiones física y psicológica. Los encuestados normalmente responden preguntas del tipo “¿Cómo calificaría su salud en general? Muy buena, buena, regular, frágil, muy frágil”. OECD Health Statistics reporta cifras de la proporción de personas que califican su salud como “buena o muy buena”.

Se requiere cautela al hacer comparaciones en la percepción del estado de salud entre países, por lo menos por dos razones. En primer lugar, la valoración que hace la gente de su salud es subjetiva y puede ser afectada por factores culturales. En segundo lugar, existen variaciones en las categorías de preguntas y respuestas utilizadas para medir la percepción de estado de salud entre encuestas y países. En particular, la escala de respuestas utilizada en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, y los Estados Unidos, es asimétrica (sesgada hacia el lado positivo), incluyendo las categorías “excelente, muy buena, buena, razonable, frágil”. Los datos reportados en OECD Health Statistics se refieren a los encuestados que responden una de las tres respuestas positivas (“excelente, muy buena, buena”). En contraste, en la mayoría de los demás países de la OCDE la escala es simétrica, con categorías “muy buena, buena, razonable, frágil, muy frágil”. Los datos de estos países se refieren solamente a las primeras dos categorías (“muy buena y buena”). Estas diferencias en las respuestas generan un sesgo ascendente para los países que usan una escala asimétrica.

La percepción general de discapacidad se mide con el Global Activity Limitation Indicator (GALI), que aparece en la encuesta European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) con la pregunta “Al menos en los últimos seis meses, ¿se ha sentido obstaculizado por un problema de salud en las actividades diarias? Sí, muy limitado; Sí, limitado; No, no limitado”. Las personas internadas en instituciones no son encuestadas, lo que resulta en una subestimación de la prevalencia de la discapacidad. De nuevo, la medida es subjetiva, y los factores culturales pueden afectar las respuestas.

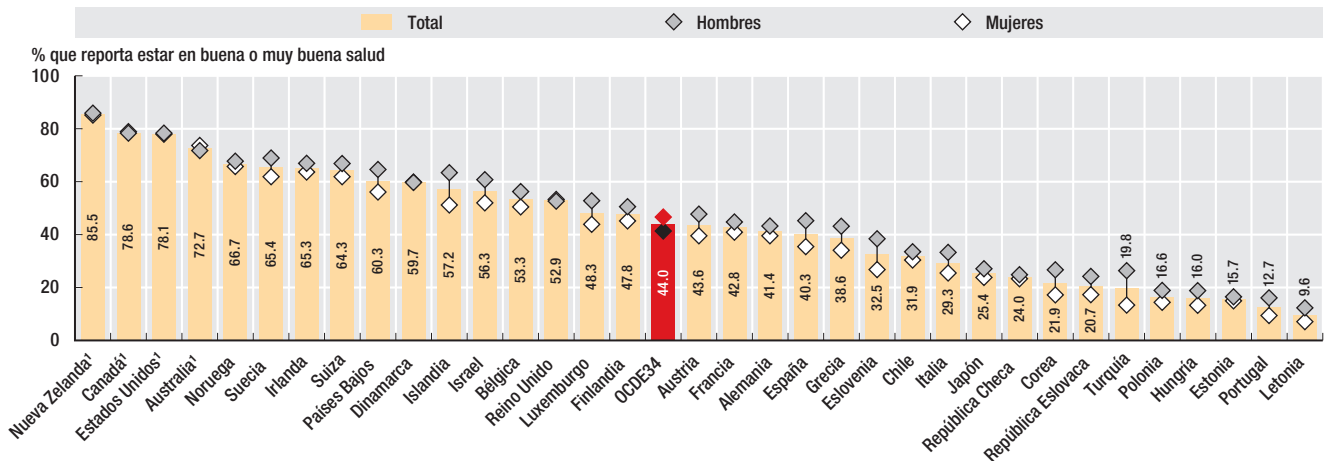
Referencias

- Hirosaki, M. et al. (2017), “Self-rated Health Is Associated with Subsequent Functional Decline Among Older Adults in Japan”, *International Psychogeriatrics*, vol. 29, núm. 9, pp. 1475-1483, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217000692>.
- Schnittker, J. y V. Bacak (2014), “The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health”, *PLoS ONE*, vol. 9, núm. 1, e84933, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Auto-reportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad

11.6. Percepción del estado de salud en adultos de 65 años de edad y mayores, 2015 (o año más cercano)



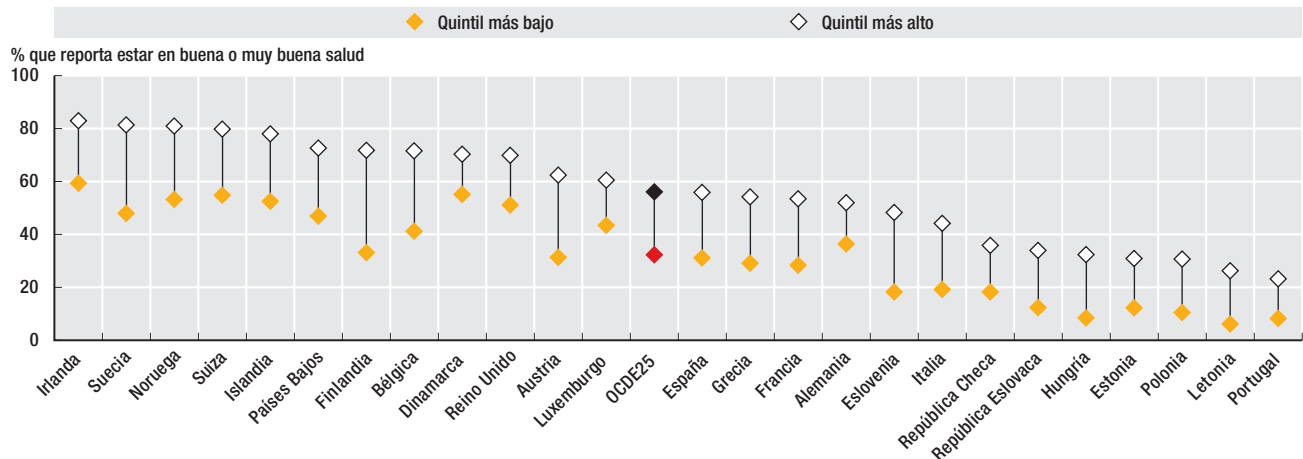
Nota: Los números para hombres y mujeres son muy cercanos para Nueva Zelanda, los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido y Dinamarca.

1. Los datos para Nueva Zelanda, Canadá, los Estados Unidos y Australia tienen un sesgo ascendente en relación con otros países, y no son directamente comparables.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605749>

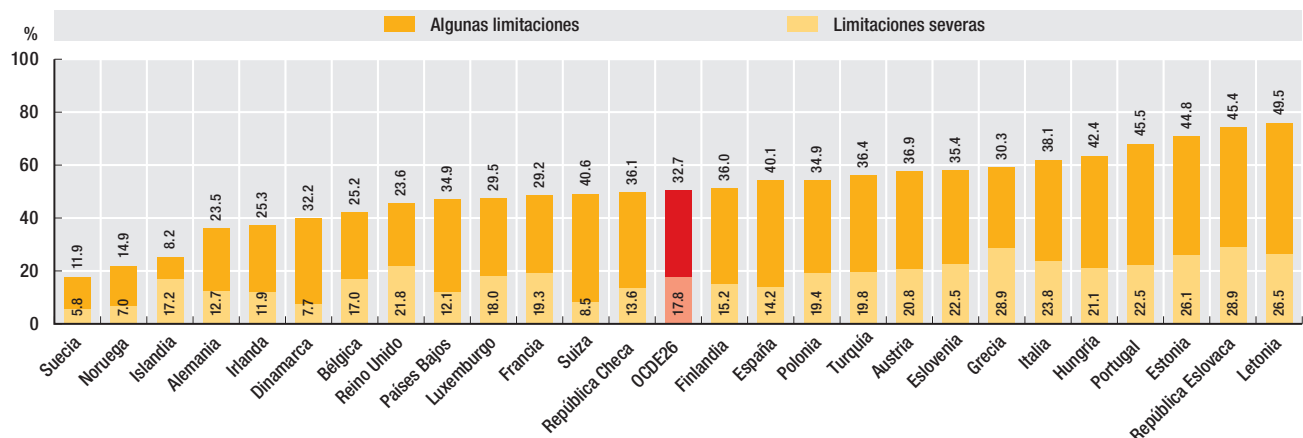
11.7. Percepción del estado de salud en adultos de 65 años de edad y mayores por quintil de ingreso, países europeos, 2015 (o año más cercano)



Fuente: Eurostat Database

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605768>

11.8. Limitaciones en las actividades diarias en adultos de 65 años de edad y mayores, países europeos, 2015 (o año más cercano)



Fuente: Eurostat Database

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605787>

Prevalencia de demencia

La demencia describe a una variedad de desórdenes mentales que causan daño cerebral progresivo y producen un deterioro gradual de la capacidad funcional y de relaciones sociales del individuo. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, y representa entre el 60% y el 80% de los casos. No existe hoy en día una cura o tratamiento para modificar la enfermedad, pero la vida de las personas con demencia puede ser más llevadera con mejores políticas que les ayuden, a ellos y sus familias, a ajustarse a vivir con esa condición y asegurar que tengan acceso a servicios sociales y de salud de alta calidad.

En 2017, había un estimado de 18.7 millones de personas con demencia en los países de la OCDE, lo que equivale a alrededor de una de cada 69 personas en la población en general, pero la prevalencia de demencia se incrementa rápidamente con la edad. En todos los países de la OCDE, alrededor del 2% de las personas entre 65 y 69 años de edad tienen demencia, en comparación con más del 40% de quienes tienen más de 90 años (Figura 11.10). Como resultado, los países con poblaciones de más edad tienen mayor prevalencia de demencia: se estima que en Japón, Italia y Alemania más de 20 personas por cada 1000 de población tienen demencia, mientras que en la República Eslovaca, Turquía y México, hay menos de nueve (Figura 11.9).

El envejecimiento demográfico significa que la demencia será más común en el futuro, de modo que la prevalencia de demencia en los países con más rápido envejecimiento será de más del doble en los próximos 20 años. Esto incluye a los países de la OCDE con envejecimiento acelerado (Corea y Chile) y países socios como Brasil, China, Colombia y Costa Rica. Sin embargo, existe alguna evidencia de que la prevalencia de demencia asociada específicamente con la edad puede estar decreciendo en algunos países (Matthews et al., 2013) y puede ser posible reducir el riesgo de demencia con estilos de vida más saludables e intervenciones preventivas. Si estos esfuerzos tienen éxito, el crecimiento de la prevalencia puede ser menos dramático de lo que las cifras sugieren.

Los síntomas psicológicos y de comportamiento que afectan a muchas personas con demencia pueden hacer difícil cuidar de ellos. Los medicamentos antipsicóticos pueden reducir estos síntomas, pero los riesgos asociados y cuestiones éticas –y la disponibilidad de una variedad de intervenciones no-farmacológicas efectivas– significan que solo se recomiendan como un último recurso. Sin embargo, el uso inapropiado de estos medicamentos sigue siendo común, de manera que la reducción del abuso de los mismos es una prioridad en políticas para muchos países de la OCDE.

La información recopilada por la OCDE recientemente muestra que los índices de prescripción de antipsicóticos a gente mayor varían en más de un factor de dos en los países de la OCDE (Figura 11.12). En 2015 en Suecia, Noruega, los Países Bajos, Francia, Australia y Dinamarca, se prescribieron antipsicóticos a menos de 35 de cada 1000 personas de más de 65 años de edad, con índices decrecientes o constantes. En el otro extremo, más de 70 de cada 1000 personas de más de 65 años en Eslovenia tenía una prescripción de antipsicóticos, lo que representa un incremento de 14% desde 2011.

Los índices de prescripción de antipsicóticos se incrementan con la edad (Figura 11.11). En promedio en 13

países de la OCDE, 3% de las personas entre 65 y 69 años de edad tenía una prescripción de antipsicóticos en 2015, en comparación a 12% de las personas de más de 90 años. Es probable que esta práctica haya sido ocasionada en parte por más altas tasas de demencia en personas de mayor edad. Sin embargo, el uso de antipsicóticos aumenta de manera menos pronunciada que la prevalencia de demencia (Figura 11.10).

Definición y comparabilidad

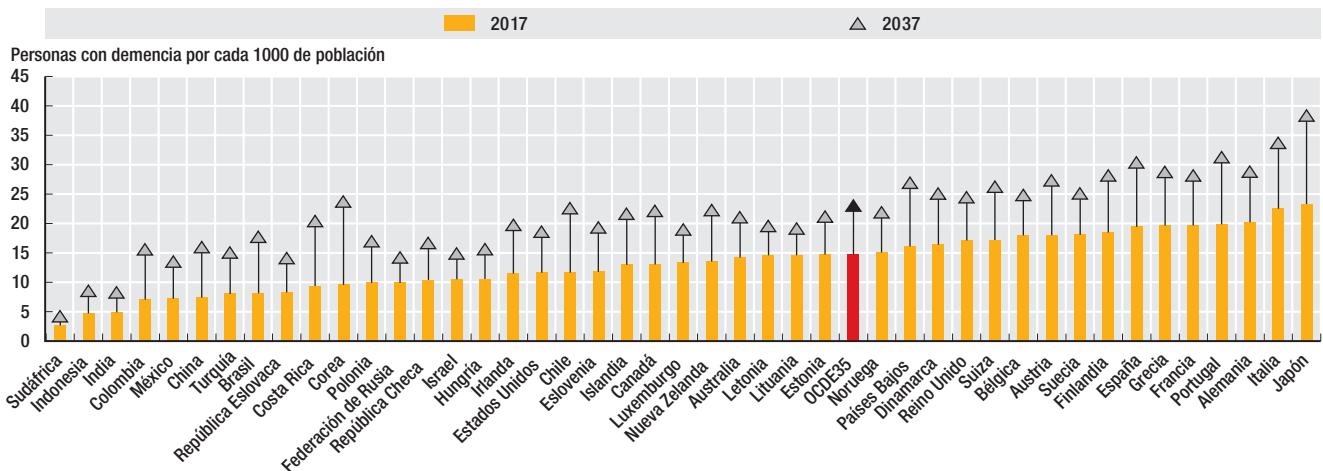
Los estimados de prevalencia de la Figura 11.9 están tomados de *World Alzheimer Report 2015*, que incluye una revisión sistemática de estudios de prevalencia de demencia en el mundo. La prevalencia por país se ha estimado aplicando los índices de prevalencia por edad para las regiones relevantes a los estimados de población de las Naciones Unidas (*World Population Prospects: The 2017 Revision*). Las diferencias entre países por lo tanto, dependen de la estructura de edad de la población; es decir, los países con mayor población de edad avanzada tienen más personas con demencia. El análisis del *World Alzheimer Report 2015* incluye estudios llevados a cabo desde 1980, con la suposición que la prevalencia relacionada con la edad es constante a lo largo del tiempo. Esta suposición se mantiene en la construcción de este indicador, para aplicar índices de prevalencia específicos por edad fijos tanto para 2017 como para 2037. Aunque los índices de prevalencia específicos por género están disponibles en algunas regiones, se usaron tasas generales en este análisis.

Los medicamentos antipsicóticos se definen de manera consistente en todos los países utilizando los códigos ATC (Anatomical Therapeutic Classification). El numerador incluye a todos los pacientes con registros médicos con una prescripción de un medicamento en ATC subgrupo N05A. El denominador es el número total de personas en el registro. La mayoría de los países no tienen capacidad para identificar las prescripciones de personas con demencia, por lo que el indicador de antipsicóticos comprende a toda la población de más de 65 años. Se requiere cautela al hacer inferencias acerca de la población con demencia, puesto que no hay certeza de que un índice más alto de prescripción entre la población de más de 65 años de edad se traduzca en más prescripciones para personas con demencia. Sin embargo, las medidas de este indicador, la exploración de las razones de la variación y la reducción del uso inapropiado pueden ayudar a mejorar la calidad de la atención de demencia.

Referencias

- Matthews, F.E. et al. (2013), "A Two-decade Comparison of Prevalence of Dementia in Individuals Aged 65 Years and Older from Three Geographical Areas of England: Results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II", *The Lancet*, vol. 382, núm. 9902.
- OECD (2015), *Addressing Dementia: the OECD Response*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en>.
- Prince, M. et al. (2015), *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*, Alzheimer's Disease International.

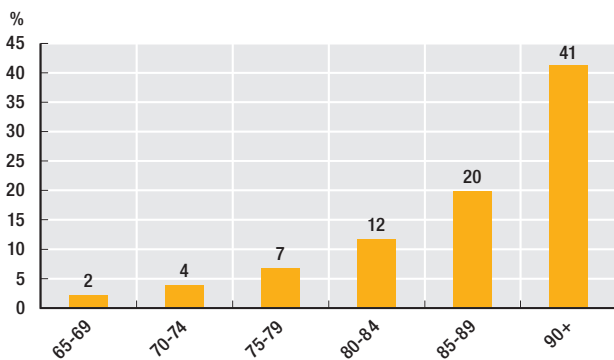
11.9. Prevalencia de demencia



Fuente: Análisis de la OCDE de los datos del World Alzheimer Report 2015 y las Naciones Unidas.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605806>

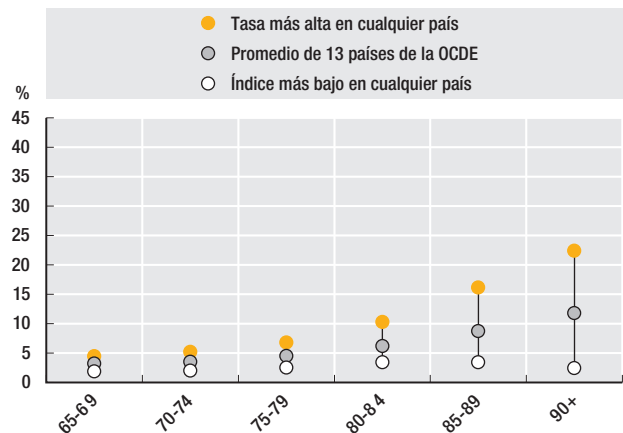
11.10. Prevalencia de demencia en los países de la OCDE por grupo de edad, 2017



Fuente: Análisis de la OCDE de los datos del World Alzheimer Report 2015 y las Naciones Unidas.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605825>

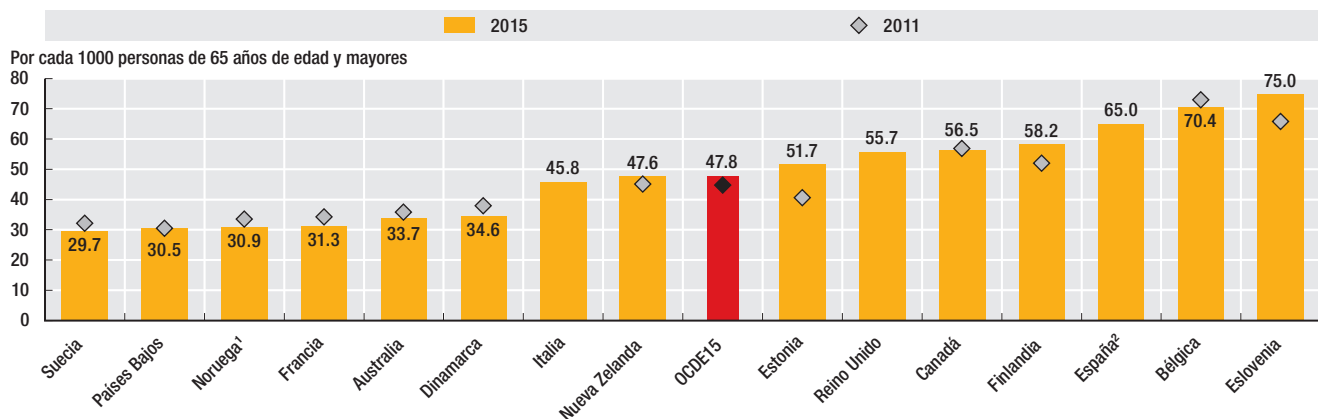
11.11. Proporción de la población con una prescripción para antipsicóticos, por grupo de edad, 2015 o año más cercano



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605844>

11.12. Personas con una prescripción para antipsicóticos, 2015 o año más cercano



1. Los datos para Noruega no incluyen a personas internadas en instituciones, por lo que subestiman el uso de antipsicóticos.

2. Los datos de España son de 2014.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605863>

Receptores de cuidado de largo plazo

A medida que la gente envejece hay más probabilidad de que desarrollen discapacidades y necesiten apoyo de familia, amigos y servicios de cuidado de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Aunque se provee de servicios LTC a grupos de discapacitados más jóvenes, la mayoría de los receptores son gente mayor. En promedio en la OCDE, 13% de las personas de más de 65 años de edad reciben cuidados de largo plazo (Figura 11.13). La proporción de personas de más de 65 años que reciben LTC varía de 2% en Portugal y 6% en Estonia, a más de 20% en Israel y Suiza.

En promedio, más de la mitad de los receptores de LTC son personas de más de 80 años, y casi dos tercios en Japón, Dinamarca y Australia (Figura 11.14). A medida que las poblaciones envejecen, es probable que crezca la demanda de servicios de LTC; aunque este efecto puede compensarse de forma parcial mejorando la salud en la edad avanzada. De cualquier forma, un número significativo de personas discapacitadas más jóvenes requieren de LTC, que en Noruega, Eslovenia y los Países Bajos representan un tercio de los receptores.

Aunque el envejecimiento demográfico es un importante factor del aumento de usuarios de LTC a lo largo del tiempo, explica relativamente poco de la variación entre países. Por ejemplo, Israel tiene una de las poblaciones más jóvenes en la OCDE, pero una proporción superior al promedio recibiendo LTC. Un factor más importante es la disponibilidad de servicios de LTC operados con fondos públicos. Sin embargo, es más difícil recabar datos de las personas que reciben este tipo de atención fuera de los sistemas públicos y pueden no estar reportados, lo que significa que las cifras para países que dependen más de instituciones privadas para la provisión de LTC pueden ser artificialmente bajos. Las normas culturales sobre el grado en el que las familias proporcionan cuidado a las personas mayores también puede ser un factor importante en la utilización de servicios formales (ver el indicador "Cuidadores informales").

En respuesta a la preferencia de la mayoría de la gente de recibir LTC en su hogar, muchos países de la OCDE han implantado programas y beneficios para apoyar el cuidado en el hogar, en particular para la gente mayor. En la mayoría de los países que disponen de información de tendencias, la proporción de receptores de LTC de 65 años de edad y mayores que reciben cuidados en casa se ha incrementado en los últimos 10 años (Figura 11.15), con aumentos especialmente grandes en Portugal y Suecia. En Portugal esto refleja una expansión de los servicios de cuidado en casa después de un nivel muy bajo en 2005. En Suecia, es el resultado de una política deliberada de reducir la capacidad de cuidados institucionales e impulsar los cuidados en la comunidad (Colombo et al., 2011).

Aunque la proporción de receptores de LTC que viven en su hogar se ha incrementado en la última década en la mayoría de los países de la OCDE, ha decrecido de manera notable en Finlandia y Estonia. En Finlandia esto no ha sido causado por un incremento en cuidados institucionales tradicionales, sino que ha habido un incremento en el uso de "residencias de servicio"; hogares especialmente adaptados donde se muda la gente mayor, y cuentan con cuidados permanentes. Si bien se clasifica como cuidados institucionales, permite mayor independencia y autonomía que una institución de cuidado tradicional. En Estonia, ha

habido un incremento significativo en el uso de cuidados significativos, y una disminución aún mayor en el número de "cuidadores" asignados por el gobierno local para cuidar a las personas en su hogar.

Definición y comparabilidad

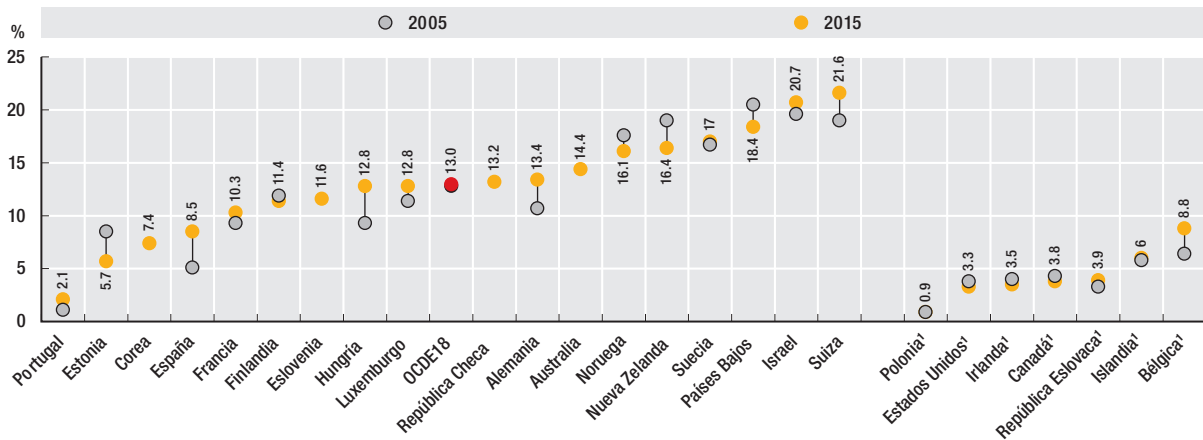
Los receptores de LTC se definen como personas que reciben cuidados de largo plazo de parte de proveedores pagados, incluyendo a quienes no son profesionales y reciben pagos en efectivo de programas sociales. También incluyen a receptores de beneficios en efectivo como programas de elección del consumidor, cuotas para cuidado u otros beneficios sociales que se otorgan con el objetivo principal de apoyar a las personas con necesidades de cuidados de largo plazo. Las instituciones de LTC son instalaciones residenciales y hogares de ancianos que proporcionan alojamiento y cuidados de largo plazo como paquete. LTC en casa se define como las personas con restricciones funcionales que reciben la mayor parte de los cuidados en su hogar. Cuidados en el hogar también se aplica al uso de instituciones de forma temporal, cuidados comunitarios y centros de cuidados ambulatorios y arreglos de residencia especialmente diseñados. Los datos para Polonia, los Estados Unidos, Irlanda, Canadá, la República Eslovaca, Islandia y Bélgica disponibles solo incluyen personas que reciben LTC en instituciones, de modo que el número total de receptores es una subestimación. En Estonia, los datos de receptores de cuidados en casa se refieren solo a quienes tienen un "cuidador" asignado por el gobierno local. Otros servicios sociales, sin un componente de cuidado personal, no se incluyen en los datos. Es posible que el reemplazo de los cuidadores con estos servicios refleje algún decremento en el número de receptores.

Los datos sobre LTC son a veces difíciles de recolectar en algunos países y representan algunas limitaciones para los cuadros. Los datos para algunos países, se refieren solo a personas que reciben cuidados de fondos públicos, mientras que en otros se incluyen datos de gente que paga por sus cuidados. Los datos de Francia y la República Checa corresponden a la gente que requiere cuidados, lo que puede no corresponder a la gente que está recibiendo el servicio. Algunos países contabilizan diferentes categorías en las edades, en lugar de reportar personas de 65 años o mayores. Bélgica reporta personas de 60 años o mayores, mientras que Islandia reporta personas de 66 o mayores.

Referencias

- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Muir, T. (2017), "Measuring Social Protection for Long-term Care", *OECD Health Working Papers*, núm. 93, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.

11.13. Proporción de personas de 65 años de edad y mayores que reciben cuidados de largo plazo, 2005 y 2015 (o año más cercano)

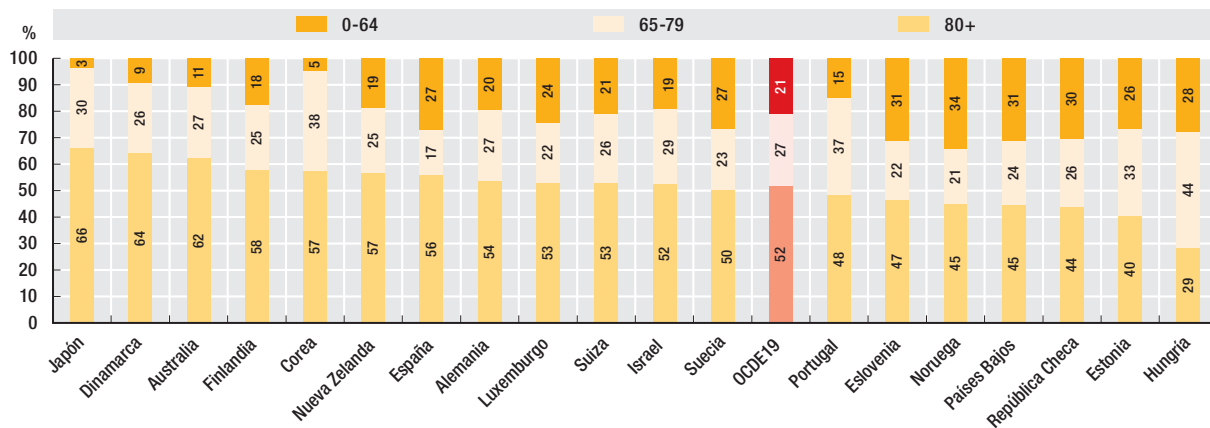


1. Los valores incluyen solamente receptores de cuidados de largo plazo en instituciones.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605882>

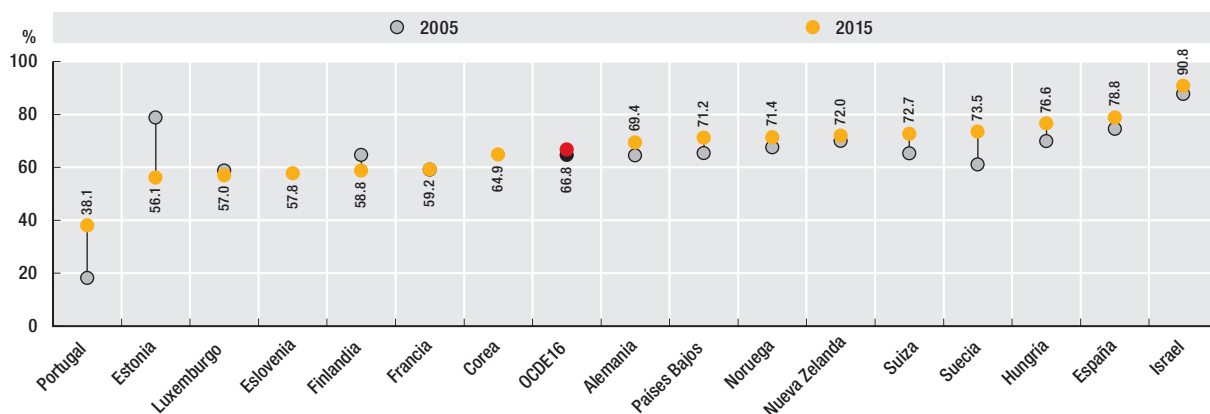
11.14. Proporción de receptores de cuidados de largo plazo, por edad, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605901>

11.15. Proporción de personas de 65 años de edad y mayores que reciben cuidados de largo plazo en su hogar, 2005 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605920>

Cuidadores informales

La familia y los amigos son las más importantes fuentes de atención para las personas que requieren de cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) en los países de la OCDE. Debido a la naturaleza informal del cuidado que proveen, no es fácil obtener datos comparables del número de personas que se encargan de familiares y amigos en diferentes países, ni de la frecuencia con que proporcionan cuidados. Los datos que se presentan en esta sección provienen de encuestas nacionales o internacionales de salud, y se refieren a personas de 50 años de edad o más que reportan prestar ayuda y cuidados a miembros de su familia y amigos.

En promedio en los países de la OCDE que disponen de datos, alrededor del 13% de las personas de 50 años de edad y más reportan proporcionar cuidados informales al menos semanalmente; pero esta cifra es de más del 20% en la República Checa y Bélgica, y de menos de 10% en Polonia y Portugal (Figura 11.16). También existe variación en la intensidad del cuidado prestado. Los índices más bajos de cuidados diarios se encuentran en Suecia, Suiza, Dinamarca y los Países Bajos, en los cuales el sector de LTC está bien desarrollado y la cobertura pública es integral.

Los cuidados más frecuentes se asocian con una reducción en la permanencia en la fuerza laboral para cuidadores en edad de trabajar, tasas más altas de pobreza, y una mayor prevalencia de problemas de salud mental. Muchos países de la OCDE han implantado políticas para apoyar a cuidadores familiares con el objeto de mitigar estos efectos negativos. Las políticas incluyen licencias pagadas por cuidados (p. ej. en Bélgica), horarios flexibles de trabajo (p. ej. Australia y los Estados Unidos), cuidados de relevo (p. ej. Austria, Dinamarca y Alemania) y servicios de capacitación y asesoría (p. ej. Suecia). Asimismo, varios países de la OCDE proporcionan beneficios en efectivo a cuidadores familiares, o subsidios en efectivo por cuidados para receptores que pueden ser usados para pagar cuidadores informales (Colombo et al., 2011).

En promedio en los países de la OCDE, 60% de quienes proporcionan cuidados informales a diario son mujeres (Figura 11.17). Polonia y Portugal tienen el mayor desbalance de género, con un 70% de mujeres como proveedoras de cuidados informales. Suecia es el único país donde más hombres que mujeres reportan proporcionar cuidados informales al menos semanalmente.

Alrededor de dos tercios de los cuidadores se encargan de un padre o cónyuge, pero los patrones de cuidados varían para diferentes grupos de edad. Es más probable que los cuidadores más jóvenes (de 50 a 65 años de edad), se encarguen de un padre (Figura 11.18). Es más probable que sean mujeres –las hijas proveen mucho más cuidados a sus padres que los hijos– y pueden no hacerlo todos los días. En cambio, los cuidadores de más de 65 años es más probable que se encarguen de un cónyuge. Estos cuidados tienden a ser más intensivos, requeridos a diario, y tanto hombres como mujeres pueden adoptar este papel.

El hecho de que menos gente proporcione cuidados diarios en países con sistemas formales de LTC más sólidos

sugiere que hay una compensación entre cuidados formales e informales. El menor tamaño de las familias, la mejor movilidad geográfica y los crecientes índices de participación de las mujeres en el mercado laboral significan que existe un riesgo de que menos personas tendrán capacidad y estarán en disposición de proporcionar cuidados informales en el futuro. Aunado con los efectos del envejecimiento demográfico, esto puede conducir a una mayor demanda de servicios profesionales de LTC. Los sistemas públicos de LTC deberán adecuar sus recursos para cubrir una demanda creciente al tiempo de mantener el acceso y la calidad.

Definición y comparabilidad

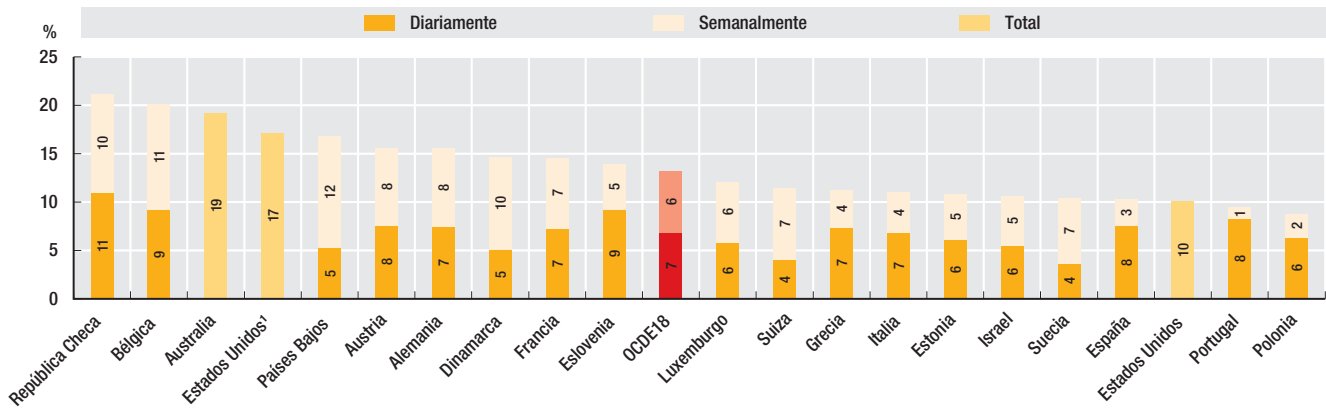
Se define a los cuidadores informales como la gente que proporciona cualquier tipo de ayuda a familiares mayores, amigos y personas en su círculo social que viven dentro o fuera de su hogar y requieren ayuda con las tareas diarias. Los datos se refieren solamente a la población de 50 años de edad y mayores, y se basan en encuestas nacionales para Australia (Survey of Disability, Ageing and Carers, SDAC), el Reino Unido (English Longitudinal Study of Ageing, ELSA), los Estados Unidos (Health and Retirement Survey, HRS) y una encuesta internacional para otros países europeos (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE).

Las preguntas sobre la intensidad del cuidado varían entre encuestas. En SHARE, se pregunta a los cuidadores con qué frecuencia proporcionaron cuidados en el último año y este indicador incluye gente que dió cuidados al menos semanalmente. En ELSA, se pregunta si han proporcionado cuidados en la última semana, que puede ser comparable con “al menos semanalmente”. Las preguntas en HRS y SDAC son menos comparables con SHARE. En HRS se incluye a los cuidadores si proporcionaron más de 200 horas de cuidado en el último año. En SDAC se define como cuidador a quien ha provisto asistencia informal continua por al menos seis meses. Las personas que se encargan de niños discapacitados se han excluido en los países europeos, pero se incluyen en los Estados Unidos y Australia. Sin embargo, en los Estados Unidos los datos solo incluyen a quienes se encargan de alguien fuera de su hogar. Como resultado, los datos para Australia y los Estados Unidos pueden no ser comparables con los de otros países.

Referencias

- Bauer, J.M. y A. Sousa-Poza (2015), “Impacts of Informal Caregiving on Caregiver: Employment, Health, and Family”, *Journal of Population Ageing*, vol. 8, núm. 3, pp. 113-145.
- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

11.16. Proporción de cuidadores informales entre la población de 50 años de edad y mayores, 2015 (o año más cercano)



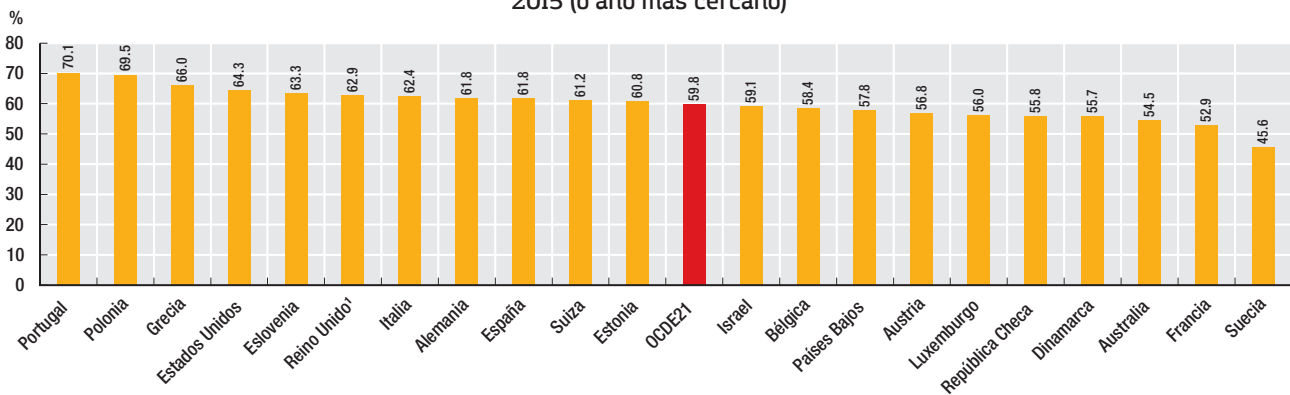
Nota: La definición de cuidadores informales varía entre encuestas (ver Definición y comparabilidad).

1. Reino Unido se refiere a Inglaterra.

Fuente: Wave 6 of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2015), Survey of Disability, Ageing and Carers for Australia (2015), wave 7 of the English Longitudinal Study of Ageing (2015), wave 12 of the Health and Retirement Survey for the United States (2014).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605939>

11.17. Proporción de mujeres entre quienes proporcionan cuidados informales a diario, de 50 años de edad y mayores, 2015 (o año más cercano)



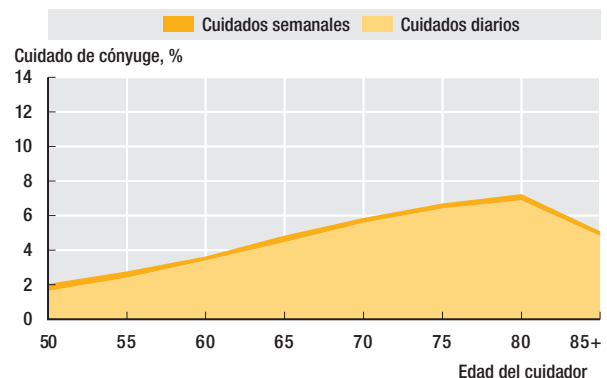
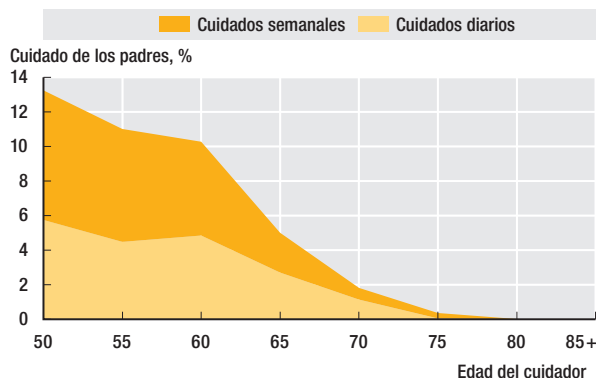
Nota: La definición de cuidadores informales varía entre encuestas (ver Definición y comparabilidad).

1. Reino Unido se refiere a Inglaterra.

Fuente: Wave 6 of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2015), Survey of Disability, Ageing and Carers for Australia (2015), wave 7 of the English Longitudinal Study of Ageing (2015), wave 12 of the Health and Retirement Survey for the United States (2014).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605958>

11.18. Proporción de cuidadores informales entre la población europea¹ de 50 años de edad y mayores, por receptores de cuidado y edad, diariamente y semanalmente, 2015 (o año más cercano)



1. Los datos se refieren a población de 50 años o mayores para países incluidos en el SHARE wave 6.

Fuente: Wave 6 of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2015).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605977>

Trabajadores de cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) son un servicio demandante de mano de obra. Los trabajadores formales de LTC se definen como empleados pagados, típicamente enfermeros y cuidadores personales, que proporcionan cuidados y/o ayuda a gente que está limitada en sus actividades diarias en su hogar o en instituciones, excluyendo hospitales. El cuidado formal se complementa con el apoyo informal, normalmente sin paga, de familia y amigos, que representa una gran parte del cuidado de la gente mayor en todos los países de la OCDE (ver el indicador "Cuidadores informales").

En relación con la población de 65 años y mayores, Noruega, Suecia y los Estados Unidos tienen el mayor número de trabajadores de LTC, y la República Eslovaca y Portugal el menor (Figura 11.19). En todos los países, excepto Israel, Japón, Estonia y Corea, la mayoría de los empleados de LTC trabajan en instituciones, aunque la mayoría de los receptores normalmente reciben cuidados en casa (ver el indicador de receptores de cuidados). Esto refleja el hecho de que quienes están en instituciones con frecuencia tienen necesidades más severas y requieren cuidados más intensivos.

La mayoría de los trabajadores de LTC son mujeres y trabajan medio tiempo. Al menos 90% son mujeres en Corea, Dinamarca, la República Eslovaca, los Países Bajos y Noruega (Figura 11.20). Los trabajadores extranjeros también tienen un importante papel en la prestación de LTC, aunque su presencia es desigual en los países de la OCDE. Mientras que Alemania tiene muy pocos trabajadores de LTC extranjeros, casi uno de cada cuatro en los Estados Unidos nació en otro país (Colombo et al., 2011).

El sector de LTC representa una pequeña pero creciente proporción del empleo total en los países de la OCDE, promediando un poco más del 2%. El número de trabajadores de LTC se incrementó en más de 50% en Japón, Corea e Israel entre 2005 y 2015 (Figura 11.21). En Japón y Corea, esto se relaciona con la introducción del seguro universal de LTC, y la creciente profesionalización del trabajo en LTC. Sin embargo, las poblaciones en ambos países están envejeciendo en forma acelerada, y aún con estos cambios, el crecimiento en la fuerza laboral de LTC apenas ha mantenido el paso con el crecimiento de la población de más de 80 años; las personas que más probablemente requieran LTC. En contraste, el número de trabajadores de cuidados de largo plazo decreció en Estonia, la República Eslovaca y los Países Bajos, a pesar de los incrementos en la población de 80+ años de edad en el mismo periodo (Figura 11.21).

En promedio, alrededor de un tercio de los trabajadores de LTC son enfermeros, y los otros dos tercios son trabajadores de cuidado personal (también llamados asistentes de enfermería, asistentes de salud en instituciones o asistentes de cuidado en el hogar) con capacitación menos formal. Muchos países de la OCDE han establecido requisitos de educación y capacitación para los trabajadores de cuidado personal, aunque varían de manera importante, sobre todo en el contexto de cuidados en el hogar (OECD/European Commission, 2013).

A medida que las poblaciones siguen envejeciendo, es probable que crezca la demanda de trabajadores de LTC.

Responder a esta demanda creciente requerirá de políticas para mejorar el reclutamiento (p. ej. alentar a más desempleados considerar capacitarse y trabajar en el sector de LTC); mejorar la retención (p. ej. mejorar la paga y condiciones de trabajo); e incrementar la productividad (p. ej. por medio de la reorganización de procesos de trabajo y uso más efectivo de nuevas tecnologías) (Colombo et al., 2011; European Commission, 2013).

Definición y comparabilidad

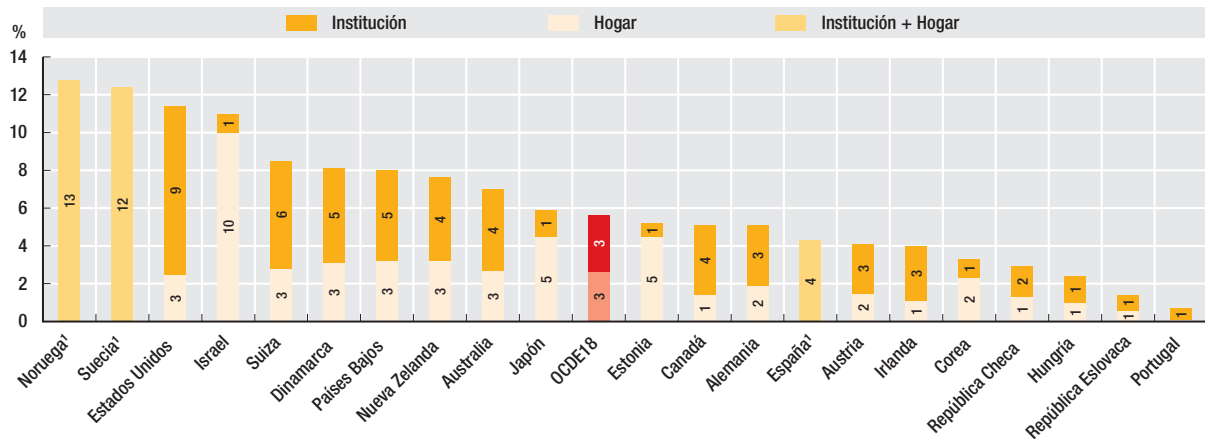
Los trabajadores de cuidados de largo plazo se definen como trabajadores pagados que proporcionan cuidados en el hogar o en instituciones (fuera de hospitales). Incluyen a personal de enfermería calificado y trabajadores de cuidado personal que proporcionan ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y otras formas de apoyo personal. Los trabajadores de cuidado personal incluyen a diferentes categorías de trabajadores que pueden recibir diferentes nombres en países diferentes. Pueden tener alguna capacitación reconocida o no. Debido a que los trabajadores de cuidado personal pueden no ser parte de las ocupaciones reconocidas, es más difícil recabar datos comparables para esta categoría de trabajadores de LTC entre países. Los trabajadores de LTC también incluyen a familiares o amigos que están empleados con un contrato formal ya sea por el receptor, una agencia, o compañías de servicios de cuidado públicas o privadas. Excluyen a personal de enfermería que trabajan en administración. Las cifras se expresan como número de personas, y no el equivalente de tiempo completo.

Existen algunas diferencias en las metodologías que los países usan para calcular los datos, lo que puede sesgar los resultados. Los datos para algunos países se refieren solo a los trabajadores empleados en el sector público, mientras que otros países incluyen a los sectores privado y sin fines de lucro. Los datos para la República Checa y Japón se basan en encuestas en establecimientos, lo que significa que las personas que trabajan en más de un establecimiento se han duplicado.

Referencias

- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- OECD y European Commission (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- Scheil-Adlung, X. (2015), "Long-term Care (LTC) Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries", *ESS Working Paper*, núm. 50, International Labour Office, Ginebra.
- United Nations (2016), "The Growing Need for Long-term Care, Assumptions and Realities", documento informativo.

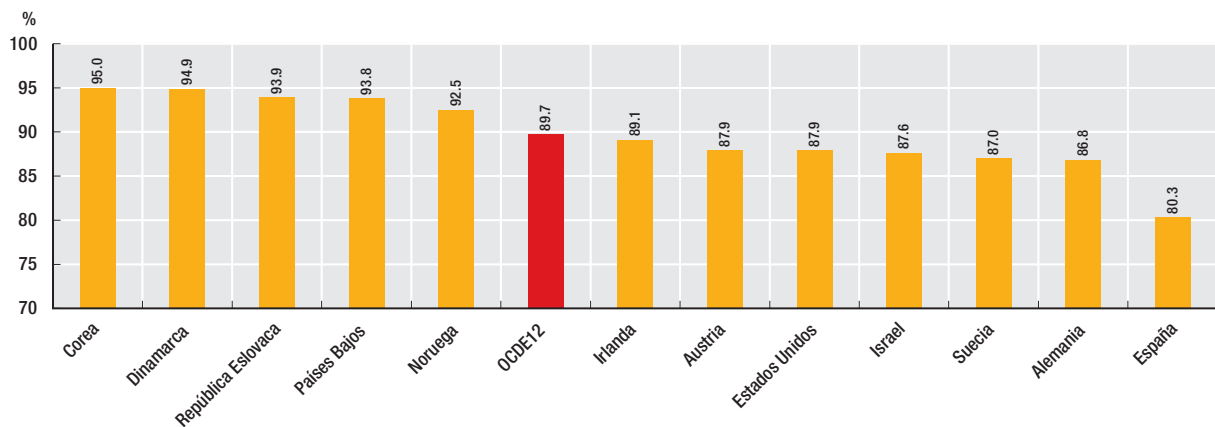
11.19. Trabajadores en cuidados de largo plazo por cada 100 personas de 65 años de edad y mayores, 2015 (o año más cercano)



1. En Noruega, Suecia y España, no es posible distinguir a los LTC en instituciones y el hogar. No se incluyen en el promedio de la OCDE.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605996>

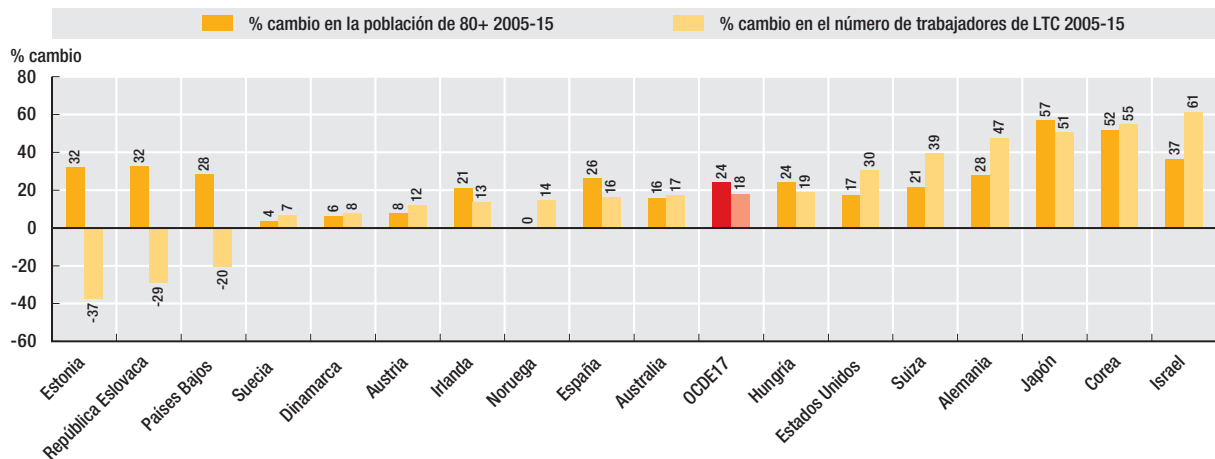
11.20. Proporción de trabajadores en cuidados de largo plazo que son mujeres, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606015>

11.21. Trabajadores en cuidados de largo plazo y población de 80 años de edad y mayores, 2005 y 2015 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606034>

Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales

El número de camas en instituciones de cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), y departamentos de LTC en hospitales, proporciona una medida de los recursos disponibles para la prestación de servicios de LTC a individuos fuera de sus hogares.

En promedio en los países de la OCDE, había 50 camas de LTC disponibles por cada 1000 habitantes de 65 años de edad y mayores en 2015; 46 en instituciones de LTC y cuatro en departamentos de LTC en hospitales (Figura 11.22). El mayor número de camas de LTC se encontró en los Países Bajos en 2015, con alrededor de 87 camas por cada 1000 habitantes de 65 años y mayores, la inmensa mayoría de las cuales estaban en instituciones de LTC. En contraste, había menos de 20 camas por cada 1000 habitantes de 65 años y mayores en Italia, Letonia, Polonia y Turquía.

En promedio, casi no ha habido cambios en el número de camas de LTC por cada 1000 habitantes de más de 65 años desde 2005, aunque esto enmascara variaciones sustanciales entre países (Figura 11.23). En un extremo, algunos países con sistemas de LTC bien establecidos e incluyentes, han reducido la capacidad residencial de LTC. Entre 2005 y 2015, Suecia redujo el número de camas de LTC en instituciones en 235 camas por cada 1000 habitantes de más de 65 años. Estas reducciones son atribuibles a la intención de mover los cuidados de largo plazo de las instalaciones residenciales a la comunidad (Colombo et al., 2011). Islandia, Canadá y Noruega también han hecho reducciones significativas en el número de camas disponible. En contraste, Corea ha tenido un incremento masivo en capacidad, aumentando el número de camas de 13 a 58 por cada 1000 habitantes de más de 65 años entre 2005 y 2015, con un incremento particularmente marcado desde la introducción de un esquema público de seguro de LTC en 2008.

Aunque la mayoría de los países destinan muy pocas camas a LTC en los hospitales, algunos todavía usan las camas de hospitales de forma extensa para propósitos de LTC. A pesar de los incrementos recientes en el número de camas en instituciones de LTC en Corea, la mayoría de las camas de LTC están aún en hospitales; aunque esto es debido en parte, a que las políticas de reembolso de los seguros de LTC de Corea, requieren que ciertas instalaciones sean clasificadas como tales. En Japón, muchas camas de hospital son utilizadas para cuidados de largo plazo, a pesar de que el número ha decrecido en los últimos años. Algunos países europeos como Finlandia, Hungría y la República Checa, aún tienen un número significativo de camas en hospitales dedicadas a cuidados de largo plazo, pero en general ha habido un movimiento hacia reemplazar las camas de hospital con instalaciones institucionales, que con frecuencia son más baratas y proveen un mejor ambiente de vida para personas con necesidades de LTC.

La prestación de servicios de LTC en instituciones puede ser más eficiente que los cuidados comunitarios para las personas que tienen necesidades mayores, debido a economías de escala, y al hecho de que los trabajadores que

prestan el cuidado no tienen que viajar hasta donde está cada individuo. Sin embargo, con frecuencia cuesta más a los presupuestos públicos, pues los trabajadores informales contribuyen en menor medida y los sistemas de LTC con frecuencia absorben los costos de alojamiento, alimentación y cuidados. Además, los usuarios de LTC generalmente prefieren permanecer en casa. La mayoría de los países han tomado medidas en años recientes para respetar esta preferencia y promover cuidados comunitarios. Sin embargo, dependiendo de circunstancias individuales, el movimiento a una institución de LTC puede ser la opción más apropiada, por ejemplo para gente que vive sola y requiere cuidados y supervisión las 24 horas. (Wiener et al., 2009) o personas que viven en áreas remotas con apoyo limitado en casa. Es por lo tanto importante que los países mantengan una capacidad apropiada de LTC residencial, y de que las instituciones desarrollen y apliquen modelos de cuidados que promuevan la dignidad y la autonomía.

Definición y comparabilidad

Las instituciones de cuidados de largo plazo se refieren a instalaciones de cuidados y residenciales que proveen alojamiento y cuidados de largo plazo como paquete. Incluyen las instituciones especialmente diseñadas o contextos hospitalarios donde el componente de servicio predominante es la atención de largo plazo para personas con restricciones funcionales de moderadas a severas. Las camas en contextos residenciales adaptados para personas que requieren ayuda, pero proporcionan un alto nivel de autonomía y autocontrol no están incluidas. Para comparaciones internacionales, las camas en centros de rehabilitación no deben ser incluidas.

Sin embargo, existen variaciones en la cobertura de datos entre países. Varios países solo incluyen las camas en instituciones de LTC que operan con fondos públicos, mientras que otros solo incluyen instituciones privadas (con y sin fines de lucro). Algunos países solo incluyen camas en centros de tratamiento para personas con adicciones, unidades psiquiátricas de hospitales generales o especializados, y centros de rehabilitación.

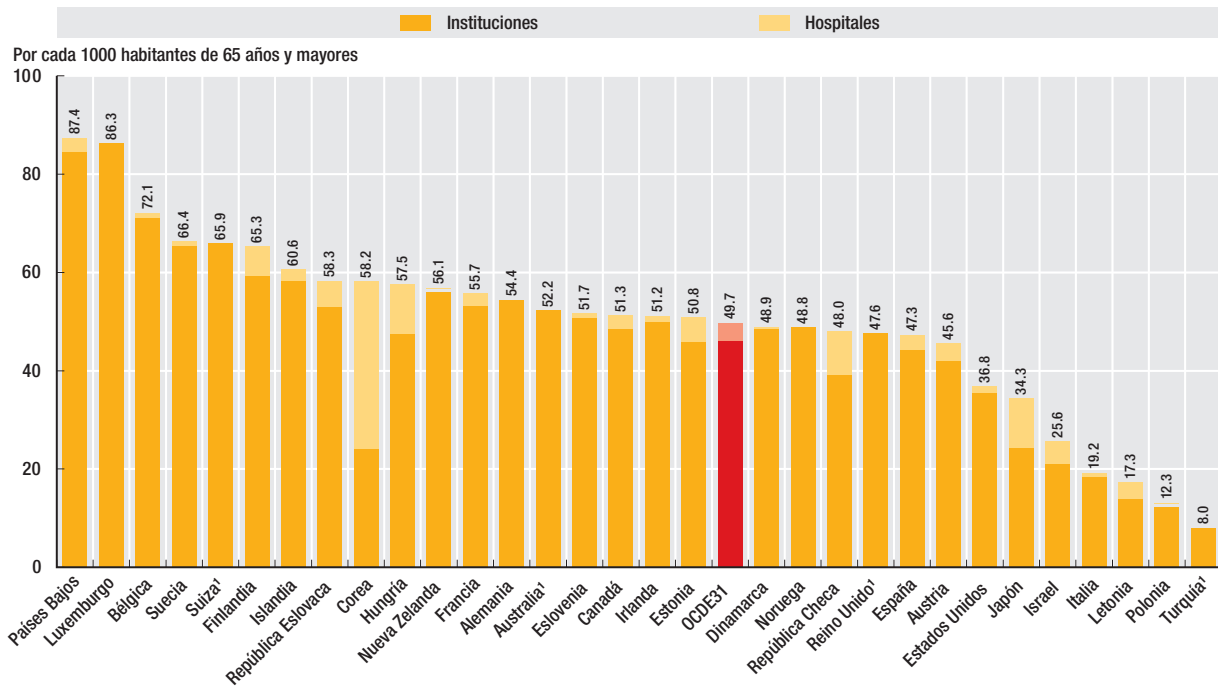
Referencias

- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Muir, T. (2017), "Measuring Social Protection for Long-term care", *OECD Health Working Papers*, núm. 93, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.
- Wiener, J. et al. (2009), "Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining", *Real Choice Systems Change Grant Program*, US Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales

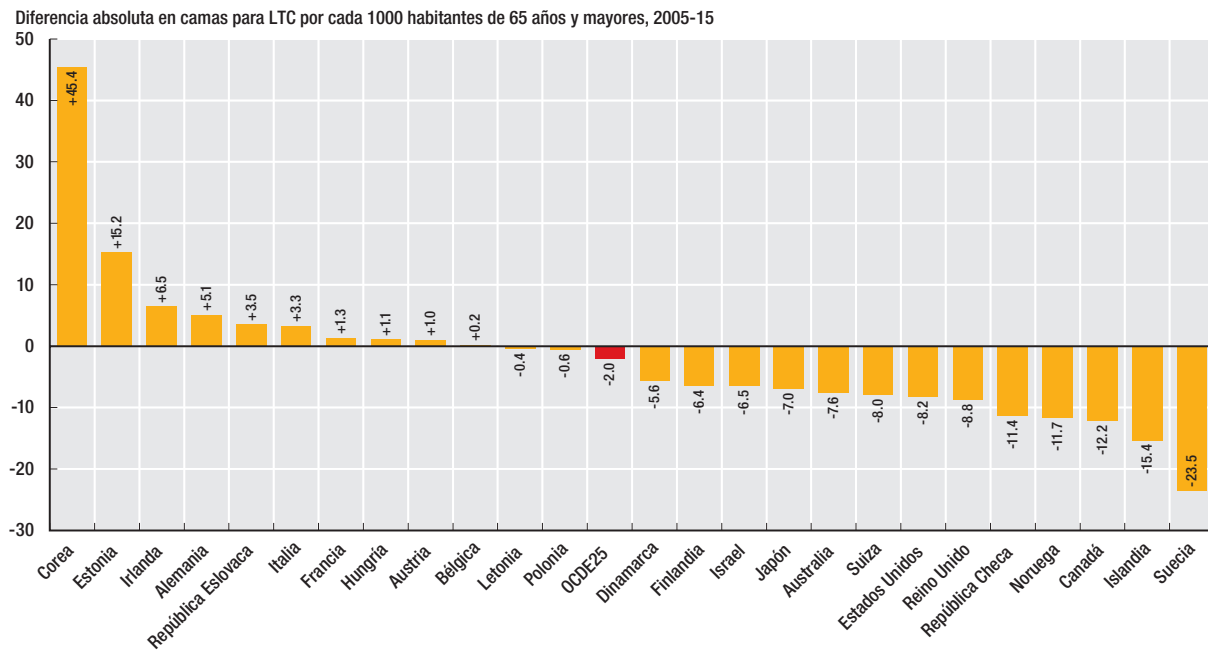
11.22. Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales, 2015 (o año más cercano)



1. Los números de camas para cuidados de largo plazo en hospitales no están disponibles para Australia, Suiza, Turquía y el Reino Unido.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606053>

11.23. Tendencias en camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales, 2000-15 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606072>

Gasto en cuidados de largo plazo

El gasto en cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), ha tenido el incremento más grande entre las diferentes funciones (ver el indicador en “Gasto en salud por tipo de servicio”) y se espera que crezca aún más en los próximos años. El envejecimiento demográfico causa que más personas necesiten atención social y de salud continua; el aumento en los ingresos también incrementa las expectativas de calidad de vida en la edad avanzada; la provisión de cuidados informales está potencialmente disminuyendo, y es difícil tener avances en productividad en un sector tan demandante de mano de obra. Todos estos factores crean presiones ascendentes en el gasto.

Una proporción significativa de servicios de LTC se paga con esquemas de gobierno o seguros obligatorios. El total del gasto de gobierno/seguros obligatorios en LTC (que incluye los componentes de atención social y de salud) representó 1.7% del PIB en promedio en los países de la OCDE en 2015 (Figura 11.24). Con un gasto de 3.7% del PIB, el nivel más alto se presentó en los Países Bajos, donde el gasto público en cuidados de largo plazo fue de alrededor del doble del promedio de la OCDE. En el otro extremo de la escala, Hungría, Estonia, Polonia, Israel y Letonia asignaron menos de 0.5% de su PIB a la provisión pública de cuidados de largo plazo. Esta variación puede reflejar en parte, diferencias en la estructura de la población, pero sobre todo el desarrollo de sistemas formales de LTC, a diferencia de arreglos más informales que se basan principalmente en los cuidados prestados por familiares que no reciben pago. A pesar de los problemas de información no reportada que limita la comparabilidad, los datos disponibles sobre el gasto privado en LTC sugieren que en algunos casos puede ser sustancial, y juega un papel relativamente importante en Suiza (0.7% del PIB), Alemania y el Reino Unido (ambos 0.6%). En consecuencia, la proporción de gasto privado —principalmente gasto de bolsillo— en el gasto total en LTC representa más del 30% en esos países.

Los límites entre el gasto social y en salud en LTC no son aún del todo consistentes entre países, con algunos que reportan componentes específicos de LTC como cuidado de la salud, cuando otros los reportan como gasto social. Suecia y Noruega destinan 2.5% o más de su PIB en el componente de salud de LTC con financiamiento de esquemas de gobierno/seguros obligatorios, lo que es alrededor del doble del promedio de la OCDE (1.3%). Con 1.3% del PIB, los Países Bajos reportan el nivel más alto de gasto público en el componente social de LTC, mucho mayor que el promedio de 0.4% de la OCDE.

La forma en que LTC se organiza en los países afecta la composición del gasto en LTC y puede también tener un impacto en el gasto general en LTC. En los países de la OCDE, dos tercios del gasto de gobierno y seguros obligatorios en LTC (salud) se destinó a pacientes hospitalizados con LTC en 2015, lo que se proporciona principalmente en instalaciones residenciales de LTC (Figura 11.25). Sin embargo en Polonia, Finlandia, Dinamarca, Austria y Alemania, el gasto en LTC en el hogar representa más del 50% del gasto total en LTC (salud). El gasto para LTC en el hogar puede ser destinado a pagar servicios de prestadores profesionales de LTC, o trabajadores informales, cuando existen prestaciones para atención con las que se remunera al cuidador por los servicios de LTC que presta.

El gasto de los esquemas de gobierno y seguros obligatorios en LTC ha crecido en forma más acelerada que el gasto en salud en la última década. La tasa de crecimiento anual en los países de la OCDE entre 2005 y 2015 fue de 4.6% (Figura 11.26). El crecimiento del gasto es notable en Corea, donde se han implantado una serie de medidas para expandir la cobertura de sus sistemas de LTC en años recientes, aunque el gasto total en LTC permanece debajo del promedio de la OCDE como proporción del PIB.

Los escenarios proyectados sugieren que los recursos públicos asignados a LTC como proporción del PIB podrían duplicarse o más en 2060 (De La Maisonneuve y Oliveira Martins, 2013). Uno de los principales desafíos en el futuro será alcanzar el balance adecuado entre proveer protección social apropiada a la población con necesidades de LTC y garantizar que esta protección es fiscalmente sostenible.

Definición y comparabilidad

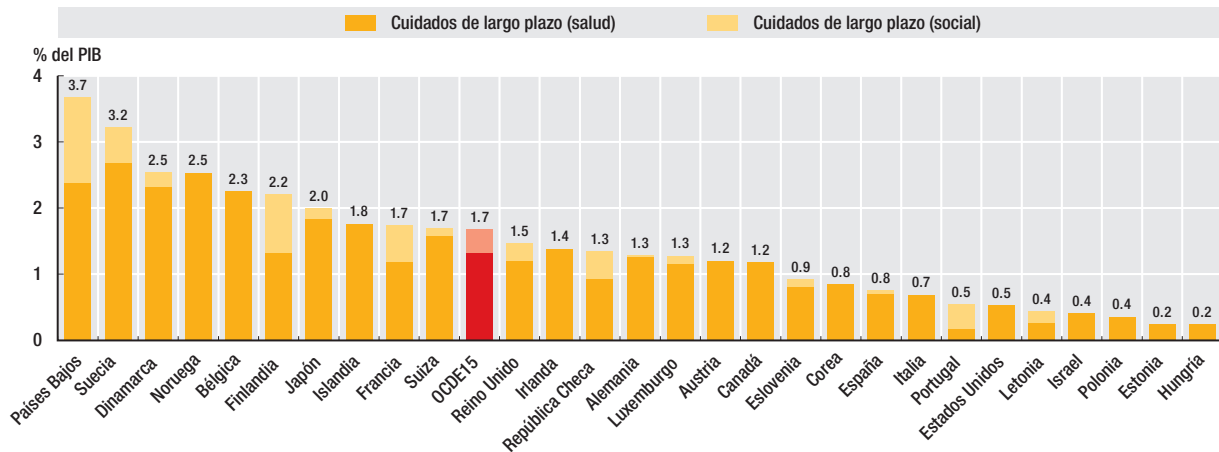
El gasto en LTC comprende tanto servicios sociales como de salud para las personas que dependen de LTC y requieren cuidados de manera continua. El componente de salud del gasto en LTC se basa en el System of Health Accounts (SHA), y se relaciona a cuidados de enfermería y personales (es decir, ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés). Cubre los cuidados paliativo y los cuidados prestados en instituciones de LTC o en el hogar. El gasto social en LTC comprende principalmente ayuda con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés). A pesar de los avances para mejorar la comparabilidad general del gasto en LTC en años recientes, aún hay algunas variaciones en las prácticas de reporte de los componentes sociales y de salud para algunas actividades de LTC entre países. Adicionalmente, los servicios de LTC financiados por esquemas de gobierno y seguros obligatorios se prestan más para comparaciones internacionales, pues hay más variación en la exhaustividad de los reportes del gasto privado en LTC en los países de la OCDE.

Por último, algunos países (p. ej. Estonia, Israel y los Estados Unidos) solo pueden reportar datos de gasto para cuidado institucional, y por lo tanto subestiman la cantidad total de gasto en servicios de cuidados de largo plazo de esquemas de gobierno y seguros obligatorios.

Referencias

- De La Maisonneuve, C. y J.O. Martins (2013), “Public Spending on Health and Long-term Care: A New Set of Projections”, *OECD Economic Policy Papers*, núm. 6, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jwwr9x-en>.
- Muir, T. (2017), “Measuring Social Protection for Long-term Care”, *OECD Health Working Papers*, núm. 93, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.
- OECD, Eurostat y WHO (2011), *A System of Health Accounts*, 2011 Edition, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

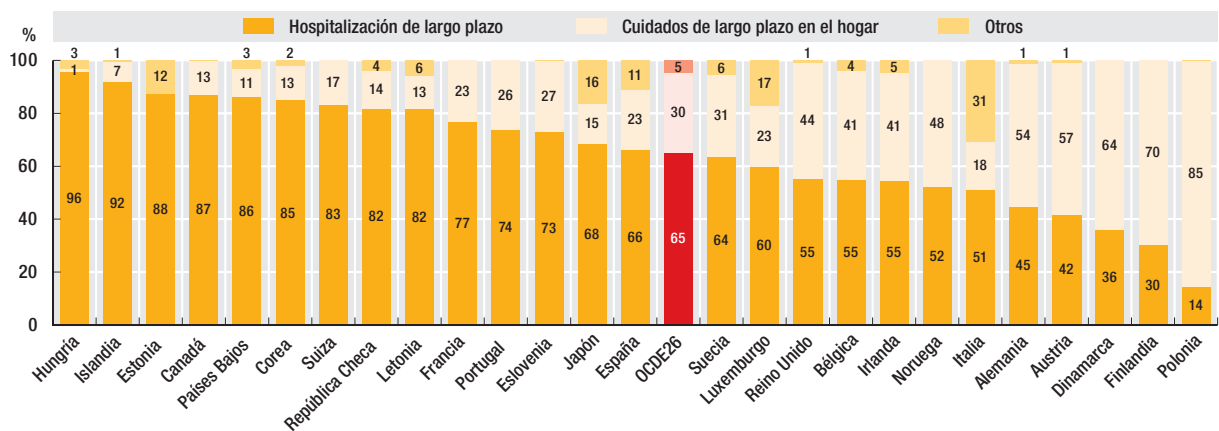
11.24. Gasto en cuidados de largo plazo (componente social y de salud) esquemas de gobierno y seguros obligatorio, como proporción del PIB, 2015 (o año más cercano)



Nota: El promedio de la OCDE solo incluye los 15 países que reportan LTC social y de salud.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606091>

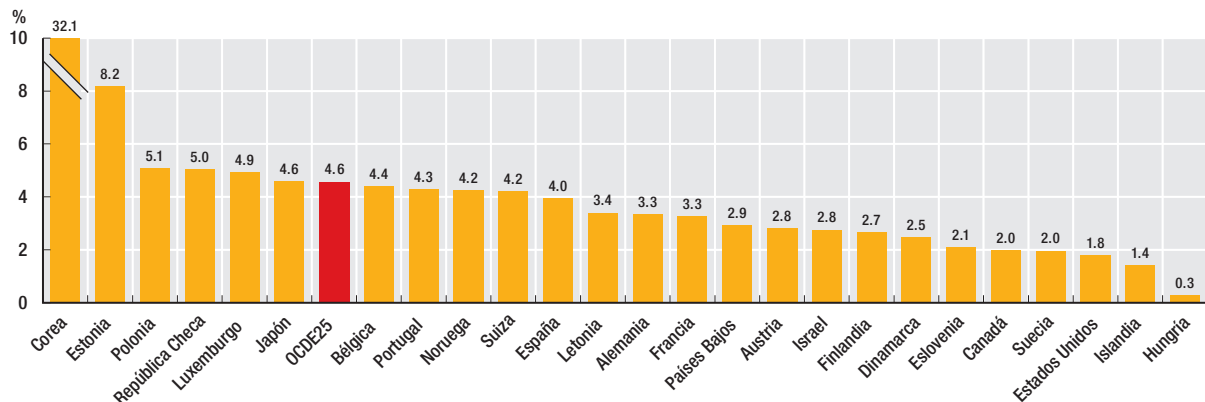
11.25. Gasto del gobierno y seguros obligatorios en LTC (salud) por modo de provisión, 2015 (o año más cercano)



Nota: "Otros" incluye casos de un día de LTC y consulta externa.
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606110>

11.26. Crecimiento anual del gasto en LTC (salud y social) por esquemas de gobierno y seguros obligatorios, en términos reales, 2005-15 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606129>

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE)

La OCDE constituye un foro único en su género, donde los gobiernos trabajan conjuntamente para afrontar los retos económicos, sociales y medioambientales que plantea la globalización. La OCDE está a la vanguardia de los esfuerzos emprendidos para ayudar a los gobiernos a entender y responder a los cambios y preocupaciones del mundo actual, como el gobierno corporativo, la economía de la información y los retos que genera el envejecimiento de la población. La Organización ofrece a los gobiernos un marco en el que pueden comparar sus experiencias políticas, buscar respuestas a problemas comunes, identificar buenas prácticas y trabajar en la coordinación de políticas nacionales e internacionales.

Los países miembros de la OCDE son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Letonia, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza, y Turquía. La Comisión Europea participa en el trabajo de la OCDE.

Las publicaciones de la OCDE aseguran una amplia difusión de los trabajos de la Organización. Estos incluyen los resultados de la compilación de estadísticas, los trabajos de investigación sobre temas económicos, sociales y medioambientales, así como las convenciones, directrices y los modelos desarrollados por los países miembros.

Panorama de la Salud 2017

INDICADORES DE LA OCDE

Panorama de la Salud presenta la más reciente información comparable y tendencias sobre diferentes aspectos del desempeño de los sistemas de salud en países de la OCDE. Proporciona evidencia contundente de enormes variaciones entre países en indicadores de estado de la salud y riesgos para la salud, así como en los insumos y resultados de los sistemas de salud.

Esta nueva edición de *Panorama de la Salud* presenta la más reciente información comparable sobre el estado de salud de las poblaciones y el desempeño de los sistemas de salud de los países de la OCDE. Donde es posible, contiene información de países socios (Brasil, China, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Lituania, la Federación de Rusia y Sudáfrica). La información presentada en esta publicación proviene de estadísticas nacionales oficiales, a menos que se indique otra cosa.

Esta edición incluye una variedad de nuevos indicadores, particularmente en factores de riesgo para la salud. También pone mayor énfasis en el análisis de tendencias a lo largo del tiempo. Además de un análisis por indicador, esta edición ofrece instantáneas y tablas de indicadores que resumen comparativos de desempeño entre países, así como un capítulo especial sobre los factores principales que han generado incrementos en la esperanza de vida.

Consulta esta publicación en línea en http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

Este trabajo está publicado en la OECD iLibrary, que reúne todos los libros de la OCDE, bases de datos periódicas y estadísticas.

Visita www.oecd-library.org para más información.



CANIFARMA

Traducido y publicado por la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica.