Panorama de la Salud 2021

INDICADORES DE LA OCDE

Traducido por:

CANIFARMA

Panorama de la Salud 2021

INDICADORES DE LA OCDE

Traducido por:

CANIFARMA

Las opiniones expresadas y los argumentos empleados en esta obra no necesariamente reflejan los puntos de vista oficiales de los países miembros de la OCDE.

Tanto este documento como los datos y cualquier mapa que se incluya en él no conllevan prejuicio 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 prejuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental bajo los términos del derecho internacional.

Publicado originalmente por la OCDE en inglés con el título:
OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, París.
https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en.

No es una traducción oficial de la OCDE. La calidad de la traducción y su coherencia con el texto en el idioma original de la obra son de exclusiva responsabilidad de los autores de la traducción. En caso de cualquier discrepancia entre la obra original en inglés y la traducción al español, solamente el texto de la obra original se considerará válido.

© 2022 CANIFARMA para esta traducción.

Créditos fotográficos: Cubierta - ©YAKOBCHUK VIACHESLAV/Shutterstock.com; Imágenes - Estado de salud: ©Jirsak/Shutterstock.com, Factores de riesgo para la salud: ©1706025619/Shutterstock.com, Acceso: asequibilidad, disponibilidad y uso de servicios: ©michaeljung/ Shutterstock.com; Calidad y resultados de los servicios de salud: ©YAKOBCHUK VIACHESLAV/Shutterstock.com, Gasto en salud: ©Jaren Jai Wicklund/ Shutterstock.com, Fuerza laboral dedicada a la salud: ©Flamingo Images/ Shutterstock.com, Sector Farmacéutico: ©Robert Kneschke/Shutterstock.com, Envejecimiento y cuidados de largo plazo: ©VGstockstudio/iStockphoto.com.

Las correcciones a las publicaciones de la OCDE se encuentran en línea en: www.oedc.org/about/publishing/corrigenda.htm.

Prefacio

Panorama de la Salud presenta comparativos de indicadores clave de salud de la población y desempeño de los sistemas de salud de los países miembros de la OCDE, y las principales economías emergentes. Esta edición 2021 presenta los datos comparables más recientes, ilustrando las diferencias entre países y a lo largo del tiempo en cuanto a estado de salud, factores de riesgo para la salud, acceso y calidad de los servicios y recursos para la salud. Se presta especial atención al impacto de la COVID-19, incluyendo los impactos directos e indirectos del virus en la población y los sistemas de salud.

Esta publicación no hubiese sido posible sin la contribución de los corresponsales de información nacional de los países incluidos en este informe, quienes proporcionaron la mayoría de los datos y metadatos, así como una retroalimentación detallada a la primera versión del reporte. La OCDE también reconoce la contribución de otras organizaciones internacionales, principalmente Eurostat y la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO, por sus siglas en inglés) por su contribución con información y comentarios. La Unión Europea aportó información sustantiva y apoyo financiero. Las opiniones expresadas y los argumentos empleados en esta obra no necesariamente reflejan los puntos de vista oficiales de los países miembros de la OCDE, la Unión Europea o de otras organizaciones internacionales.

Panorama de la Salud 2021 fue preparado por la División Salud de la OCDE, bajo la coordinación de Chris James. El Capítulo 1 fue preparado por Chris James y Gabriel Di Paolantonio; el Capítulo 2 por Michael Mueller, Elina Suzuki, Gabriel Di Paolantonio, Emily Hewlett y Chris James, con asistencia en la investigación de Julia Aubé; el Capítulo 3 por Elina Suzuki, Gabriel Di Paolantonio, Emily Hewlett y Chris James; el Capítulo 4 por Marion Devaux, Alena Piatrova y Elina Suzuki, con aportaciones de Michele Cecchini; el Capítulo 5 por Chris James, Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud, Michael Mueller, Caroline Penn, Caroline Berchet, Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi y Jillian Oderkirk; el Capítulo 6 por Katherine de Bienassis, Rie Fujisawa, Frédéric Daniel, Eliana Barrenho, Gabriel Di Paolantonio, Candan Kendir, Philip Haywood, Suzannah Chapman y Silje Rene, con aportaciones de Niek Klazinga; el Capítulo 7 por Michael Mueller, Fan Xiang, Sebastian Klavus, Luca Lorenzoni y David Morgan; el Capítulo 8 by Gaetan Lafortune, Gaëlle Balestat y Marie-Clémence Canaud; el Capítulo 9 por Ruth Lopert, Suzannah Chapman, Martin Wenzl, Fan Xiang y Marie-Clémence Canaud; el Capítulo 10 por Elina Suzuki, Julia Aubé, Marie-Clémence Canaud, Paola Sillitti, Katherine de Bienassis, Michael Mueller, Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi y Eileen Rocard, con aportaciones de Ana Llena Nozal. Las bases de datos de la OCDE empleadas en esta publicación son gestionadas por Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud, Gabriel Di Paolantonio, Rie Fujisawa, David Morgan y Michael Mueller. Esta publicación se enriqueció con los comentarios de Francesca Colombo, Frederico Guanais, Mark Pearson y Stefano Scarpetta. Marie-Clémence Canaud, Lucy Hulett, Liv Gudmundson y Lydia Wanstall proporcionaron asistencia editorial.

La edición en español de esta publicación fue posible gracias a la colaboración de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) y a la gestión del Centro de la OCDE en México para América Latina.

Índice

Guía del lector . . . 9

Resumen ejecutivo . . . 13

Capítulo 1. Perspectiva general de indicadores: Tablas por país y tendencias principales 17
- Introducción . . . 18
- Estado de salud . . . 22
- Factores de riesgo para la salud . . . 24
- Acceso a servicios de salud . . . 26
- Calidad de los servicios de salud . . . 28
- Capacidad y recursos de los sistemas sanitarios . . . 30
- COVID-19 . . . 32
- ¿En qué medida el gasto en salud se traduce en mejor acceso, calidad y resultados en salud? . . . 34

Capítulo 2. El impacto de la COVID-19 en salud . . . 37
- Introducción . . . 38
- El impacto directo de la COVID-19 . . . 39
- La COVID-19 ha impactado desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables 49
- Los impactos de largo plazo de la COVID-19 en sistemas de salud y la sociedad siguen surgiendo . . . 54
- ¿Dónde nos encontramos a dieciocho meses del inicio de la pandemia? . . . 65
- Referencias . . . 67
- Anexo 2.A Datos de exceso de mortalidad y muertes por COVID-19 . . . 75

Capítulo 3. Estado de salud . . . 79
- Tendencias en esperanza de vida . . . 80
- Esperanza de vida por género y nivel educativo . . . 82
- Exceso de mortalidad . . . 84
- Principales causas de mortalidad . . . 86
- Mortalidad evitable (prevenible y tratable) . . . 88
- Mortalidad por enfermedades circulatorias . . . 90
- Incidencia y mortalidad por cáncer . . . 92
- Enfermedades crónicas . . . 94
- Salud de infantes, niños y adolescentes . . . 96
- Salud mental . . . 98
- Percepción de la salud . . . 100
- Referencias . . . 102

Capítulo 4. Factores de riesgo para la salud . . . 105
- Tabaquismo entre adultos . . . 106
- Consumo de alcohol entre adultos . . . 108
- Tabaquismo y consumo de alcohol entre adolescentes . . . 110

Dieta y actividad física entre adultos. . . . 112
Dieta y actividad física entre adolescentes. . . . 114
Sobrepeso y obesidad entre adultos. . . . 116
Sobrepeso y obesidad entre adolescentes. . . . 118
Contaminación del aire y degradación ambiental. . . . 120
Referencias. . . . 122

Capítulo 5. Acceso: asequibilidad, disponibilidad y uso de servicios. . . . 126
Cobertura de población en servicios de salud. . . . 127
Necesidades de servicios de salud no atendidas. . . . 129
Alcance de la cobertura de servicios de salud. . . . 131
Dificultades financieras y gasto de bolsillo. . . . 133
Consultas médicas. . . . 135
Salud digital. . . . 137
Camas de hospital y ocupación. . . . 139
Altas hospitalarias y tiempo promedio de hospitalización. . . . 141
Tecnologías de diagnóstico. . . . 143
Reemplazo de cadera y rodilla. . . . 145
Cirugía ambulatoria. . . . 147
Tiempo de espera para cirugía electiva. . . . 149
Referencias. . . . 151

Capítulo 6. Calidad y resultados de los servicios de salud. . . . 154
Campañas de vacunación. . . . 155
Seguridad en la prescripción en atención primaria. . . . 157
Servicios centrados en el paciente en atención ambulatoria. . . . 159
Admisiones hospitalarias evitables. . . . 161
Cuidado de diabetes. . . . 163
Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés). . . . 165
Mortalidad por accidente vascular isquémico. . . . 167
Cirugía de cadera y rodilla. . . . 169
Seguridad en cuidados intensivos -complicaciones quirúrgicas y trauma obstétrico 171
Seguridad en cuidados intensivos -cultura laboral y experiencias de los pacientes 173
Cuidados para personas con desórdenes de salud mental. . . . 175
Atención de cáncer de mama. . . . 177
Sobrevivencia a otros tipos importantes de cáncer. . . . 179
Atención integral. . . . 181
Referencias. . . . 183

Capítulo 7. Gasto en salud. . . . 188
Gasto en salud en relación al PIB. . . . 189
Gasto en salud per cápita. . . . 191
Precios en el sector salud. . . . 193
Gasto en salud por esquema de financiamiento. . . . 195
Financiamiento público del gasto en salud. . . . 197
Gasto en salud por tipo de servicio. . . . 199
Gasto en salud en servicios primarios. . . . 201
Gasto en salud por proveedor. . . . 203
Gasto de capital en el sector salud. . . . 205

Referencias . . . 207
Capítulo 8. Fuerza laboral dedicada a la salud . . . 210
Fuerza laboral en salud y trabajo social . . . 211
Médicos (número total) . . . 213
Médicos (por edad, género y categoría) . . . 215
Distribución geográfica de médicos . . . 217
Remuneración de médicos (generales y especialistas) . . . 219
Personal de enfermería . . . 221
Remuneración de personal de enfermería . . . 223
Trabajadores hospitalarios . . . 225
Graduados de medicina . . . 227
Graduados de enfermería . . . 229
Migración internacional de médicos y personal de enfermería . . . 231
Referencias . . . 233

Capítulo 9. Sector Farmacéutico . . . 236
Gasto en medicamentos . . . 237
Farmacéuticos y farmacias . . . 239
Consumo de medicamentos . . . 241
Genéricos y biosimilares . . . 243
Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico . . . 245
Referencias . . . 247

Capítulo 10. Envejecimiento y cuidados de largo plazo . . . 250
Tendencias demográficas . . . 251
Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad . . . 253
Autoreportes de salud y discapacidad a partir de los 65 años de edad . . . 255
Demencia . . . 257
Seguridad en cuidados de largo plazo . . . 259
Acceso a cuidados de largo plazo . . . 261
Cuidadores informales . . . 263
Personal de cuidados de largo plazo . . . 265
Instituciones de cuidados de largo plazo . . . 267
Gasto en cuidados de largo plazo y costos unitarios . . . 269
Cuidados paliativos terminales . . . 271
Referencias . . . 273

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/oecddirect/

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.

Guía del lector

Panorama de la Salud 2021: Indicadores de la OCDE es una comparación de indicadores clave de salud de la población y desempeño de los sistemas de salud de los 38 países miembros de la OCDE. Se han incluido países candidatos y socios cuando ha sido posible -Brasil, República Popular China (China), India, Indonesia, Federación de Rusia (Rusia) y Sudáfrica.

Los datos presentados en esta publicación provienen de estadísticas nacionales oficiales, a menos que se indique otra cosa.

Marco conceptual

El marco conceptual que subyace a *Panorama de la Salud*, evalúa el desempeño de los sistemas de salud en el contexto de una visión amplia de los factores determinantes para la salud (Figura 1). Se basa en un marco que ha sido avalado por el eje de trabajo de la OCDE sobre la calidad y resultados de los servicios de salud, que reconoce que el fin último de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de la población.

El desempeño de un sistema de salud tiene un impacto importante en la salud de la población a la que atiende. Cuando los servicios de salud son de calidad y accesibles para todos, los resultados de salud de la población son mejores. Alcanzar las metas de acceso y calidad, y finalmente mejores resultados de salud, depende de que el gasto en salud sea suficiente. Estos recursos tienen también un papel crítico en asegurar que los sistemas de salud sean resilientes a la COVID-19 y otras amenazas emergentes para la salud. Sin embargo, solo si estos recursos se invierten sensatamente mejorarán la salud y los resultados de los sistemas de salud, considerando la relación costo-beneficio.

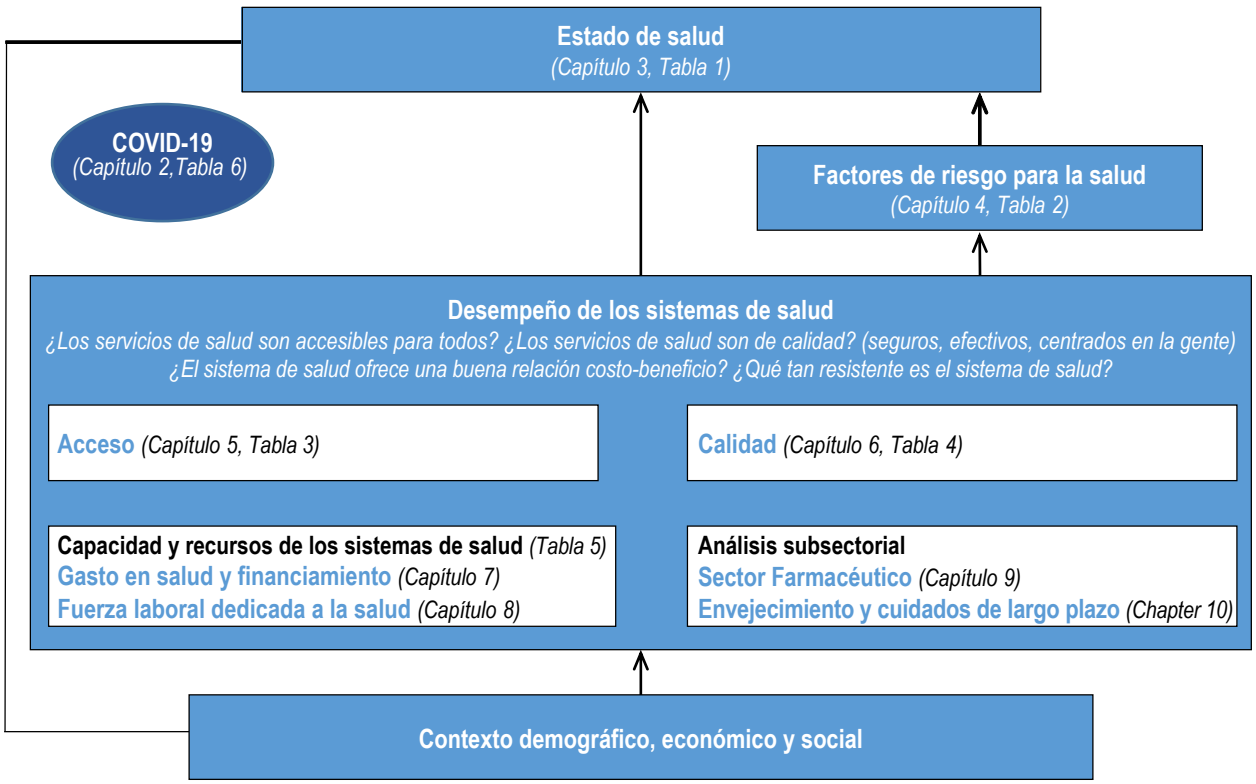
Al mismo tiempo, existen muchos factores ajenos al sistema de salud que tienen un impacto en el estado de salud de la población, principalmente el nivel de ingreso y educativo, y el entorno físico en el que un individuo vive. El contexto demográfico, económico y social también afecta la demanda y oferta de servicios de salud. Finalmente, la medida en que las personas adoptan estilos de vida saludables es un factor determinante de los resultados de salud, y depende tanto de políticas de salud efectivas, como de factores socioeconómicos más amplios.

Estructura de la publicación

Panorama de la Salud 2021 compara a los países miembros de la OCDE en cada componente de este marco general. La publicación consta de diez capítulos. El Capítulo 1 presenta una **perspectiva general de salud y desempeño de los sistemas de salud** basada en un subgrupo de indicadores clave del informe. El Capítulo 2 analiza el **impacto en salud de la COVID-19** en los países de la OCDE, incluyendo los impactos indirectos como la disponibilidad limitada de servicios de salud, y los efectos adversos en la salud mental, así como los impactos directos de la COVID-19 en casos y muertes.

Los siguientes ocho capítulos ofrecen comparaciones detalladas entre países de una variedad de indicadores de salud y sistemas de salud. Cuando ha sido posible, se incluyen análisis de tendencias en el tiempo y datos desagregados por características demográficas y socioeconómicas. El Capítulo 3, sobre **estado de salud**, resalta las variaciones entre países en esperanza de vida, las principales causas de mortalidad, salud mental, autoevaluación de salud y otros indicadores de salud de la población. El Capítulo 4 analiza los **factores de riesgo para la salud**, como el tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y riesgos ambientales. El Capítulo 5, sobre **acceso**, explora la asequibilidad, disponibilidad y uso de servicios de salud, poniendo especial atención a las desigualdades socioeconómicas.

Figura 1. **Esquema de los indicadores de *Panorama de la Salud* en el marco conceptual para la evaluación del desempeño de los sistemas sanitarios.**



Fuente: Adaptado de y basado en 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 Capítulo 6 evalúa la **calidad y los resultados de servicios de salud** en términos de seguridad de los pacientes, efectividad clínica y la receptividad de las personas a la atención. Incluye indicadores de todo el ciclo de servicios de salud, desde prevención, hasta cuidados primarios, crónicos e intensivos. El Capítulo 7, sobre **gasto en salud y financiamiento**, compara los montos de gasto en salud de los países, cómo se financia este gasto, y el destino de los fondos. El Capítulo 8 examina la **fuerza laboral dedicada a la salud**, particularmente la disponibilidad y remuneración de médicos y enfermeros. El Capítulo 9 revisa a detalle el **sector farmacéutico**. El Capítulo 10 se enfoca en **envejecimiento y cuidados de largo plazo**, incluyendo los factores que afectan la demanda de cuidados de largo plazo, y la disponibilidad de servicios de salud de calidad.

Presentación de los indicadores

Con la excepción de los primeros dos capítulos, los indicadores se presentan en dos páginas. En la primera se define el indicador, se resaltan los hallazgos clave mostrados por las cifras y las percepciones de políticas relacionadas, y se señalan variaciones significativas de metodología por país que pudieran afectar la comparabilidad de los datos. En la página opuesta aparece un conjunto de figuras que típicamente muestran los niveles del indicador en la actualidad y, donde es posible, las tendencias en el tiempo. Cuando se incluye un promedio de la OCDE en alguna figura, se trata del promedio no ponderado de los países de la OCDE incluidos, a menos que se indique otra cosa. El número de países incluido en el promedio de la OCDE se indica en la misma figura, y para las tablas que muestran más de un año, el número se refiere al último año.

Limitaciones en la información

Las limitaciones en la comparabilidad de la información se indican tanto en el texto (en el recuadro "Definición y Comparabilidad") como al pie de las figuras.

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 la base de datos en línea *Estadísticas de Salud de la OCDE (OECD Health Statistics)* en OECD.Stat en *https://oe.cd/ds/health-statistics*. Hay más información sobre Estadísticas de Salud de la OCDE disponible en *http://www.oecd.org/health/health-data.htm*.

Cifras de población

Las cifras de población usadas para calcular las tasas per cápita a lo largo de esta publicación provienen de Eurostat para países europeos, y de datos de la OCDE basados en *UN Demographic Yearbook* y en *UN World Population Prospects* (diferentes ediciones), o estimados por país para miembros no europeos de la OCDE (datos extraídos a partir de junio de 2021). Se utilizan estimados de mitad del año. Los estimados de población están sujetos a revisión, así que pueden diferir de las cifras más recientemente publicadas por las dependencias de estadísticas oficiales de los países miembros de la OCDE.

Debe notarse que algunos países como Francia, Reino Unido y Estados Unidos, tienen territorios más allá de sus fronteras, y sus poblaciones son generalmente excluidas. Sin embargo, el cálculo del PIB per cápita y otros indicadores económicos pueden 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	Islandia	ISL
Australia	AUS	Israel	ISR
Austria	AUT	Italia	ITA
Bélgica	BEL	Japón	JPN
Canadá	CAN	Letonia	LVA
Chile	CHL	Lituania	LTU
Colombia	COL	Luxemburgo	LUX
Corea	KOR	México	MEX
Costa Rica	CRI	Noruega	NOR
Dinamarca	DNK	Nueva Zelanda	NZL
Eslovenia	SVN	Países Bajos	NDL
España	ESP	Polonia	PRT
Estonia	EST	Potugal	GBN
Estados Unidos	USA	Reino Unido	CZE
Finlandia	FIN	República Checa	SWE
Francia	FRA	República Eslovaca	SVK
Grecia	GRC	Suecia	SWE
Hungría	HUN	Suiza	CHE
Irlanda	IRL	Turquía	TUR

Códigos ISO de los países socios de la OCDE

Brasil	BRA
China	CHN
India	IND
Indonesia	IDN
Federación de Rusia	RUS
Sudáfrica	ZAF

Resumen Ejecutivo

La COVID-19 ha generado enormes costos humanos, sociales y económicos, y reveló las fragilidades subyacentes de muchos sistemas de salud para soportar el impacto de la crisis. La pandemia ha cobrado millones de vidas, y dejado a muchas más sufriendo problemas de salud como consecuencia directa o indirecta del virus. Ha ejercido una inmensa presión sobre los servicios de salud, que a menudo estaban ya sobrecargados antes de la crisis. La pandemia también ha demostrado que un gasto en salud eficaz es una inversión, no un costo que hay que contener: los sistemas de salud más fuertes y resilientes protegen tanto a las poblaciones como a las economías.

Al mismo tiempo, el gasto adicional en salud y la deuda relacionada con la COVID-19, tendrán un peso muy considerable en los presupuestos, y requerirán de un detallado examen para maximizar la rentabilidad. El gasto en salud sigue concentrándose en forma predominante en la atención curativa, más que en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, y el gasto en hospitales es mucho más alto que en atención primaria. En el futuro es imperativo reforzar la resistencia y preparación de los sistemas sanitarios. Existen signos alentadores que apuntan a la posibilidad de un cambio sistémico, con avances en la salud digital y una mejor atención integral.

La COVID-19 ha causado alrededor de 2.5 millones de muertes en exceso en los países de la OCDE, y tuvo un impacto adverso sustancial en la salud mental.

- La COVID-19 contribuyó, en forma directa o indirecta, a un incremento de 16% en el número esperado de muertes en 2020 y la primera mitad de 2021 en los países de la OCDE. La esperanza de vida bajó en 24 de 30 países con datos comparables, con disminuciones particularmente importantes en Estados Unidos (-1.6 años) y España (-1.5 años).
- La COVID-19 ha afectado desproporcionadamente a poblaciones vulnerables. Más de 90% de las muertes por COVID-19 registradas ocurrieron entre personas de 60 años de edad y mayores. Existe un claro gradiente social, con personas de escasos recursos, aquellos que viven en áreas marginadas, y la mayor parte de inmigrantes y minorías étnicas con un riesgo más alto de infección y muerte.
- Las vacunas han reducido el riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19, la población totalmente vacunada alcanza una proporción superior a 70% en 9 países, y otros 15 países de la OCDE iniciaron programas de aplicación de refuerzos a grupos vulnerables el 18 de octubre. La evidencia indica que las vacunas son algo menos efectivas para detener la enfermedad sintomática de la variante delta, pero altamente efectivas (más de 90%) para prevenir hospitalización.
- El impacto de la pandemia en la salud mental ha sido enorme, con una prevalencia de ansiedad y depresión de más del doble de los niveles observados antes de la crisis en la mayoría de los países con información disponible, principalmente México, Reino Unido y Estados Unidos.
- La COVID-19 de larga duración ha hecho la recuperación lenta y difícil. En Reino Unido, por ejemplo, 1.1 millones de personas (1.7% de la población), reportaron tener COVID-19 de largo plazo desde septiembre de 2021. En Estados Unidos, una investigación reciente ha estimado que 37% de los pacientes sufrieron al menos de un síntoma de COVID-19 de largo plazo entre 4 y 6 meses después del diagnóstico.

Los estilos de vida poco saludables y las condiciones ambientales adversas continúan empeorando la calidad de vida, acortando la vida y causando menos resistencia a los impactos de salud en las poblaciones.

- El tabaquismo, el consumo dañino de alcohol y la obesidad son la causa fundamental de muchas enfermedades crónicas e incrementan el riesgo de muerte por COVID-19.
- Los índices de consumo diario de tabaco han disminuído en la mayoría de los países de la OCDE en la última década, pero todavía 17% de la población fuma a diario. Los índices alcanzaron 25% o más en Turquía, Grecia, Hungría, Chile y Francia.
- La población que consume alcohol en exceso varía entre 4% y 14% en los países de la OCDE analizados, y sin embargo consumen entre 31% y 54% de alcohol. El consumo dañino de alcohol es particularmente elevado en Letonia y Hungría.
- Los índices de obesidad continúan elevándose en la mayoría de los países de la OCDE, con un promedio de 60% de los adultos medidos con sobrepeso u obesidad. Los índices de obesidad más altos se presentan en México, Chile y Estados Unidos.
- En promedio en todos los países de la OCDE, alrededor de 16% de los adolescentes de 15 años de edad fumaron al menos una vez al mes, y más de 30% han bebido en exceso al menos un par de veces en su vida. Un poco más de 18% tenían sobrepeso u obesidad, y solo 14% cumplían con las recomendaciones de actividad física de la OMS.
- La contaminación del aire (en exteriores) causó alrededor de 29 muertes por cada 100 000 habitantes en promedio, con una variación de más de siete veces entre los países de la OCDE. Las proyecciones de la OCDE estiman que la contaminación del aire puede causar entre 6 y 9 millones de muertes prematuras al año en todo el mundo hacia el año 2060.
- El gasto en prevención de enfermedades sigue siendo relativamente bajo, pues representa solo 2.7% del gasto total en salud en promedio.

A pesar de la cobertura universal de salud, las barreras para el acceso persisten en la mayoría de los países de la OCDE, y la COVID-19 ha interrumpido los servicios de salud para personas con otras necesidades.

- La COVID-19 ha tenido un importante impacto indirecto en personas no infectadas con el virus. Por ejemplo, la detección de cáncer de mama disminuyó en promedio 5 puntos porcentuales en 2020, en comparación con 2019.
- Los tiempos de espera para cirugías electivas, que ya eran un tema de políticas en muchos países antes de la pandemia, se incrementaron. La mediana del número de días en una lista de espera aumentó 58 días en promedio para reemplazo de cadera, y 88 días para reemplazo de rodilla en 2020, en comparación con 2019.
- Las consultas en persona per cápita disminuyeron en siete de ocho países con datos para 2020, hasta 30% en Chile y España. Sin embargo, la disminución de consultas en persona fue en cierta medida contrarrestada por el incremento de teleconsultas.
- En efecto, la pandemia ha acelerado la transformación digital de los servicios de salud en los países de la OCDE. Por ejemplo, un promedio de 45% de adultos tuvieron una teleconsulta médica en 2021. Además, alrededor de 60% de adultos buscaron información sobre salud en línea en 2020, en comparación con 36% en 2010.

La calidad de la atención ha mejorado en términos de seguridad y efectividad, y se está poniendo mayor atención en los resultados y experiencias reportados por los pacientes

- A pesar de los avances en seguridad de los pacientes a lo largo del tiempo, un promedio de casi la mitad del personal hospitalario opinó que su centro de trabajo no era suficientemente efectivo en la prevención de errores médicos.
- Los sistemas sólidos de servicios primarios mantienen a la gente en buen estado y tratan los casos menos complicados. También alivian la presión en los hospitales: las admisiones evitables por condiciones crónicas han disminuido en la mayoría de los países de la OCDE en la última década, con grandes avances en Corea, Lituania y República Eslovaca. Sin embargo, la atención primaria representa solo 13% del gasto en salud en promedio.

- Los servicios de cuidados intensivos siguen mejorando en su tarea fundamental de mantener a las personas con vida. En casi todos los países de la OCDE, la mortalidad a los 30 días de un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular es menor que hace diez años. Los nuevos datos sobre reingresos, mortalidad a un año y prescripción de medicamentos tras la hospitalización apuntan a ligeras mejoras en la integración de la asistencia a lo largo del tiempo.
- Para comprender mejor la calidad de la asistencia es necesario medir lo que es primordial para las personas. Los sistemas de salud preguntan cada vez más a los pacientes sobre los resultados y experiencias de su atención. Los resultados preliminares muestran mejoras en los resultados reportados por los pacientes. Por ejemplo, tras un reemplazo de cadera, la calidad de vida de una persona mejoró 44% en promedio según la medida *Oxford Hip Score*.
- Los datos preliminares para 2020 indican que la calidad de la atención primaria y cuidados intensivos con frecuencia se ha mantenido a pesar de las severas presiones que enfrentan, aunque el acceso a muchos de estos servicios ha sido difícil.

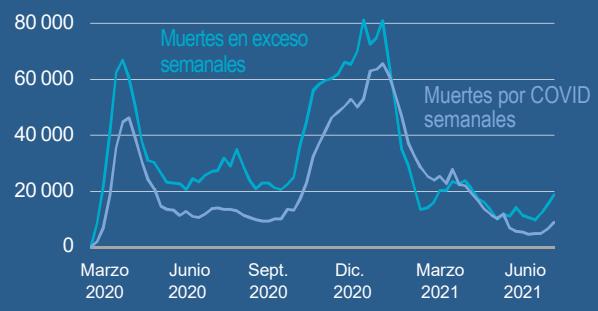
La COVID-19 ha causado fuertes incrementos en el gasto en salud, pero la escasez de fuerza laboral dedicada a la salud persiste

- Antes de la pandemia, el gasto en salud ascendía a más de 4 000 dólares por persona en promedio en los países de la OCDE, alcanzando casi 11 000 dólares en Estados Unidos. Los servicios hospitalarios y ambulatorios constituyen la mayor parte del gasto en salud, y suelen representar 60% del total.
- Con el inicio de la COVID-19 se produjeron fuertes incrementos del gasto en salud en muchos países, sobre todo en Europa. Junto con la reducción de la actividad económica, la proporción media del gasto en salud con respecto al PIB pasó de 8.8% en 2019 a 9.7% en 2020. Los países gravemente afectados por la pandemia informaron de aumentos sin precedentes en la proporción del PIB asignada a la salud. Por ejemplo, Reino Unido estimó un aumento de 10.2% en 2019 a 12.8% en 2020, mientras que Eslovenia preveía que su porcentaje de gasto en salud pasara de 8.5% a más de 10%.
- Aunque el número de médicos y personal de enfermería se incrementó en la última década en casi todos los países de la OCDE, la escasez persiste. Esta carencia se ha puesto de manifiesto durante la pandemia, ya que la falta de personal de salud y de cuidados de larga duración ha resultado ser una limitación más seria que las camas y el equipo de los hospitales.
- El envejecimiento de la población aumenta la demanda de servicios de salud, ya que el porcentaje de población de 65 años o más llegó a 17% en 2019. La COVID-19 ha hecho evidentes las deficiencias preexistentes en el sector de cuidados de larga duración, incluidos los problemas de control de las infecciones en los centros de atención.

Infográfica 1. **Datos y cifras clave**

La COVID-19 ha causado alrededor de 2.5 millones de muertes en exceso en los países de la OCDE

En 30 países



Los adultos mayores y los grupos socialmente desfavorecidos tienen mayores probabilidades de enfermar severamente o morir por el virus.

Las vacunas han reducido las muertes semanales por COVID-19

En los 12 países de la OCDE con índices de vacunación superiores a 65% (a mediados de octubre) las muertes semanales por COVID-19 han disminuido 86% en promedio desde finales de enero de 2021.

Sin embargo, los índices de vacunación siguen siendo muy bajos en muchos países en desarrollo.

Fuente: Our World in Data.

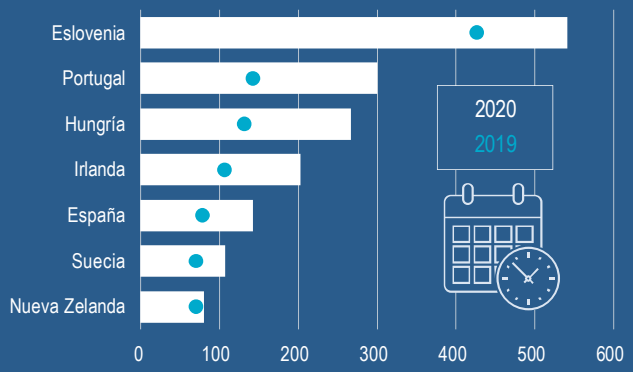
El impacto en la salud mental ha sido enorme

La prevalencia de ansiedad y depresión es de más del doble de los niveles observados antes de la pandemia.

Fuente: Fuentes de información nacional. Nota: Suecia, México, Italia y Japón se refieren a 2020.

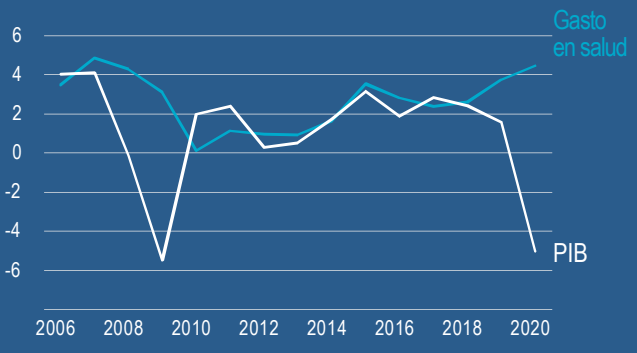
La COVID-19 ha interrumpido los servicios de salud para personas con otras necesidades

Número de días de espera para reemplazo de rodilla (mediana)



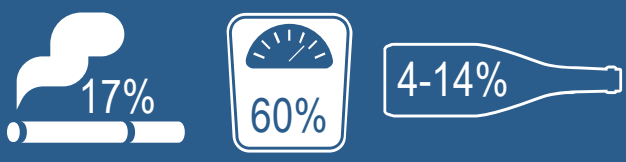
La COVID-19 ha generado incrementos en el gasto en salud

% de crecimiento anual en gasto en salud y PIB per cápita, promedio de la OCDE



El tabaquismo, el consumo dañino de alcohol y la obesidad son la causa principal de muchas condiciones crónicas

Índices de población adulta, *promedio de la OCDE



Fumadores habituales*

Con sobrepeso y obesos*

Bebedores compulsivos (variación entre países con información)

Estos factores también incrementan el riesgo de muerte por COVID-19.

Capítulo 1

Perspectiva general de indicadores: tablas por país y tendencias principales

Este capítulo analiza un conjunto de indicadores primordiales de salud y sistemas de salud. Las tablas por país y las instantáneas de la OCDE ilustran cómo se comparan los países en seis dimensiones: estado de salud, factores de riesgo para la salud, acceso, calidad y resultados, capacidad y recursos del sistema de salud, además de COVID-19. Las tablas de cuadrantes ilustran el gasto en salud que se asocia con acceso, calidad y resultados de los servicios de salud.

Introducción

Los indicadores de salud ofrecen una perspectiva en 'panorama' sobre el estado de salud de las poblaciones y el desempeño de los sistemas de salud. En este capítulo introductorio se presenta un resumen comparativo de los países de la OCDE en 24 indicadores clave que se organizan en seis dimensiones de la salud y los sistemas de salud (Tabla 1.1). Los indicadores se seleccionan con base en su relevancia y viabilidad desde una perspectiva de políticas públicas, así como la consideración más práctica de disponibilidad de datos en los países. Asimismo, se explora la medida en que el gasto en salud se asocia con resultados en salud, acceso y calidad de los servicios.

Este análisis no indica cuáles países tienen los sistemas con mejor desempeño, particularmente porque solo se incluye en esta sección un subconjunto reducido de muchos indicadores de *Panorama de la Salud*. Más bien, este capítulo identifica algunas fortalezas y debilidades relativas, lo que puede auxiliar a quienes formulan las políticas públicas a determinar las áreas de acción prioritarias para su país. Los capítulos subsecuentes de *Panorama de la Salud*, proporcionan un conjunto más detallado de indicadores, organizados por área temática.

Tabla 1.1. **Salud de la población y desempeño del sistema de salud: Indicadores clave**

Dimensión	Indicador
Estado de salud (Capítulo 3)	Esperanza de vida – años de vida al nacer Mortalidad evitable – muertes prevenibles y tratables (por cada 100 000 habitantes, estandarizado por edad) Morbilidad por enfermedades crónicas – prevalencia de diabetes (% de adultos, estandarizado por edad) Autoevaluación de la salud – población con mala salud (% de población de 15 años y mayores)
Factores de riesgo para la salud (Capítulo 4)	Tabaquismo – fumadores habituales (% de población de 15 años y mayores) Alcohol – consumo en litros per cápita (población de 15 años y mayores) con base en datos de ventas Sobrepeso/obesidad – población con IMC>=25 kg (% de población de 15 años y mayores) Contaminación del aire – muertes debidas a partículas ambientales, especialmente PM 2.5 (por cada 100 000 habitantes)
Acceso a servicios de salud (Capítulo 5)	Cobertura de población, elegibilidad – población con cobertura de servicios básicos (% población) Cobertura de población, satisfacción – población satisfecha con la disponibilidad de servicios de salud de calidad (% de población) Protección financiera – gasto cubierto por esquemas obligatorios de prepago (% del gasto total) Cobertura de servicio – población que reporta necesidades de servicios de salud no cubiertas (% de la población)
Calidad de los servicios de salud (Capítulo 6)	Seguridad en servicios básicos – prescripción de antibióticos (dosis diaria definida por cada 1000 habitantes) Seguridad en servicios básicos – admisiones evitables por EPOC (por cada 100 000 habitantes, estandarizado por edad y género) Efectividad de atención preventiva – detección de cáncer con mastografía en los últimos dos años (% de mujeres entre 50 y 69 años de edad) Efectividad de la atención secundaria – mortalidad de 30 días después de infarto agudo de miocardio IAM (por cada 100 hospitalizaciones, estandarizado por edad y género)
Capacidad y recursos de los sistemas de salud (Capítulos 5, 7 y 8)	Gasto en salud –gasto total en salud (per cápita, Dólares americanos con base en paridad de poder adquisitivo) Médicos –número de médicos en activo (por cada 1000 habitantes) Personal de enfermería –número de enfermeros en activo (por cada 1000 habitantes) Camas de hospital –número de camas de hospital (por cada 1000 habitantes)
COVID-19 (Capítulo 2)	Exceso de mortalidad –muertes en exceso (por millón de habitantes, comparación con 2015-19) Muertes por COVID-19 –muertes registradas (por millón de habitantes) Casos de COVID-19 –casos registrados (por cada 100 000 habitantes) Vacunación COVID-19 –adultos totalmente vacunados (% de población)

Nota: IAM = infarto agudo de miocardio; IMC = índice de masa corporal; EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Las *tablas por país* se generan con base en estos indicadores. Estas comparan el desempeño de un país con otros y con el promedio de la OCDE. Las comparaciones se hacen con base en el último año disponible, que para la mayoría de los indicadores es 2019, o el año más cercano si para algún país no hay datos disponibles para 2019. Para la tabla sobre COVID-19, las comparaciones abarcan 2020-2021.

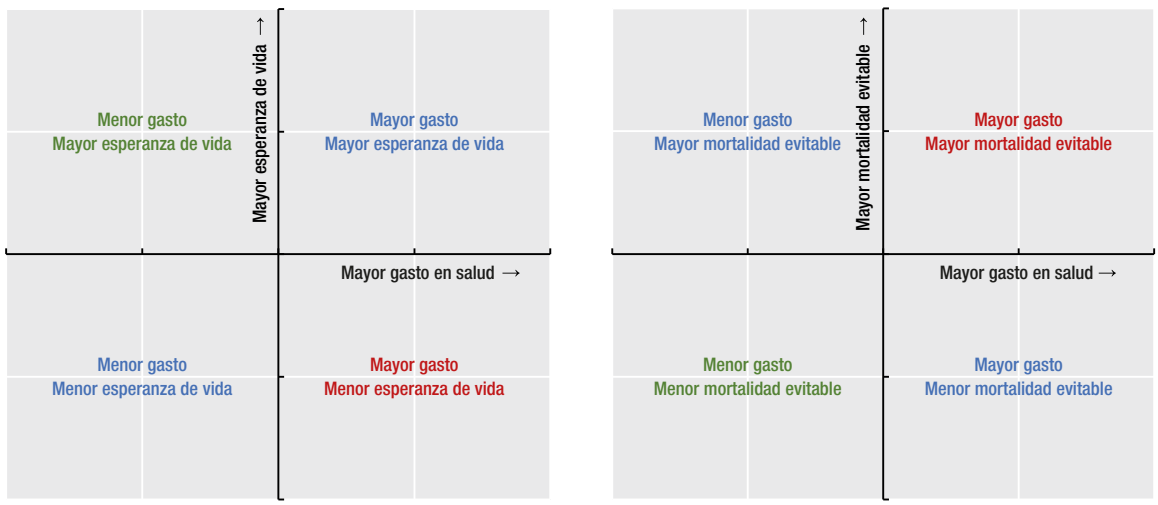
Para cada indicador, los países se clasifican en tres grupos con código de color:

- Azul, cuando el desempeño del país es cercano 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 clasificación es la de la tabla de capacidad y recursos de los sistemas de salud (Tabla 1.6), en la que los indicadores no pueden ser fácilmente clasificados como mejor o peor desempeño. En esta tabla, se utilizan tonos de azul más claros y más oscuros para indicar que un país tiene considerablemente más o menos recursos para cierto servicio de salud que el promedio de la OCDE.

Junto con estas tablas por país, se presentan las instantáneas de la OCDE y las tablas de cuadrantes. Las *instantáneas de la OCDE* presentan resúmenes estadísticos para cada indicador. Las *tablas de cuadrantes* ilustran asociaciones simples (no relaciones causales) entre el gasto de los países en salud y la eficacia de los sistemas sanitarios. La Figura 1.1 muestra la interpretación de cada cuadrante, tomando como ejemplo las variables de resultados de salud. El texto en el recuadro inferior proporciona mayor información sobre metodología, interpretación y uso de las tablas por país, instantáneas de la OCDE y tablas de cuadrantes.

Figura 1.1. **Interpretación de tablas de cuadrantes: Gasto en salud y variables de resultados de los servicios de salud**



Metodología, interpretación y uso

Tablas por país

La clasificación de los países como cercanos, superiores o inferiores al promedio de la OCDE se basa en la desviación estándar de cada indicador (una medida estadística común de dispersión). Los países se clasifican como "cercanos al promedio de la OCDE" (azul) cuando el valor para un indicador está dentro de una desviación estándar del promedio de la OCDE para el año más reciente. Los valores atípicos particularmente grandes (más de tres desviaciones estándar) se excluyen de los cálculos de la desviación estándar para evitar distorsiones estadísticas.

Para un indicador típico, alrededor del 65% de los países serán cercanos al promedio de la OCDE, y el restante 35% serán significativamente superiores (verde) o inferiores (rojo). Cuando el número de países que se encuentran cerca del promedio de la OCDE es mayor (menor), significa que la variación entre países es relativamente baja (alta) para ese indicador.

Instantáneas de la OCDE

Para cada indicador se muestran el promedio de la OCDE, y los valores más alto y más bajo, así como los tres países con las mejoras más importantes en el tiempo en términos de cambios en los valores absolutos.

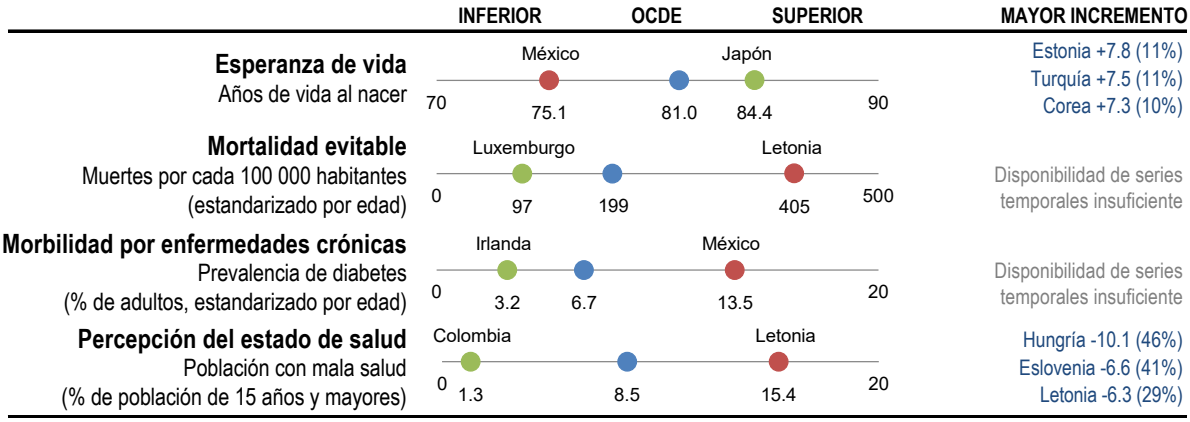
Tablas de cuadrantes

En las tablas de cuadrante se muestra el gasto en salud per cápita en relación con otro indicador de interés (en resultados, calidad, acceso y recursos físicos de los servicios de salud). Se muestra el porcentaje de diferencia de cada indicador en comparación con los promedios de la OCDE. La intersección de los ejes representa el promedio de la OCDE. Se utilizan los datos del último año disponible. Una limitación es que no se tienen en cuenta los efectos retardados: por ejemplo, pueden pasar algunos años antes de que un mayor gasto en salud se traduzca en una mayor esperanza de vida.

Estado de salud

Existen cuatro indicadores del estado de salud que reflejan aspectos primordiales de la cantidad y la calidad de vida. La esperanza de vida es un indicador clave del estado general de salud de una población; la mortalidad evitable se enfoca en muertes prematuras que pudieron haberse prevenido o tratado. La prevalencia de diabetes muestra la morbilidad de una importante enfermedad crónica; y la autovaloración del estado de salud ofrece una medida más holística de la salud física y mental. La Figura 1.2 presenta una instantánea del estado de salud en los países de la OCDE, y la Tabla 1.2 ofrece comparaciones más detalladas entre países

Figura 1.2. **Estado de salud en los países de la OCDE, 2019 (o año más cercano)**



Nota: El mayor incremento muestra los países con cambios más notables en valor absoluto en el tiempo (% de variación entre paréntesis)
Fuente: OECD Health Statistics 2021, IDF Diabetes Atlas 2019.

Japón, Suiza y España lideran un grupo de 27 países de la OCDE en donde la esperanza de vida al nacer sobrepasaba los 80 años en 2019. En un segundo grupo que incluye Estados Unidos y varios países de Europa central y del este, la esperanza de vida era entre 77 y 80 años. México y Letonia tenían la esperanza de vida más baja, de menos de 76 años. En general, la esperanza de vida se ha incrementado para la mayoría en el último medio siglo, a pesar de una desaceleración en los incrementos de longevidad en años recientes. Sin embargo, la COVID-19 ha tenido un efecto dramático, pues la esperanza de vida en 2020 disminuyó en 24 de 30 países de la OCDE con datos comparables.

Las tasas de mortalidad evitable (por causas prevenibles y tratables) más bajas en 2019 se presentaron en Luxemburgo, donde menos de 100 de cada 100 000 habitantes mueren prematuramente. Estas tasas fueron también relativamente bajas (menos de 150 de cada 100 000 habitantes) en Suiza, Israel, Islandia, Japón, Italia, Corea, Australia, Suecia, España, Países Bajos y Noruega. Letonia, Hungría, México, Lituania y República Eslovaca tuvieron las tasas de mortalidad evitable más altas, de más de 300 muertes prematuras por cada 100 000 habitantes.

México, Turquía, Estados Unidos y Alemania presentaron la prevalencia de diabetes más alta en 2019, con más de 10% de adultos viviendo con esta condición (datos estandarizados por edad). Los índices de prevalencia se han estabilizado en varios países de la OCDE, especialmente en Europa occidental, pero se incrementaron notablemente en Turquía. Estas tendencias ascendentes se deben en parte al aumento de los índices de obesidad e inactividad física.

En promedio en los países de la OCDE, casi 9% de los adultos consideraron tener mala salud en 2019. Existen variaciones de más de 15% en Letonia, Corea, Lituania y Portugal, a menos de 3% en Colombia, Nueva Zelanda y Canadá. Sin embargo, las diferencias socioculturales, la proporción de adultos mayores y las diferencias en el diseño de las encuestas afectan la comparabilidad entre países. Las personas con menores ingresos tienen en general una percepción menos positiva sobre su salud, en comparación con personas con ingresos superiores en todos los países de la OCDE.

Tabla 1.2. **Estado de salud, 2019 (o año más cercano)**

	Esperanza de vida		Mortalidad evitable		Morbilidad por enfermedades crónicas		Percepción del estado de salud	
	Años de vida al nacer		Muertes por cada 100 000 habitantes (estandarizado por edad)		Prevalencia de diabetes (% de adultos, estandarizado por edad)		Población con mala salud (% de población de 15 años y mayores)	
OCDE	**81.0**		**199**		**6.7**		**8.5**	
Alemania	81.4	◉	175	◉	10.4	☒	8.5	◉
Australia	83.0	◉	139	☑	5.6	◉	3.7	☑
Austria	82.0	◉	170	◉	6.6	◉	7.8	◉
Bélgica	82.1	◉	173	◉			9.1	◉
Canadá	82.1	◉	172	◉	7.6	◉	2.8	☑
Chile	80.6	◉	191	◉	8.6	◉	6.6	◉
Colombia	76.7	☒	237	◉	7.4	◉	1.3	☑
Corea	83.3	◉	139	☑	6.9	◉	15.2	☒
Costa Rica	80.5	◉	209	◉	9.1	☒		
Dinamarca	81.5	◉	167	◉			8.3	◉
Estonia	78.8	◉	281	☒	4.2	☑	13.3	☒
Eslovenia	81.6	◉	185	◉	5.9	◉	9.6	◉
España	83.9	☑	141	☑	6.9	◉	7.2	◉
Estados Unidos	78.9	◉	265	☒	10.8	☒	3.3	☑
Finlandia	82.1	◉	176	◉	5.6	◉	5.6	◉
Francia	82.9	◉	153	◉	4.8	◉	8.9	◉
Grecia	81.7	◉	179	◉	4.7	◉	6.6	◉
Hungría	76.4	☒	374	☒	6.9	◉	11.8	◉
Irlanda	82.8	◉	172	◉	3.2	☑	3.2	☑
Islandia	83.2	◉	126	☑	5.8	◉	5.9	◉
Israel	82.9	◉	125	☑	9.7	☒	11.0	◉
Italia	83.6	☑	136	☑	5.0	◉	7.0	◉
Japón	84.4	☑	130	☑	5.6	◉	13.6	☒
Letonia	75.5	☒	405	☒	5.0	◉	15.4	☒
Lituania	76.4	☒	364	☒	3.8	☑	15.2	☒
Luxemburgo	82.7	◉	97	☑	5.0	◉	9.0	◉
México	75.1	☒	366	☒	13.5	☒		
Noruega	83.0	◉	145	☑	5.3	◉	8.6	◉
Nueva Zelanda	82.1	◉	168	◉	6.2	◉	2.6	☑
Países Bajos	82.2	◉	145	☑	5.4	◉	5.5	◉
Polonia	78.0	☒	268	☒	6.1	◉	12.8	☒
Portugal	81.8	◉	173	◉	9.8	☒	15.2	☒
Reino Unido	81.4	◉	188	◉	3.9	☑	7.4	◉
República Checa	79.3	◉	234	◉	7.0	◉	10.4	◉
República Eslovaca	77.8	☒	322	☒	6.5	◉	12.6	☒
Suecia	83.2	◉	140	☑	4.8	◉	5.1	◉
Suiza	84.0	☑	122	☑	5.7	◉	4.2	☑
Turquía	78.6	◉	216	◉	11.1	☒	10.4	◉

Nota: ☑ Superior al promedio de la OCDE; ◉ Cercano al promedio de la OECD; ☒ Inferior al promedio de la OCDE. Hungría, Letonia, Lituania y México se excluyen del cálculo de la desviación estándar de mortalidad evitable, mientras que México se excluye de prevalencia de diabetes.

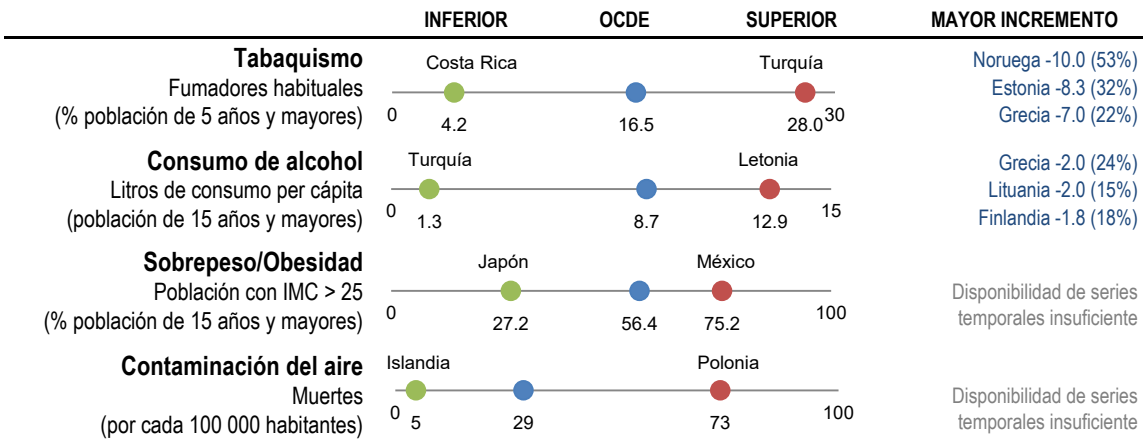
Una mayor inversión en los sistemas de salud contribuye a mejorar sus resultados al ofrecer una atención más accesible y de mayor calidad. Las diferencias en los factores de riesgo, como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad, también explican la variación de los resultados en salud entre países. Los determinantes sociales de la salud también son

importantes, sobre todo los niveles de ingreso, la mejora de la educación y la mejora de las condiciones de vida.

Factores de riesgo para la salud

El tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad son tres factores de riesgo de enfermedades no transmisibles muy importantes, y contribuyen a una proporción alta de muertes en el mundo. La contaminación del aire es también un determinante crítico para la salud. La Figura 1.3 presenta una instantánea de los factores de riesgo para la salud en los países de la OCDE, y la Tabla 1.3 ofrece comparaciones entre países más detalladas.

Figura 1.3. **Factores de riesgo para la salud en los países de la OCDE, 2019 (o año más cercano)**



Nota: El mayor incremento muestra a los países con cambios más notables en valor absoluto en el tiempo (% de variación entre paréntesis). Fuente: OECD Health Statistics 2021, OECD Environment Statistics 2020.

El tabaquismo causa múltiples enfermedades. La OMS estima que el consumo de tabaco mata a 8 millones de personas en el mundo cada año. En 2019, la proporción de personas que fuman diariamente varió de alrededor de 25% o más en Turquía, Grecia, Hungría, Chile y Francia, a menos de 10% en Costa Rica, México, Islandia y Noruega. Los índices de consumo diario de tabaco han disminuido en casi todos los países de la OCDE en la última década, de un promedio de 21.3% en 2009 a 16.5% en 2019. Sin embargo, en República Eslovaca y Turquía, los índices de tabaquismo se han incrementado ligeramente.

El consumo de alcohol es una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, particularmente para la población en edad laboral. Con mediciones basadas en cifras de ventas, Letonia reportó el consumo más alto en 2019 (12.9 litros de alcohol puro por persona por año), seguido por Austria y República Checa. Turquía, Israel, Costa Rica, Colombia y México tienen niveles de consumo inferiores comparativamente (menos de 5 litros). El consumo promedio disminuyó en 29 países de la OCDE desde 2009. El consumo dañino de alcohol es una preocupación importante en algunos países, particularmente Letonia y Hungría.

La obesidad es un factor de riesgo importante para muchas enfermedades crónicas, incluyendo diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Los índices de obesidad se han incrementado en décadas recientes en casi todos los países de la OCDE, con un promedio de 56% de la población con sobrepeso u obesidad en 2019. Los índices de obesidad más altos se presentan en México, Chile y Estados Unidos, y los más bajos en Japón y Corea. La información que se presenta en este documento para personas con sobrepeso (incluyendo a los obesos), se basa en datos medidos y autoreportados. Debe tenerse cautela al comparar los países con diferencias en los reportes, ya que los datos medidos son generalmente más altos.

La contaminación del aire, además de ser una amenaza ambiental muy importante, también afecta la salud. Las proyecciones de la OCDE estiman que la contaminación atmosférica causará de 6 a 9 millones de muertes prematuras al año en todo el mundo

Tabla 1.3. **Factores de riesgo para la salud, 2019 (o año más cercano)**

	Tabaquismo		Consumo de alcohol		Sobrepeso / obesidad			Contaminación del aire	
	Fumadores habituales (% población de 15 años y mayores)		Litros per cápita (población de 15 años y mayores)		Población con IMC ≥ 25 (% población de 15 años y mayores)		Autoreporte	Muertes (por cada 100 000 habitantes)	
OCDE	**16.5**		**8.7**		**56.4**			**29**	
Alemania	18.8	◉	10.6	◉	60.0	◉		32	◉
Australia	11.2	◉	9.5	◉	65.2	◉		7	☑
Austria	20.6	◉	11.6	☒	51.1	◉	*	27	◉
Bélgica	15.4	◉	9.2	◉	55.4	◉		30	◉
Canadá	10.3	☑	8	◉	59.8	◉	*	10	☑
Chile	24.5	☒	7.1	◉	74.2	☒		31	◉
Colombia			4.1	☑				26	◉
Corea	16.4	◉	8.3	◉	33.7	☑		43	◉
Costa Rica	4.2	☑	3.1	☑				19	◉
Dinamarca	16.9	◉	9.5	◉	48.8	◉	*	22	◉
Estonia	17.9	◉	10.4	◉	51.3	◉		12	◉
Eslovenia	17.4	◉	11.1	◉	56.5	◉	*	40	◉
España	19.8	◉	10.7	◉	50.2	◉	*	19	◉
Estados Unidos	10.9	☑	8.9	◉	73.1	☒		15	◉
Finlandia	13.0	◉	8.2	◉	67.6	☒		7	☑
Francia	24	☒	11.4	◉	49.0	◉		20	◉
Grecia	24.9	☒	6.3	◉	57.2	◉	*	55	☒
Hungría	24.9	☒	11.4	◉	67.6	☒		72	☒
Irlanda	14.0	◉	10.8	◉	61.0	◉		11	☑
Islandia	8.2	☑	7.7	◉	65.4	◉	*	5	☑
Israel	16.4	◉	3.1	☑	50.9	◉		27	◉
Italia	18.6	◉	7.7	◉	46.4	◉	*	41	◉
Japón	16.7	◉	7.1	◉	27.2	☑		31	◉
Letonia	22.6	☒	12.9	☒	58.7	◉		59	☒
Lituania	18.9	◉	11.1	◉	55.0	◉	*	46	◉
Luxemburgo	16.8	◉	11	◉	48.4	◉	*	15	◉
México	7.6	☑	4.4	☑	75.2	☒		29	◉
Noruega	9.0	☑	6.1	◉	48.0	◉	*	7	☑
Nueva Zelanda	12.5	◉	8.8	◉	65.1	◉		6	☑
Países Bajos	15.4	◉	8.2	◉	48.4	◉	*	27	◉
Polonia	17.1	◉	11	◉	56.7	◉	*	73	☒
Portugal	14.2	◉	10.4	◉	67.6	☒		20	◉
Reino Unido	15.8	◉	9.7	◉	64.2	◉		21	◉
República Checa	18.1	◉	11.9	☒	58.4	◉	*	59	☒
República Eslovaca	21	◉	10.3	◉	57.7	◉	*	64	☒
Suecia	10.4	☑	7.1	◉	49.1	◉	*	6	☑
Suiza	19.1	◉	9.3	◉	41.8	☑	*	16	◉

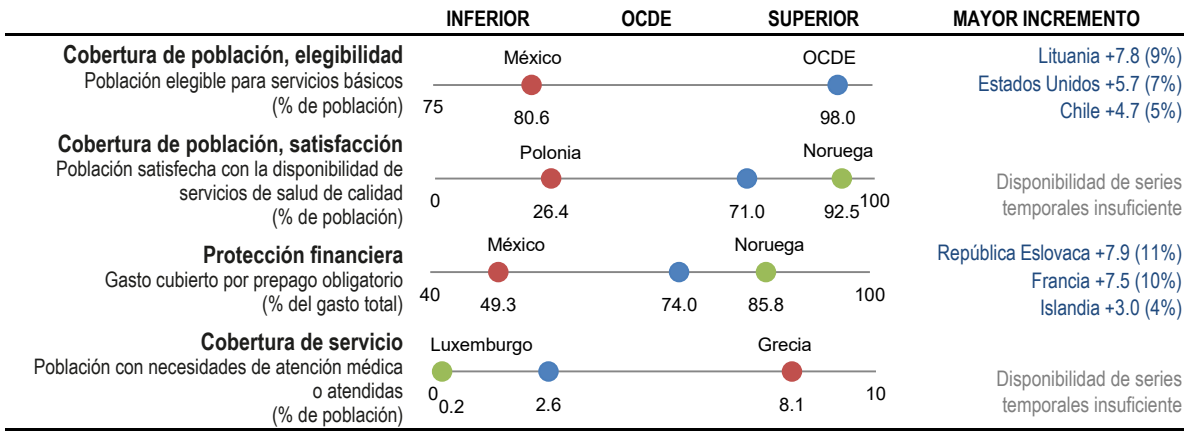
Nota: ☑ Superior al promedio de la OCDE; ◉ Cercano al promedio de la OCDE; ☒ Inferior al promedio de la OCDE.
Hungría, Letonia y Lituania se excluyen del cálculo de la desviación estándar de contaminación ambiental.
* Probable subestimación de obesidad en datos autoreportados.

hacia 2060. Las muertes prematuras atribuibles a partículas ambientales variaron de más de 70 por cada 100 000 habitantes en Polonia y Hungría, a menos de 7 muertes por cada 100 000 habitantes en Islandia, Nueva Zelanda y Suecia en 2019.

Acceso a servicios de salud

Garantizar el acceso equitativo a la salud es fundamental para sociedades inclusivas y sistemas de salud de alto rendimiento. La cobertura de población, medida como el porcentaje de población elegible para recibir un conjunto básico de servicios, y la satisfacción con la disponibilidad de servicios de salud de calidad, son una evaluación inicial del acceso a servicios de salud. La proporción del gasto cubierta por esquemas de prepago aporta información adicional sobre la protección financiera. El porcentaje de población que reporta necesidades de atención médica no atendidas, representa una medida de la efectividad de la cobertura. La Figura 1.4 presenta una instantánea del acceso a servicios de salud en los países de la OCDE, y la Tabla 1.4 ofrece comparaciones entre países más detalladas.

Figura 1.4. **Acceso a servicios de salud en los países de la OCDE, 2019 (o año más cercano)**



Nota: El mayor incremento muestra a los países con cambios más notables en valor absoluto en el tiempo (% de variación entre paréntesis).El indicador de cobertura de población, satisfacción se basa en datos de 2020
Fuente: OECD Health Statistics 2021, Gallup World Poll 2020.

En términos de la proporción de población elegible para cobertura, la mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal (o casi universal) para un conjunto básico de servicios. Sin embargo, en México y Estados Unidos la cobertura de población fue inferior a 90% en 2019, e inferior a 95% en otros cinco países (Costa Rica, Polonia, Hungría, República Eslovaca y Colombia).

La satisfacción con la disponibilidad y calidad de servicios de salud ofrece otras perspectivas de la efectividad de la cobertura. En promedio en los países de la OCDE, 71% de los habitantes estaban satisfechos con la disponibilidad de servicios de salud de calidad donde vivían en 2020. Los ciudadanos de Noruega, Bélgica, Países Bajos y Suiza fueron los más satisfechos (más de 90%), mientras que menos de 50% de los ciudadanos estaban satisfechos en Polonia (26%), Grecia (38%), Chile (39%), Colombia (47%) y México (48%).

El grado de costo compartido aplicado a los servicios de salud también afecta el acceso a los mismos. En todos los países de la OCDE, alrededor de tres cuartas partes del costo total de servicios de salud se cubrieron con esquemas gubernamentales o de seguros médicos obligatorios en 2019. Sin embargo en México, menos de la mitad del total del gasto en salud fue cubierto por esquemas oficiales; y solo alrededor de 60% en Letonia, Portugal, Grecia y Corea. México, no obstante, ha expandido la cobertura de población y protección financiera significativamente en la última década.

En términos de cobertura de servicio, en 27 países de la OCDE con datos comparables, en promedio solo 2.6% de la población reportó tener necesidades de servicio no atendidas debido al costo, la distancia o tiempos de espera en 2019. Sin embargo, en Estonia más de 15% de la población reportó necesidades de servicio médico no cubiertas. La accesibilidad de servicios de salud también fue limitada en Grecia, con reportes de alrededor de 8% de la población sobre necesidades no atendidas. Las disparidades socioeconómicas son significativas en la mayoría de los países, con el gradiente de ingresos más importante en Grecia, Turquía, Letonia e Islandia.

Tabla 1.4. **Acceso a servicios de salud, 2019 (o año más cercano)**

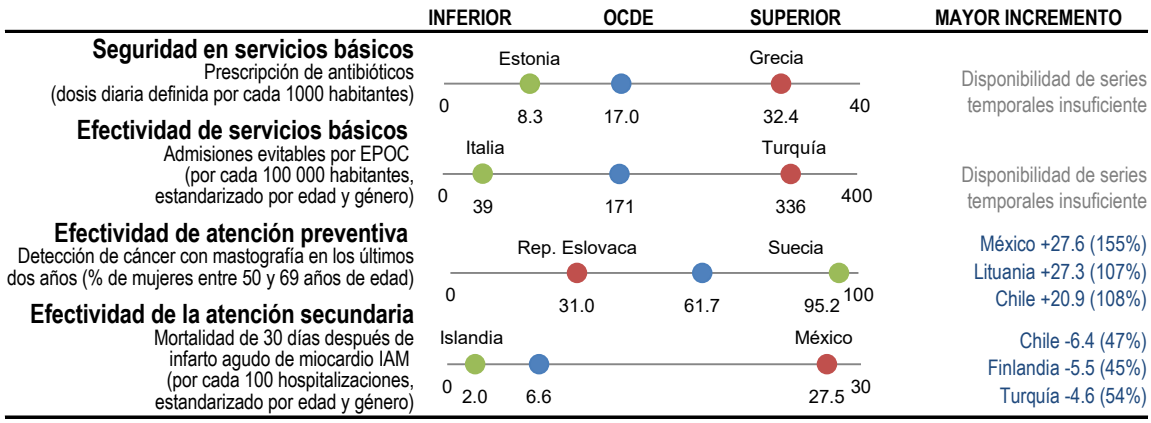
	Cobertura: elegibilidad		Cobertura: satisfacción		Protección financiera		Cobertura de servicio	
	Población elegible para servicios básicos (% población)		Población satisfecha con la disponibilidad de servicios de salud de calidad (% población)		Gasto cubierto por prepago obligatorio (% gasto total)		Población que reporta necesidades de atención médica no atendidas (% población)	
OCDE	**98.0**		**71.0**		**74.0**		**2.6**	
Alemania	100	◉	85	◉	84.6	☑	0.3	☑
Australia	100	◉	83	◉	66.6	◉		
Austria	99.9	◉	86	◉	75.2	◉	0.3	☑
Bélgica	98.6	◉	92	☑	76.8	◉	1.8	◉
Canadá	100	◉	78	◉	70.2	◉		
Chile	95.7	◉	39	☒	60.6	◉		
Corea	100	◉	71	◉	61.0	◉		
Colombia	94.7	◉	47	☒	77.5	◉		
Costa Rica	91.1	☒	63	◉	73.9	◉		
Dinamarca	100	◉	89	☑	83.3	☑	1.8	◉
Estonia	95.0	◉	61	◉	74.5	◉	15.5	☒
Eslovenia	100	◉	85	◉	72.8	◉	2.9	◉
España	100	◉	70	◉	70.6	◉	0.2	☑
Estados Unidos	89.8	☒	83	◉	82.7	◉		
Finlandia	100	◉	85	◉	77.8	◉	4.7	☒
Francia	99.9	◉	71	◉	83.7	☑	1.2	◉
Grecia	100.0	◉	38	☒	59.8	◉	8.1	☒
Hungría	94.0	☒	62	◉	68.3	◉	1.0	◉
Islandia	100	◉	81	◉	82.9	◉	3.4	◉
Irlanda	100	◉	66	◉	74.6	◉	2.0	◉
Israel	100	◉	72	◉	64.8	◉		
Italia	100	◉	61	◉	73.8	◉	1.8	◉
Japón	100	◉	73	◉	83.8	☑		
Letonia	100	◉			60.8	◉	4.3	◉
Lituania	98.7	◉	51	☒	66.4	◉	1.4	◉
Luxemburgo	100	◉	85	◉	85.0	☑	0.2	☑
México	80.6	☒	48	☒	49.3	☒		
Noruega	100	◉	93	☑	85.8	☑	0.8	◉
Nueva Zelanda	100	◉	77	◉	79.2	◉		
Países Bajos	99.9	◉	92	☑	82.6	◉	0.2	☑
Polonia	93.4	☒	26	☒	71.8	◉	4.2	◉
Portugal	100	◉	67	◉	61.0	◉	1.7	◉
Reino Unido	100	◉	75	◉	78.5	◉	4.5	☒
República Checa	100	◉	75	◉	81.8	◉	0.5	☑
República Eslovaca	94.6	◉	58	◉	79.8	◉	2.7	◉
Suecia	100	◉	82	◉	84.9	☑	1.4	◉
Suiza	100	◉	91	☑	66.8	◉	0.7	☑
Turquía	98.8	◉	62	◉	77.9	◉	3.0	◉

Nota: ☑Superior al promedio de la OCDE; ◉ Cercano al promedio de la OCDE; ☒ Inferior al promedio de la OCDE.
Estonia se excluye del cálculo de la desviación estándar de necesidades no atendidas.

Calidad de los servicios de salud

Un servicio de salud de buena calidad debe ser seguro, apropiado, clínicamente efectivo y receptivo a las necesidades de los pacientes. La prescripción de antibióticos y las admisiones hospitalarias evitables por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son ejemplos de indicadores que miden la seguridad y pertinencia de los servicios básicos. La detección de cáncer de mama es un indicador de la calidad de los cuidados preventivos; la mortalidad de 30 días después de un infarto agudo de miocardio (IAM) mide la efectividad clínica de los servicios secundarios. La Figura 1.5 es una instantánea de la calidad y resultados de los servicios en los países de la OCDE, y la Tabla 1.5 muestra comparaciones más detalladas entre países.

Figura 1.5. **Calidad de servicios de salud en los países de la OCDE, 2019 (o año más cercano)**



Nota: El mayor incremento muestra a los países con cambios más notables en valor absoluto en el tiempo (% de variación entre paréntesis). Fuente: OECD Health Statistics 2021.

El uso excesivo, insuficiente, o el mal uso de antibióticos y otros medicamentos contribuyen a aumentar la resistencia a los antimicrobianos y representan un gasto inútil. Los volúmenes totales de antibióticos prescritos en 2019 variaron casi cuatro veces entre los países, con Estonia, Suecia y Alemania reportando los volúmenes más bajos, mientras que Islandia, Australia y Grecia registraron los más altos. En todos los países de la OCDE, el número de antibióticos prescritos ha aumentado ligeramente con el tiempo.

La EPOC es una enfermedad para la que está bien establecido el tratamiento eficaz en el nivel de atención básica –y las hospitalizaciones por esta condición pueden señalar problemas de calidad en los servicios básicos. Las tasas de admisión variaron 8 veces entre los países de la OCDE, con Italia, México y Chile reportando las más bajas y Turquía, Irlanda y Australia las tasas más altas en 2019. Las diferencias entre países son en general similares, pero con algunas excepciones, para las admisiones evitables por asma, insuficiencia cardíaca congestiva y diabetes (véase el Capítulo 6).

El cáncer de mama es el de mayor incidencia entre las mujeres de todos los países de la OCDE, y la segunda causa de muerte por cáncer entre ellas. La detección oportuna con mastografía es fundamental para identificar los casos, lo que permite iniciar el tratamiento en una fase temprana de la enfermedad. En 2019, el índice de mastografía preventiva más alto se presentó en Suecia (95% de las mujeres de 50 a 69 años), y Dinamarca, España, Finlandia y Portugal también tuvieron tasas de detección superiores al 80%. Los índices de mastografía preventiva más bajos fueron los de República Eslovaca, Turquía, Hungría y Letonia (todas debajo de 40%). La COVID-19 tuvo un gran impacto en los programas detección temprana, con reducciones en las tasas en seis de los siete países con datos disponibles para 2020.

La mortalidad tras un infarto agudo de miocardio (IAM) es un indicador de la calidad de los cuidados intensivos establecido desde hace tiempo. Desde la década de 1970 ha ido disminuyendo de forma constante en la mayoría de los países, aunque siguen existiendo importantes diferencias entre ellos. México tuvo, por mucho, la mayor mortalidad de 30 días

Tabla 1.5. **Calidad de los servicios de salud, 2019 (o año más cercano)**

	Seguridad en los servicios básicos		Efectividad de los servicios básicos		Efectividad de servicios preventivos		Efectividad de servicios secundarios	
	Prescripción de antibióticos (dosis diaria definida por cada 1000 habitantes)		Admisiones evitables por EPOC (por cada 100 000 habitantes, estandarizado por edad y género)		Detección de cáncer con mastografía en los últimos dos años (% de mujeres entre 50 y 69 años de edad)		Efectividad de la atención secundaria Mortalidad de 30 días después IAM (por cada 100 hospitalizaciones, estandarizado por edad y género)	
OCDE	**17.0**		**171**		**61.7**		**6.6**	
Alemania	11.4	◉	250	◉	50.1	◉	8.3	◉
Australia	32.2	☒	300	☒	54.5	◉	3.2	☑
Austria	12.1	◉	193	◉	74.5	◉	5.2	◉
Bélgica	15.9	◉	279	☒	60.2	◉	6.4	◉
Canadá	14.2	◉	213	◉	62.0	◉	4.6	☑
Chile			66	☑	40.1	☒	7.2	◉
Corea	23.7	☒	152	◉	70.2	◉	8.9	☒
Colombia			120	◉			5.6	◉
Costa Rica			99	◉				
Dinamarca	13.0	◉	287	☒	83.2	☑	4.5	☑
Estonia	8.3	☑	85	☑	55.9	◉	9.2	☒
Eslovenia	11.5	◉	90	☑	76.8	◉	4.2	☑
España	23.1	◉	177	◉	81.5	☑	6.5	◉
Estados Unidos			194	◉	76.5	◉	4.9	◉
Finlandia	12.6	◉	125	◉	81.3	☑	6.8	◉
Francia	23.3	☒	120	◉	48.8	◉	5.6	◉
Grecia	32.4	☒			65.7	◉		
Hungría	13.3	◉			39.1	☒		
Islandia	24.7	☒	124	◉	59.3	◉	2.0	☑
Irlanda	21.0	◉	336	☒	71.6	◉	4.7	◉
Israel	19.6	◉	155	◉	72.1	◉	5.3	◉
Italia	19.8	◉	39	☑	60.7	◉	5.4	◉
Japón	13.1	◉			44.6	☒	9.7	☒
Letonia	12.0	◉	152	◉	39.1	☒	14.4	☒
Lituania	13.4	◉	194	◉	52.9	◉	9.3	☒
Luxemburgo	19.8	◉	181	◉	55.1	◉	8.5	◉
México			65	☑	45.4	☒	27.5	☒
Nueva Zelanda			298	☒	71.5	◉	4.3	☑
Noruega	13.6	◉	221	◉	71.6	◉	3.2	☑
Países Bajos	12.3	◉	176	◉	76.1	◉	2.9	☑
Polonia	22.2	◉	121	◉	53.7	◉	4.7	◉
Portugal	17.9	◉	79	☑	80.2	☑	7.3	◉
Reino Unido	15.6	◉	223	◉	75.1	◉	6.6	◉
República Checa			134	◉	60.9	◉	7.0	◉
República Eslovaca	18.0	◉	110	◉	31.0	☒	6.3	◉
Suecia	9.2	☑	140	◉	95.2	☑	3.5	☑
Suiza			141	◉	49.0	◉	5.1	◉
Turquía	12.0	◉	336	☒	36.0	☒	3.9	☑

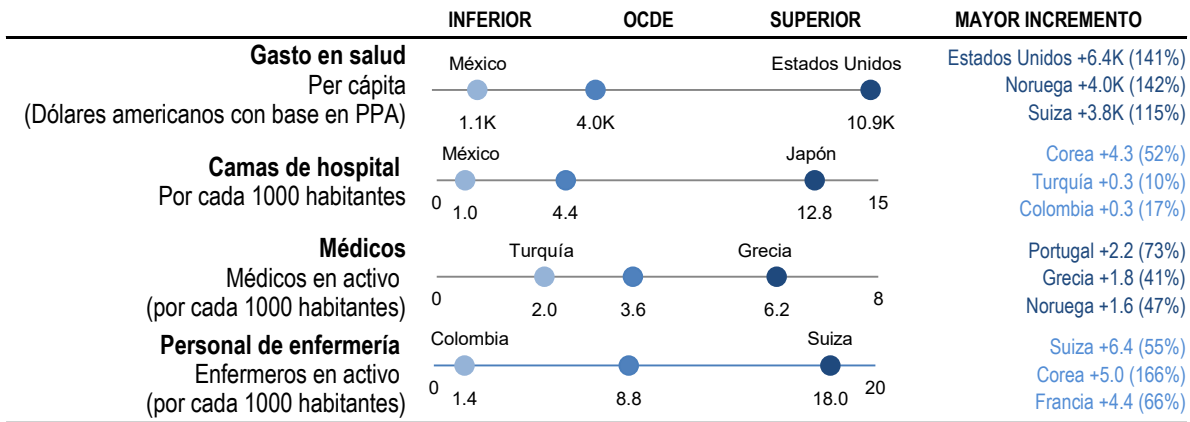
Nota: ☑Superior al promedio de la OCDE; ◉Cercano al promedio de la OCDE; ☒ Inferior al promedio de la OCDE. Letonia y México se excluyen del cálculo de la desviación estándar de mortalidad por IAM. La atención oncológica eficaz presenta los datos totales de todos los países disponibles en CONCORD-3.

después de un IAM (27.5 muertes por cada 100 hospitalizaciones); las tasas también fueron relativamente altas en Letonia en 2019. Las tasas más bajas se encontraron en Islandia, Países Bajos, Noruega y Australia, alrededor de 3% o menos (comparaciones basadas en datos no vinculados).

Capacidad y recursos de los sistemas de salud

Disponer de recursos suficientes es fundamental para un sistema de salud resistente. Sin embargo, más recursos no se traducen automáticamente en mejores resultados de salud –la efectividad del gasto también es importante. El gasto en salud per cápita resume la disponibilidad general de recursos. El número de médicos y personal de enfermería en activo proporciona más información sobre la oferta de personal de salud. El número de camas de hospital es un indicador de la capacidad de cuidados intensivos. La Figura 1.6 presenta una instantánea de la capacidad y los recursos de los sistemas de salud en los países de la OCDE, y la Tabla 1.6 ofrece comparaciones más detalladas entre países.

Figura 1.6. **Capacidad y recursos de sistemas de salud en los países de la OCDE, 2019 (o año más cercano)**



Nota: El mayor incremento muestra a los países con cambios más notables en valor absoluto en el tiempo (% de variación entre paréntesis). Fuente: OECD Health Statistics 2021.

En general, los países con niveles más altos de gasto en salud, mayor número de trabajadores sanitarios y otros recursos, tienen mejores resultados, calidad y acceso al servicio. Sin embargo, la cantidad absoluta de recursos invertidos no es un pronóstico perfecto de mejores resultados –los factores de riesgo para la salud y los determinantes sociales de la salud más generales, también son críticos, así como el uso eficiente de los recursos para la salud.

El gasto de Estados Unidos es considerablemente superior al de todos los demás países (casi de USD 11 000 por persona, ajustado por la paridad de poder adquisitivo en 2019) y es también el gasto más alto cuando se mide como proporción del PIB. El gasto en salud per cápita también es alto en Suiza, Noruega y Alemania. México, Turquía y Colombia tienen los gastos más bajos en salud, alrededor de una cuarta parte del promedio de la OCDE. El gasto en salud ha crecido consistentemente en la mayoría de los países en las últimas décadas, sin tomar en cuenta una desaceleración temporal después de la crisis financiera de 2008. Con el inicio de la pandemia de COVID-19, los datos iniciales para 2020 apuntan a un fuerte aumento del gasto global en salud, de alrededor de 5.1% en promedio.

Una gran parte del gasto en salud se traduce en salarios de la fuerza laboral. Por tanto, el número de médicos y personal de enfermería de un sistema de salud es una forma importante de supervisar cómo se utilizan los recursos. El número de médicos osciló entre menos de 2.5 por cada 1 000 habitantes en Turquía, Colombia, Polonia y México, y más de cinco en Austria, Portugal y Grecia en 2019. Sin embargo, las cifras de Portugal y Grecia están sobreestimadas, ya que incluyen a todos los médicos con licencia para ejercer. En promedio, había poco menos de nueve enfermeros por cada 1 000 habitantes en los países de la OCDE en 2019, que van desde menos de 3 por cada 1 000 habitantes en Colombia, Turquía, México y Chile hasta cerca de 18 en Suiza y Noruega.

El número de camas de hospital proporciona una indicación de los recursos disponibles para prestar servicios de hospitalización. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de suficientes camas de hospital (especialmente de cuidados intensivos), junto con un número suficiente de médicos y personal de enfermería. Aun así, un exceso de camas puede provocar una exageración en su uso y, por tanto en los costos,

Tabla 1.6 **Capacidad y recursos de los sistemas de salud, 2019 (o año más cercano)**

	Gasto en salud		Camas de hospital		Médicos		Personal de enfermería	
	Per cápita (Dólares americanos con base en paridad de poder adquisitivo)		Por cada 1 000 habitantes		Médicos en activo (Por cada 1 000 habitantes)		Enfermeros en activo (Por cada 1 000 habitantes)	
OCDE	**4 087**		**4.4**		**3.6**		**8.8**	
Alemania	6 518	↑	7.9	↑	4.4	◉	13.9	↑
Australia	4 919	◉	3.8	◉	3.8	◉	12.2	◉
Austria	5 705	◉	7.2	↑	5.3	↑	10.4	◉
Bélgica	5 458	◉	5.6	◉	3.2	◉	11.1	◉
Canadá	5 370	◉	2.5	↓	2.7	◉	10.0	◉
Chile	2 291	↓	2.0	↓	2.6	◉	2.9	↓
Corea	3 406	◉	12.4	↑	2.5	↓	7.9	◉
Colombia	1 276	↓	1.7	↓	2.3	↓	1.4	↓
Costa Rica	1 600	↓	1.1	↓	3.1	◉	3.4	↓
Dinamarca	5 478	◉	2.6	↓	4.2	◉	10.1	◉
Estonia	2 507	◉	4.5	◉	3.5	◉	6.2	◉
Eslovenia	3 303	◉	4.4	◉	3.3	◉	10.3	◉
España	3 600	◉	3.0	◉	4.4	◉	5.9	◉
Estados Unidos	10 948	↑	2.8	◉	2.6	◉	12.0	◉
Finlandia	4 561	◉	3.4	◉	3.2	◉	14.3	↑
Francia	5 274	◉	5.8	◉	3.2	◉	11.1	◉
Grecia	2 319	↓	4.2	◉	6.2	↑	3.4	↓
Hungría	2 170	↓	6.9	↑	3.5	◉	6.6	◉
Islandia	4 541	◉	2.8	◉	3.9	◉	15.4	↑
Irlanda	5 083	◉	2.9	◉	3.3	◉	12.9	◉
Israel	2 903	◉	3.0	◉	3.3	◉	5.0	◉
Italia	3 653	◉	3.2	◉	4.1	◉	6.2	◉
Japón	4 691	◉	12.8	↑	2.5	↓	11.8	◉
Letonia	2 074	↓	5.4	◉	3.3	◉	4.4	↓
Lituania	2 727	◉	6.4	↑	4.6	↑	7.7	◉
Luxemburgo	5 414	◉	4.3	◉	3.0	◉	11.7	◉
México	1 133	↓	1.0	↓	2.4	↓	2.9	↓
Nueva Zelanda	4 212	◉	2.5	↓	3.4	◉	10.2	◉
Noruega	6 745	↑	3.5	◉	5.0	↑	17.9	↑
Países Bajos	5 739	◉	3.1	◉	3.7	◉	10.7	◉
Polonia	2 289	↓	6.2	◉	2.4	↓	5.1	◉
Portugal	3 347	◉	3.5	◉	5.0	↑	7.1	◉
Reino Unido	4 500	◉	2.5	↓	3.0	◉	8.2	◉
República Checa	3 417	◉	6.6	↑	4.1	◉	8.6	◉
República Eslovaca	2 189	↓	5.8	◉	3.6	◉	5.7	◉
Suecia	5 552	◉	2.1	↓	4.3	◉	10.9	◉
Suiza	7 138	↑	4.6	◉	4.4	◉	18.0	↑
Turquía	1 267	↓	2.9	◉	2.0	↓	2.4	↓

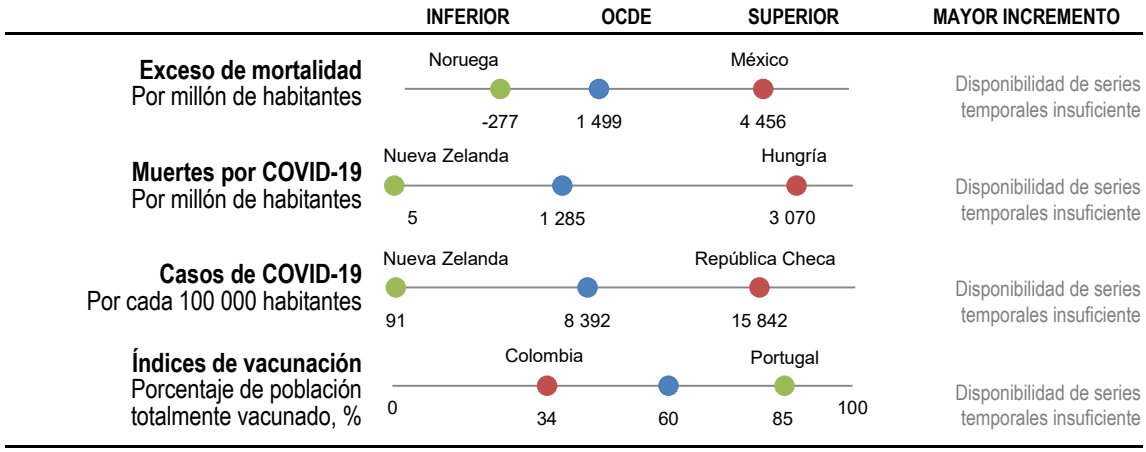
Nota: ↑ Superior al promedio de la OCDE; ◉ Cercano al promedio de la OCDE; ↓ Inferior al promedio de la OCDE. Chile, Costa Rica, Grecia y Portugal incluyen a todos los médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una importante sobreestimación. Japón y Corea se excluyen del cálculo de la desviación estándar de camas de hospital. Estados Unidos se excluye del cálculo de la desviación estándar de Gasto en Salud per cápita.

sobre todo en el caso de los pacientes cuyo estado puede no mejorar con los cuidados intensivos. En los países de la OCDE, había en promedio 4.4 camas de hospital por cada 1 000 personas en 2019. Más de la mitad de los países de la OCDE reportaron entre 3 y 8 camas de hospital por cada 1 000 habitantes. Japón y Corea tienen más camas de hospital (12 a 13 por cada 1 000 habitantes), y hay relativamente pocas camas en México, Costa Rica y Colombia.

COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha cobrado millones de vidas, y dejado a muchas más sufriendo problemas de salud como consecuencia directa o indirecta del virus. Al momento de la publicación, se habían reportado alrededor de 250 millones de casos y casi 5 millones de personas habían muerto por el virus. Estas cifras son subestimaciones, pues muchos más casos y muertes no se detectan. Por lo tanto, junto con los casos de COVID-19 y muertes por COVID-19, el exceso de mortalidad –una medida del número de fallecimientos por todas las causas por encima de lo que podía haberse esperado normalmente en un cierto período de tiempo– proporciona una medida complementaria. El exceso de mortalidad contabiliza las muertes por COVID-19 no declaradas y las causadas indirectamente por el virus (véase la metodología utilizada en el Capítulo 2). La Figura 1.7 presenta una instantánea de la COVID-19 en los países de la OCDE y la Tabla 1.7 ofrece comparaciones más detalladas entre países, incluyendo las diferencias en los índices de vacunación.

Figura 1.7. **COVID-19 en los países de la OCDE, 2020-2021**



Nota: Datos de exceso de mortalidad y muertes por COVID-19 hasta la semana 26-2021, excepto por Australia (semana 25), Canadá (semana 22), y Colombia (semana 18). Los datos sobre casos de COVID-19 e índices de vacunación hasta la semana 39-2021. Véase el Capítulo 2 para consultar los métodos usados para el cálculo de exceso de mortalidad. Fuente: OECD Health Statistics 2021, ECDC 2021, Our World in Data 2021.

En todos los países de la OCDE, excepto en uno, murieron más personas en el periodo de 18 meses desde enero de 2020 que el promedio en el periodo correspondiente entre 2015-2019. La tasa de exceso de mortalidad más alta fue la de México (4 456 muertes en exceso por millón de habitantes), seguido de Polonia (3 663), República Checa (3 465) y República Eslovaca (3 133). El exceso de muertes fue negativo en Noruega, y relativamente bajo en Corea, Islandia, Dinamarca, Australia y Nueva Zelanda.

Los países con el mayor número de muertes por COVID-19 reportadas fueron, en general, los que experimentaron mayores tasas de exceso de mortalidad, pero hay algunas excepciones notables. Las tasas de mortalidad por COVID-19 reportadas hasta principios de octubre de 2021 más altas, eran las de Hungría y República Checa. Las muertes por COVID-19 reportadas en Nueva Zelanda, Australia y Corea fueron inferiores a 50 muertes por millón de personas. El exceso de mortalidad fue mucho mayor que las muertes por COVID-19 reportadas en México y Polonia, lo que podría indicar que no se notificaron algunas muertes por COVID-19 y/o que hubo muertes adicionales debidas a otros factores, incluidas las consecuencias indirectas del virus. Bélgica, Suecia y el Reino Unido registraron tasas de mortalidad por COVID-19 sustancialmente más altas en comparación con el exceso de mortalidad. Esto implica una cierta sobreestimación de las muertes por COVID-19 y/o una reducción de la mortalidad en otras zonas.

Los casos acumulados de COVID-19 reportados hasta principios de octubre de 2021 superaban o se acercaban a los 15 000 casos por cada 100 000 habitantes en República Checa, Israel, República Eslovaca y Eslovenia, pero eran inferiores a 1000 casos por cada 100 000 personas en Nueva Zelanda (91), Australia (437) y Corea (624).

Tabla 1.7. **COVID-19, 2020-21**

	Exceso de muertes		Muertes por COVID-19		Casos de COVID-19		Índices de vacunación	
	Por 1 millón de habitantes		Por 1 millón de habitantes		Por cada 100 000 habitantes		Porcentaje de población totalmente vacunado	
OCDE	**1 499**		**1 285**		**8 392**		**60.0**	
Alemania	925	◉	1 095	◉	5 117	◉	64.2	◉
Australia	211	☑	36	☑	437	☑	45.6	☒
Austria	1 270	◉	1 180	◉	8 368	◉	60.1	◉
Bélgica	1 374	◉	2 186	☒	10 867	◉	72.6	◉
Canadá	1 125	◉	699	◉	4 347	◉	71.2	◉
Chile	2 138	◉	1 739	◉	8 669	◉	73.7	☑
Corea	52	☑	40	☑	624	☑	52.7	◉
Colombia	2 323	◉	2 151	☒	9 754	◉	33.6	☒
Costa Rica			928	◉	10 560	◉	42.6	☒
Dinamarca	195	☑	436	☑	6 190	◉	75.3	☑
Estonia	1 396		956	◉	11 956	◉	53.5	◉
Eslovenia	2 320	◉	2 268	☒	14 174	☒	48.3	◉
España	1 841	◉	1 710	◉	10 490	◉	78.6	☑
Estados Unidos	2 559	◉	1 824	◉	13 197	☒	55.2	◉
Finlandia	343	☑	176	☑	2 572	☑	63.4	◉
Francia	1 374	◉	1 652	◉	10 438	◉	66.1	◉
Grecia	1 402	◉	1 188	◉	6 170	◉	59.4	◉
Hungría	2 424	◉	3 070	☒	8 443	◉	58.7	◉
Islandia	188	☑	82	☑	3 284	☑	80.5	☑
Irlanda			1 007	◉	7 929	◉	74.2	☑
Israel	766	◉	743	◉	14 925	☒	64.4	◉
Italia	2 151	◉	2 140	☒	7 850	◉	68.3	◉
Japón	787	◉	117	☑	1 347	☑	61.2	◉
Letonia	1 209	◉	1 325	◉	8 473	◉	46.4	☒
Lituania	1 928	◉	1 573	◉	12 171	◉	60.3	◉
Luxemburgo	879	◉	1 306	◉	12 510	◉	62.9	◉
México	4 456	☒	1 812	◉	2 857	☑	35.4	☒
Nueva Zelanda	214	☑	5	☑	91	☑	41.5	☒
Noruega	-277	☑	148	☑	3 550	☑	67.0	◉
Países Bajos	1 384	◉	1 020	◉	11 535	◉	67.6	◉
Polonia	3 663	☒	1 978	◉	7 670	◉	51.7	◉
Portugal	2 025		1 663	◉	10 405	◉	85.2	☑
Reino Unido	1 599	◉	2 232	☒	11 608	◉	66.0	◉
República Checa	3 465	☒	2 838	☒	15 842	☒	55.7	◉
República Eslovaca	3 133	☒	2 293	☒	14 828	☒	41.4	☒
Suecia	545	◉	1 420	◉	11 177	◉	64.2	◉
Suiza	1 069	◉	1 197	◉	9 810	◉	58.4	◉
Turquía			600	◉	8 672	◉	52.9	◉

Nota: ☑ Superior al promedio de la OCDE; ◉ Cercano al promedio de la OCDE; ☒ Inferior al promedio de la OCDE. Los datos sobre exceso de muertes y muertes por COVID-19 hasta la semana 26-2021, excepto por Australia (semana 25), Canadá (semana 22), y Colombia (semana 18). Los datos sobre casos de COVID-19 e índices de vacunación hasta la semana 39-2021. Véase el Capítulo 2 para consultar los métodos usados para el cálculo de exceso de mortalidad.

En cuanto a índices de vacunación, a principios de octubre de 2021, Portugal tenía el mayor porcentaje de población totalmente vacunada (85.2%), seguido de Islandia (80.5%) y España (78.6%). Los índices de vacunación más bajos se registraron en Colombia (33.6%) y México (35.4%).

¿En qué medida el gasto en salud se traduce en mejor acceso, calidad y resultados de salud?

En las tablas de cuadrantes se muestran los vínculos entre el gasto en salud y una selección de indicadores de las metas de los sistemas de salud. Ilustran la medida en la que un mayor gasto en salud se traduce en un mejor desempeño en tres dimensiones: resultados, calidad y acceso a los servicios de salud. Debe notarse sin embargo, que solo un pequeño subconjunto de indicadores para estas tres dimensiones se comparan con el gasto en salud. Las tablas de cuadrantes muestran solamente correlaciones estadísticas, no implican causalidad.

Gasto en salud y resultados

En estas tablas de cuadrantes se ilustra la medida en la que los países que más gastan en salud tienen mejores resultados (debe notarse que las relaciones no garantizan una relación causal).

Figura 1.8. **Esperanza de vida y gasto en salud**

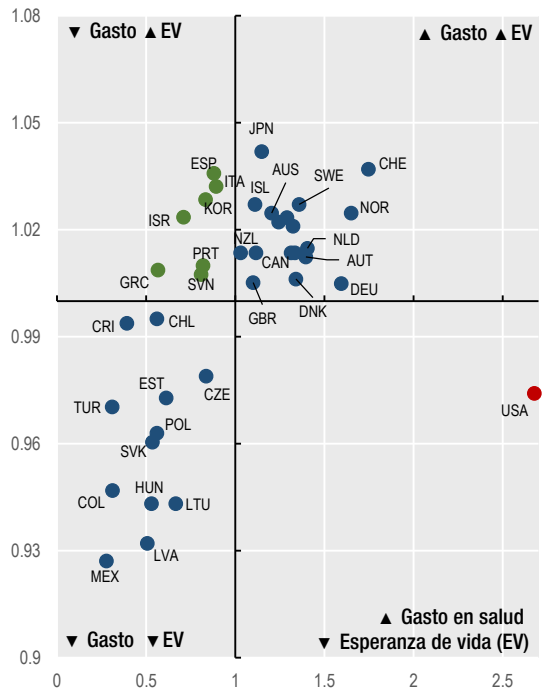
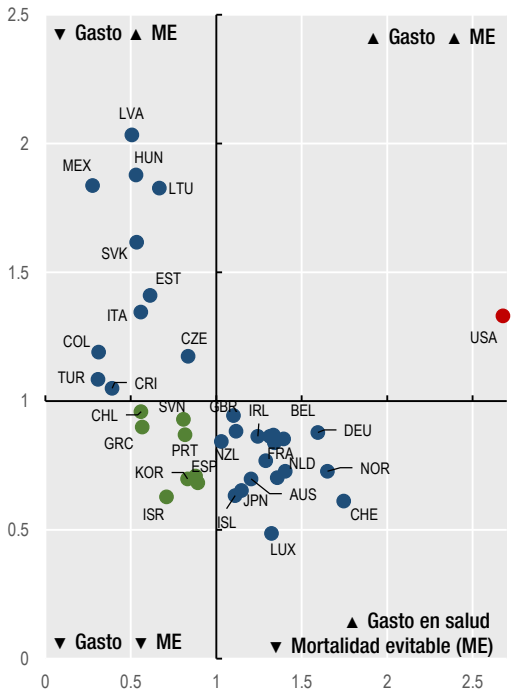


Figura 1.9. **Mortalidad evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud**



Existe una clara relación positiva entre el gasto en salud per cápita y la esperanza de vida (Figura 1.8). De los 38 países de la OCDE, 17 gastan más y tienen mejor esperanza de vida que el promedio de la OCDE (cuadrante superior derecho). Otros 12 países gastan menos y tienen una menor esperanza de vida al nacer (cuadrante inferior izquierdo).

Los países que se desvían de esta relación básica son de interés particular. Siete países gastan menos que el promedio, pero alcanzan mejor esperanza de vida en general (cuadrante superior izquierdo). Esto puede indicar una relación costo-beneficio de los sistemas de salud relativamente buena, sin considerar que existen muchos otros factores que también tienen un impacto en los resultados de salud. Estos siete países son Italia, Corea, Portugal, España, Eslovenia, Grecia e Israel. El único país en el cuadrante inferior derecho es Estados Unidos, con un gasto mucho mayor que el del resto, pero menor esperanza de vida que el promedio de la OCDE.

Panorama de la Salud 2021. Indicadores de la OCDE © CANIFARMA 2022

También existe una relación clara en el sentido esperado para mortalidad evitable (Figura 1.9). Entre los países de la OCDE, 18 tienen un gasto mayor y tasas más bajas de mortalidad evitable (cuadrante inferior derecho), y otros 11 gastan menos y tienen más fallecimientos que pudieron haberse evitado (cuadrante superior izquierdo). Ocho países gastan menos que el promedio pero tienen menores tasas de mortalidad evitable –los siete países con esperanza de vida relativamente alta y menor gasto en salud, además de Chile (cuadrante inferior izquierdo). Estados Unidos gasta más que el promedio de la OCDE y tiene peores tasas de mortalidad evitable.

Gasto en salud, acceso y calidad de los servicios de salud

En estas tablas de cuadrantes se ilustra la medida en que los países que tienen mayor gasto en salud tienen mejor calidad y acceso a los servicios (debe notarse que las relaciones no garantizan una relación causal).

Figura 1.10. **Satisfacción con la disponibilidad de servicios de salud de calidad y gasto en salud**

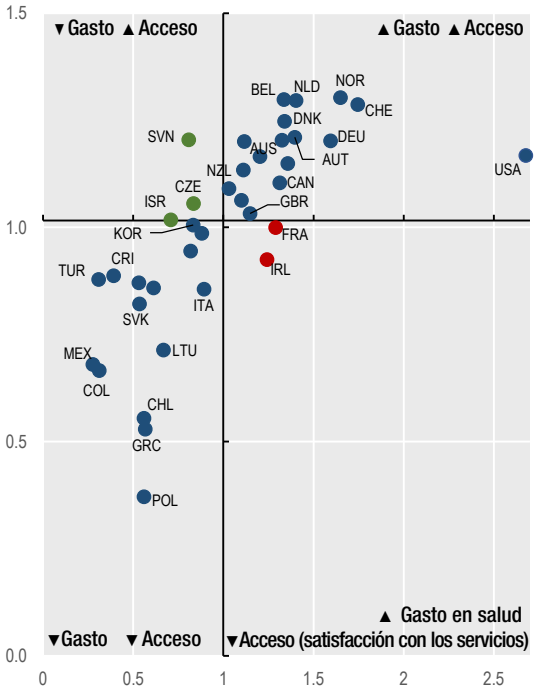
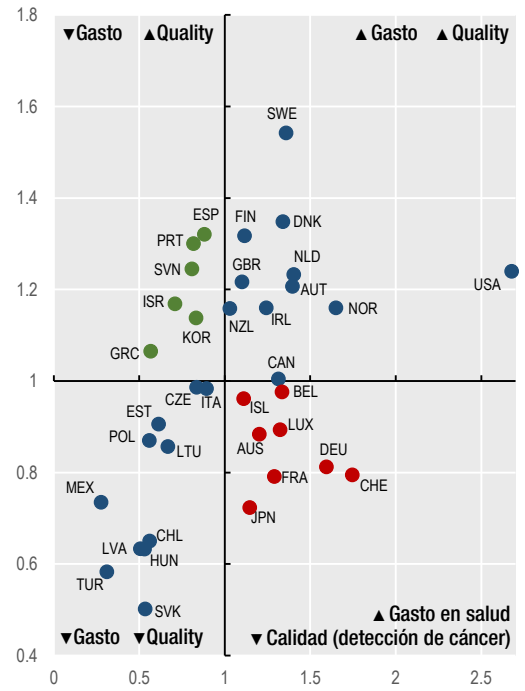


Figura 1.11. **Detección de cáncer de mama y gasto en salud**



En términos de acceso, la Figura 1.10 muestra una clara correlación positiva entre la proporción de población satisfecha con la disponibilidad de servicios de salud de calidad en su lugar de residencia y el gasto en salud per cápita. Entre los 37 países de la OCDE con datos disponibles, 17 países gastaron más y tuvieron una proporción mayor de población satisfecha con la disponibilidad en comparación con el promedio de la OCDE (cuadrante superior derecho). Lo contrario es el caso en 14 países (cuadrante inferior izquierdo). En Irlanda el gasto en salud fue 24% superior al promedio de la OCDE, pero solo 66% de la población se sintió satisfecha con la disponibilidad de servicios de calidad en su lugar de residencia (en comparación con 71% expresando satisfacción en promedio en la OCDE). En Eslovenia y República Checa, el gasto en salud per cápita fue relativamente bajo, pero una proporción notablemente mayor de población se sintió satisfecha con la disponibilidad de servicios de salud de calidad, en comparación con el promedio de la OCDE.

En términos de calidad del servicio, la Figura 1.11 muestra la relación entre el gasto en salud y los índices de detección de cáncer de mama. Mientras que existe una ligera correlación positiva en general entre el gasto en salud y la proporción de mujeres que

regularmente se someten a pruebas de detección, seis países que gastaron menos que el promedio de la OCDE tuvieron índices de detección superiores (cuadrante superior izquierdo), y otros ocho que gastaron más que el promedio de la OCDE, tienen índices de detección inferiores (cuadrante inferior derecho).

Capítulo 2

El impacto de la COVID-19 en salud

Michael Mueller, Elina Suzuki, Gabriel Di Paolantonio, Emily Hewlett y Chris James

El impacto de la COVID-19 en salud ha sido devastador. Hacia mediados de octubre de 2021, 240 millones de personas se habían contagiado con el virus y casi 4.9 millones habían muerto por la enfermedad. Además, millones de sobrevivientes sufren de síntomas de largo plazo que les dificultan volver a su vida normal. Los trastornos de salud mental se han incrementado sustancialmente. Existe además un claro gradiente social en el riesgo de infección y muerte por el virus. Asimismo, la COVID-19 ha interrumpido los servicios de salud para personas con otras necesidades; por ejemplo, la detección de cáncer fue retrasada con frecuencia, las cirugías no urgentes fueron pospuestas, el uso de servicios de urgencia se redujo, y los tiempos de espera para cirugías electivas aumentaron. Sin embargo, las vacunas han permitido un cambio de rumbo en 2021, al reducir el riesgo de enfermedad grave y muerte. Aun así, las dudas sobre las mismas entre algunos grupos de población y la disminución de su eficacia, son un desafío constante.

Introducción

La pandemia de COVID-19 es la crisis global de salud más importante desde la pandemia de influenza en 1918. Hacia mediados de octubre de 2021 se habían reportado casi 240 millones de casos, y casi 4.9 millones de personas habían muerto por el virus (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, 2021[1]). Estas cifras subestiman el impacto general en salud de la pandemia, ya que muchos casos y muertes no se detectan. Además, tanto la enfermedad como las medidas de contención y mitigación aplicadas para frenar la propagación del virus SARS-CoV-2 y sus variantes, han tenido un profundo impacto en la salud y el bienestar de las poblaciones, y en forma más amplia en las sociedades y las economías.

Enfrentar esta crisis sanitaria ha requerido medidas drásticas y de largo alcance, que hubieran sido impensables en muchos países de la OCDE. Las políticas de contención y mitigación para frenar la propagación del virus se aplicaron en diferentes grados y duración en muchos países de la OCDE como respuesta a las olas de contagio desde principios de 2020. Simultáneamente, se llevaron a cabo esfuerzos para mejorar la capacidad de los sistemas de salud y atender el incremento de casos severos de COVID-19, aumentando el número de camas de hospital, particularmente la capacidad de cuidados intensivos, movilizando personal de salud, y mejorando la capacidad de los laboratorios. Se llevaron a cabo inversiones significativas en sistemas informáticos y soluciones digitales de salud para seguir y rastrear mejor las infecciones y mejorar la oportunidad y granularidad de los datos de salud. También se destinaron recursos masivos a la investigación para acelerar el desarrollo de vacunas y tratamientos eficaces.

Sin embargo, en muchos países de la OCDE las respuestas iniciales a la pandemia no se presentaron con la celeridad y la escala requeridas para enfrentar semejante crisis sin precedentes (aun cuando en parte, esto se debió a la inherente incertidumbre sobre el virus en ese momento). En fases subsecuentes de la pandemia, el manejo de la crisis ha mejorado en general, aunque las debilidades estructurales en la preparación para emergencias de salud y capacidad de respuesta de los sistemas han quedado al descubierto. En su reseña de la respuesta global a la COVID-19, el *Panel Independiente de Preparación y Respuesta a la Pandemia* señaló lo inadecuado del financiamiento y las pruebas de estrés de preparación para la pandemia; la falta de acción decisiva para dictar una estrategia de contención agresiva, la ausencia de un liderazgo global coordinado, y la lentitud de los fondos de respuesta a la emergencia como algunas de las principales deficiencias (Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, 2021[2]). Otras reseñas independientes llevadas a cabo en Europa o por el G20 apuntan a cuestiones similares (Pan-European Commission on Health and Sustainable Development, 2021[3]; G20, 2021[4]).

La crisis proporciona una oportunidad para aprender cómo hacer los sistemas de salud más resilientes para el futuro, haciendo un balance de los efectos de la pandemia y las medidas adoptadas para contenerla. Este capítulo contribuye a estos esfuerzos al evaluar los impactos directos e indirectos de la COVID-19 en salud en los países miembros de la OCDE.

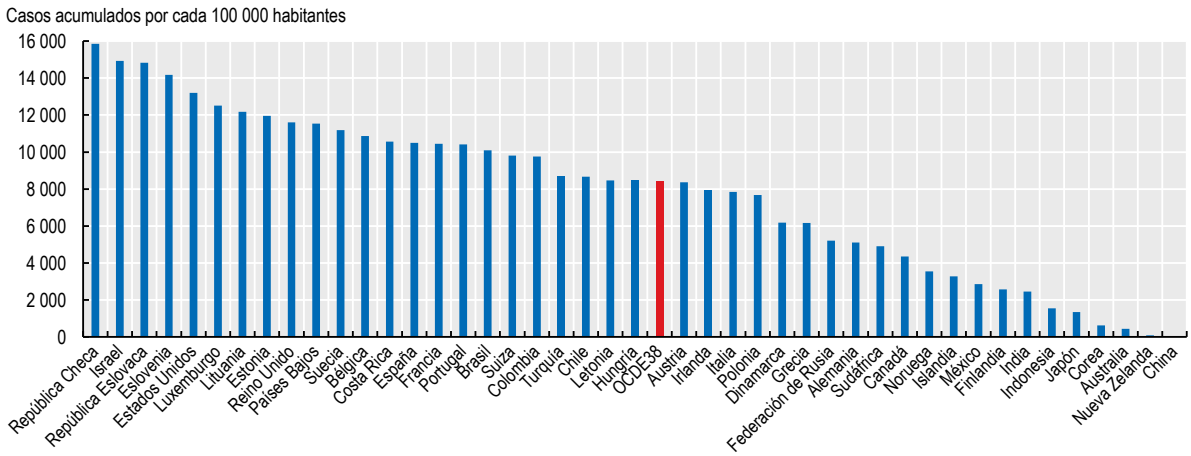
El capítulo describe en primer lugar las repercusiones directas y generales de la COVID-19 en salud en los países de la OCDE, incluyendo mediciones clave como el número de infectados y fallecidos por COVID-19, junto con indicadores de salud de la población como exceso de mortalidad y esperanza de vida, y lo que se conoce como 'COVID de largo plazo'. Se presta especial atención a cómo la disponibilidad de vacunas y el surgimiento de variantes del virus han alterado la evolución de la pandemia en 2021. El análisis entonces se enfoca en grupos particularmente vulnerables y de alto riesgo, incluyendo la medida en la que ha existido un gradiente social de contagio, enfermedad y muerte. Finalmente, se evalúa el impacto indirecto de la COVID-19 en la salud de la población, investigando los efectos adversos en la salud mental, y cómo el acceso a servicios de salud para pacientes no COVID-19 se ha interrumpido.

El impacto directo de la COVID-19

Los efectos directos de la COVID-19 en la salud de la población han sido dramáticos. En los 38 países de la OCDE se reportaron más de 110 millones de contagios, y más de 2.1 millones de personas habían muerto por el virus SARS-CoV-2 hacia mediados de octubre de 2021. Estas cifras representan un poco menos de la mitad de los contagios de COVID-19 (47%) y fallecimientos (44%) registrados globalmente. Como muchas personas contagiadas son asintomáticas, y la capacidad para llevar a cabo pruebas es limitada en algunos países, estas cifras son mayormente subestimadas. Un número creciente de estudios de seroprevalencia sugiere que la magnitud real de las infecciones ha sido mucho mayor que la identificada oficialmente en muchas regiones (Ioannidis, 2021[5]; Byambasuren et al., 2021[6]).

Desde principios de octubre de 2021, los casos de COVID-19 reportados acumulados, promediaron alrededor de 8 400 por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE, variando de casi 16 000 por cada 100 000 habitantes en República Checa, a menos de 100 en Nueva Zelanda (Figura 2.1). Los índices de defunciones por COVID-19 reportados variaron de más de 3 000 muertes por millón de habitantes en Hungría, a 6 muertes por millón de habitantes en Nueva Zelanda, con 1370 en promedio en la OCDE (Figura 2.2). Entre los Países Socios clave de la OCDE, las cifras de muertes por COVID-19 reportadas acumuladas son altas en Brasil (2 800 por millón de habitantes) y muy bajas en China (3 por millón de habitantes).

Figura 2.1. **Casos de COVID-19 reportados acumulados por cada 100 000 habitantes, enero de 2020 a principios de octubre de 2021**



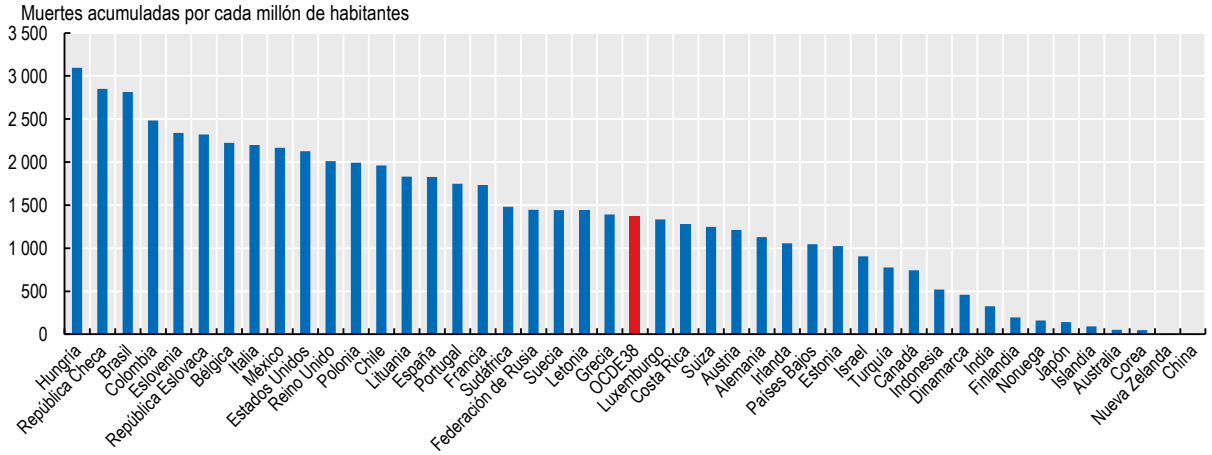
Nota: Los datos son afectados por la capacidad de los países para detectar los contagios por COVID-19 –particularmente limitada en muchos países al principio de la crisis– y por las estrategias de pruebas aplicadas. Se incluyen datos hasta la semana calendario 39/2021. Los países mostrados en la gráfica incluyen a los miembros de la OCDE y a los Países Socios clave Brasil, China, India, Indonesia, Rusia y Sudáfrica.
Fuente: ECDC (2021[7]) "COVID-19 datasets", *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*. Los datos de ECDC de países fuera de Europa provienen de fuentes nacionales de información.

Las muertes alcanzaron un punto máximo en muchos países europeos de la OCDE a finales de 2020 y principios de 2021, mientras que los países miembros en Norteamérica y Latinoamérica han enfrentado índices superiores de mortalidad la mayor parte de 2021

Desde principios de 2020, el mundo se ha visto afectado por varios picos de infecciones de SARS-CoV-2, y de fallecimientos asociados a la COVID-19, pero el momento y la magnitud de estos picos han variado en diferentes países y regiones (Figura 2.3 y Figura 2.4).

- La mayoría de los países europeos de la OCDE tuvieron picos de infecciones y defunciones a fines de 2020 y principios de 2021, y muchos de ellos fueron también fuertemente afectados en marzo/abril de 2020. Aunque en algunos países europeos las tasas de contagio subieron de nuevo sustancialmente alrededor de julio de 2021, esto no se vio acompañado de un aumento proporcional de la mortalidad.

Figura 2.2. **Número acumulado de muertes por COVID-19, confirmadas o supuestas, por millón de habitantes, enero de 2020 a principios de octubre 2021**



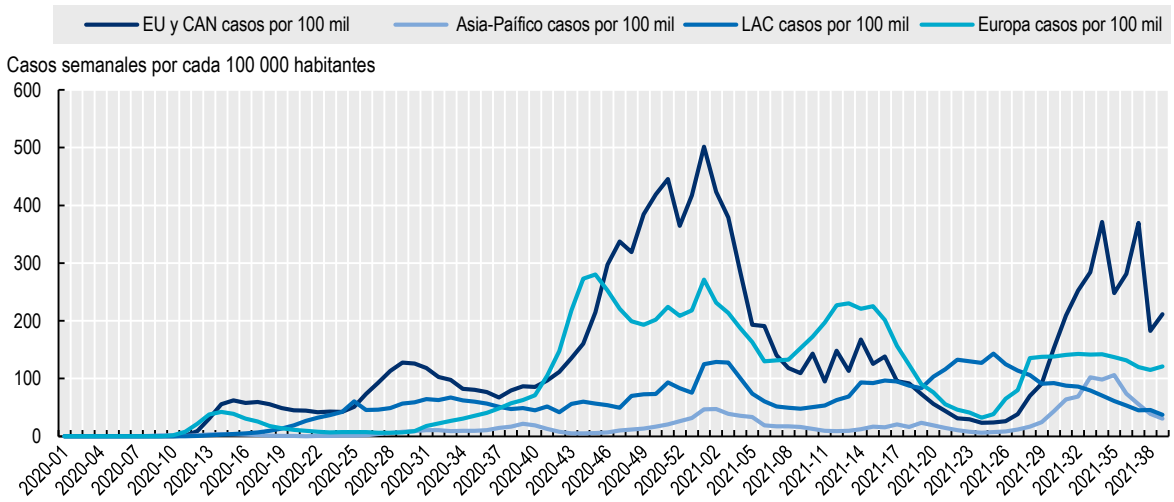
Nota: Dependiendo del país, los datos pueden referirse únicamente a muertes por COVID-19 confirmadas, o confirmadas y supuestas. Los datos son afectados por la capacidad de los países para detectar contagios de COVID-19, y sus prácticas de codificación y registro. Se incluyen datos hasta la semana calendario 39/2021. Los países mostrados en la gráfica incluyen a los miembros de la OCDE y a los Países Socios clave Brasil, China, India, Indonesia, Rusia y Sudáfrica.
Fuente: ECDC (2021[7]) "COVID-19 datasets", *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*. Los datos de ECDC de países fuera de Europa provienen de fuentes nacionales de información.

- En Estados Unidos y Canadá el desarrollo de la enfermedad fue en general similar al de Europa en casi todo 2020 y 2021, pero las nuevas infecciones y muertes por COVID-19 se dispararon aún más en agosto y septiembre de 2021.
- La situación de los países de la OCDE en Latinoamérica fue diversa. Las tasas reportadas de contagios y defunciones alcanzaron un pico en Colombia en julio de 2021, y en septiembre de 2021 en Costa Rica. Chile registró la tasa más alta de mortalidad alrededor de mediados de 2020, y un pico de contagios registrados en el segundo trimestre de 2021. Debido a los bajos índices de pruebas, los datos para México son subestimados.[1]
- En los países de la OCDE de la región Asia-Pacífico, tanto la incidencia semanal como las tasas de mortalidad fueron bajas comparativamente durante 2020 y 2021. No obstante, Australia, Corea y Japón registraron picos de contagios en el tercer trimestre de 2021.

Las diferencias en la evolución de nuevos contagios y defunciones por COVID-19 entre países, reflejan variaciones en las estrategias de contención y mitigación y el momento en que se aplicaron, así como diferencias en la capacidad de los sistemas de salud para tratar a pacientes de COVID-19 y adaptarse a los desafíos en curso. En efecto, las tasas de mortalidad han disminuido en general a lo largo de la pandemia, y las tasas acumuladas coinciden en alrededor de 1-2% en la mayoría de los países de la OCDE a principios de octubre de 2021. Parte de esto puede explicarse simplemente por el aumento de la detección de casos a lo largo del tiempo. Las campañas de vacunación, junto con una mejor gestión de la enfermedad y el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud, han tenido un gran impacto en la reducción de las tasas de mortalidad. Aun así, hay factores que escapan al control inmediato de los responsables de las políticas públicas –como las características geográficas, la demografía de la población o la prevalencia de ciertos factores de riesgo, como la obesidad– que hacen que algunos países sean más susceptibles que otros de sufrir altas tasas de contagio y mortalidad (OECD, 2020[8]; OECD, 2021[9]; OECD/European Union, 2020[10]; OECD, 2020[11]; OECD/European Union, 2020[10]).

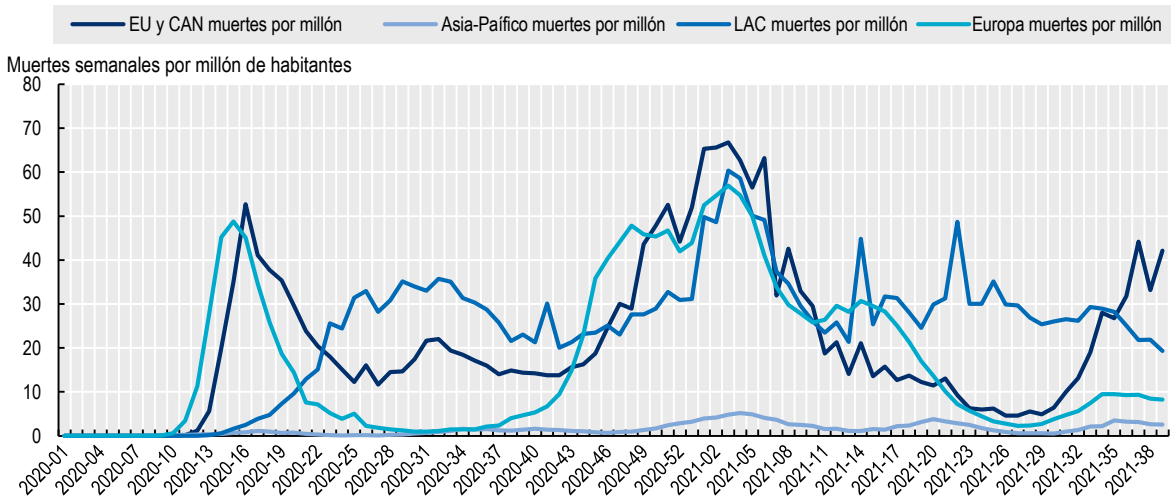
El surgimiento de "variantes preocupantes" ha sido un factor clave en la evolución de la pandemia. Se aplica esta designación a variantes del virus que muestran mayor transmisibilidad y/o virulencia, o son asociadas a reducciones en eficacia de vacunas y tratamientos, presentando así un riesgo de salud más alto que la cepa original.[2] Este es el caso particularmente con la variante Delta. Identificada inicialmente en octubre de 2020, se convirtió rápidamente en la cepa dominante del virus SARS-CoV-2 hacia mediados de 2021 en casi todos los países de la OCDE. La variante Delta parece tener una transmisibilidad de más del doble que variantes anteriores y la cepa ancestral (CDC, 2021[12]), y causa

Figura 2.3 **Nuevos casos de COVID-19 reportados semanalmente, países de la OCDE agrupados por región, enero de 2020 a principios de octubre de 2021**



Nota: Los datos son afectados por la capacidad de los países de detectar contagios de COVID-19. Los promedios regionales se calculan dividiendo el número total de casos entre el total de las poblaciones.
Fuente: ECDC (2021[7]) "COVID-19 datasets", *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*. Los datos de ECDC de países fuera de Europa provienen de fuentes nacionales de información.

Figura 2.4 **Muertes por COVID-19 reportadas semanalmente, países de la OCDE agrupados por región, enero de 2020 a principios de octubre de 2021**



Nota: Los promedios regionales se calculan dividiendo el número total de casos entre el total de las poblaciones.
Fuente: ECDC (2021[7]) "COVID-19 datasets", *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*. Los datos de ECDC de países fuera de Europa provienen de fuentes nacionales de información.

infecciones más graves. Entre las personas no vacunadas, el riesgo de hospitalización es alrededor del doble que con la variante Alpha (Twohig et al., 2021[13]), mientras que el riesgo de muerte es también más alto que con variantes previas, y más del doble que el de la cepa original (Fisman y Tuite, 2021[14]).

Las vacunas han reducido el riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19 en 2021

La distribución de las vacunas COVID-19 en 2021 ha supuesto un cambio en los esfuerzos mundiales para controlar la pandemia (OCDE, 2021[15]). Todas las diferentes vacunas aprobadas en los países de la OCDE reducen sustancialmente el riesgo de infección sintomática, hospitalización y muerte, y reducen (pero no eliminan) la transmisión cuando se completa el esquema de vacunación. Un conjunto creciente de investigaciones sugiere que la efectividad real para prevenir infección sintomática después de recibir dos dosis de cualquiera de las dos vacunas mRNA disponibles (Pfizer-BioNTech y Moderna) es superior a 85% (Public Health Ontario, 2021[16]; Vaccine Effectiveness Expert Panel, 2021[17]).[3] La efectividad de la vacuna de Oxford-AstraZeneca contra la variable Alpha es alrededor de 80% (Vaccine Effectiveness Expert Panel, 2021[17]). La protección contra enfermedad grave, hospitalización y muerte es incluso más alta (Public Health Ontario, 2021[16]; Vaccine Effectiveness Expert Panel, 2021[17]). La evidencia apunta a que las vacunas son algo menos efectivas para prevenir infección sintomática con la variante Delta, pero aún altamente efectivas para reducir la hospitalización y muerte (López Bernal et al., 2021[18]; Vaccine Effectiveness Expert Panel, 2021[17]).

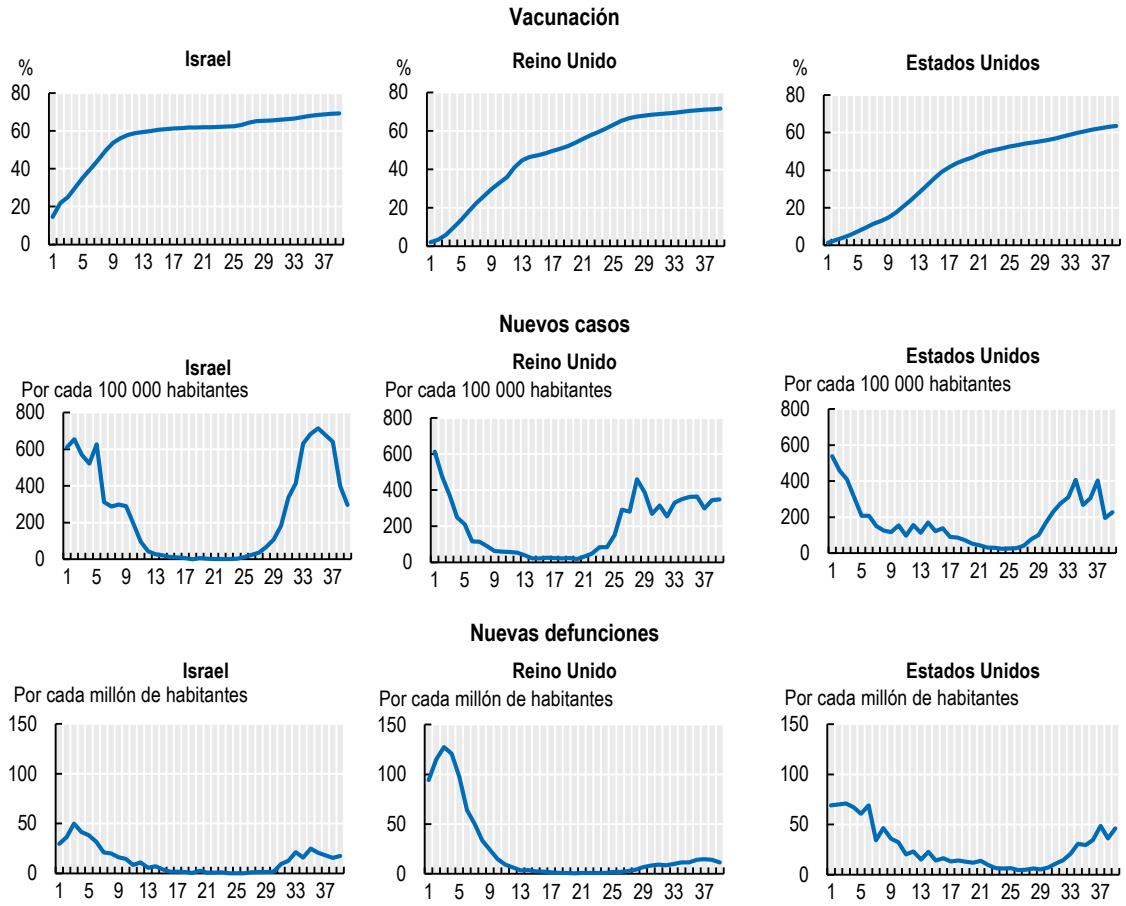
El avance en la vacunación ha sido muy variable entre los países de la OCDE, con proporciones de población totalmente vacunadas que van de menos de 40% en Colombia y México, a más de 86% en Portugal hasta mediados de octubre de 2021 (Our World in Data, 2021[19]). La velocidad de la distribución de vacunas se ve afectada por muchos factores, incluyendo los procesos regulatorios de aprobación, estrategias de adquisición y distribución, y la infraestructura y capacidad de fuerza laboral dedicada a la salud. Las dudas y la resistencia a las vacunas entre algunos grupos de población también han ralentizado el avance de la vacunación en algunos países.

Israel, Reino Unido y Estados Unidos fueron algunos de los primeros países de la OCDE en comenzar campañas de vacunación. La rápida distribución en los primeros meses de 2021, junto con medidas de contención y mitigación, contribuyeron a reducciones drásticas en nuevos contagios y defunciones en la primera mitad de 2021 (OECD, 2021[15]). Los tres países tuvieron un pico de contagios a principios de enero de 2021, pero las tasas de contagio disminuyeron rápidamente en los meses subsecuentes (Figura 2.5). Estas se han incrementado de nuevo desde junio de 2021 en estos y muchos otros países de la OCDE, a medida que se propagó la variante Delta que es más contagiosa. Sin embargo, en general no se presentó un aumento proporcional de defunciones por COVID-19. En efecto, en los países de la OCDE con índices de vacunación superiores a 65% desde mediados de octubre, las defunciones semanales por COVID-19 han disminuido en promedio 86% desde finales de enero de 2021 –en comparación con una disminución de 55% en los países de la OCDE con índices de vacunación inferiores (entre los países que registran las muertes por COVID-19).

Los incrementos en contagios y muertes por COVID-19 que empezaron alrededor de junio/julio de 2020 en estos tres países y en algunos otros de la OCDE, se dieron principalmente entre la población no vacunada, pues los índices de vacunación se estabilizaron alrededor de 60-70% de la población después de la rápida distribución inicial. Por ejemplo, los datos de Francia para la última semana de septiembre de 2021 indican que la incidencia semanal y las tasas de mortalidad eran ocho veces más altas entre los no vacunados en comparación con los totalmente vacunados. Lo que es más, las personas no vacunadas representaban 74% del total de hospitalizaciones por COVID-19, y 77% del total de ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) por COVID-19 (DREES, 2021[20]). En Italia, 90% del total de fallecidos por COVID-19 entre 40 y 59 años de edad de mediados de agosto a mediados de septiembre de 2021, eran personas no vacunadas (Instituto Superiore di Sanità, 2021[21]). Se han observado resultados similares en Estados Unidos, donde con la propagación de la variante Delta, los no vacunados han tenido un riesgo cinco veces mayor de contagio, diez veces mayor de hospitalización y once veces mayor de muerte (CDC, 2021[22]).

Sin embargo, la protección de las vacunas contra la COVID-19 parece disminuir con el tiempo (Public Health England, 2021[23]; Thomas et al., 2021[24]; Naaber et al., 2021[25]). En consecuencia, a principios de octubre de 2021, 15 países de la OCDE empezaron a aplicar dosis de refuerzo a parte o el total de la población vacunada. En la mayoría de los países estas se han limitado a ciertos grupos de edad o poblaciones de alto riesgo, aunque la proporción de población que ha recibido una dosis de refuerzo es ya alta en Israel (43%), y Chile (20%) (Our World in Data, 2021[19]). La evidencia inicial de Israel sugiere que las dosis

Figura 2.5. **Avance de la vacunación y nuevos casos y defunciones semanales por COVID-19 en Israel, Reino Unido y Estados Unidos, 2021 (por semana calendario)**



Nota: Total o parcialmente vacunados. Últimos datos para la semana calendario 39.
Fuente: Our World in Data (2021[19]), "Coronavirus (COVID-19) Vaccinations", https://ourworldindata.org/covid-vaccinations; ECDC (2021[7]) "COVID-19 datasets", *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*.

de refuerzo aumentan sustancialmente la protección contra infección sintomática y enfermedad grave entre los grupos de 60 años y mayores (Bar-On et al., 2021[26]). Sin embargo, esta práctica sigue siendo controvertida, en vista de lo limitado del avance de la vacunación en otras partes del mundo, y con la Organización Mundial de la Salud pidiendo una moratoria en las dosis de refuerzo hasta finales de 2021 para permitir a todos los países vacunar al menos a 40% de sus poblaciones (WHO, 2021[27]).

La alta transmisibilidad de la variante Delta y la disminución en la efectividad de las vacunas hacen que se requieran índices de vacunación mucho más altos de lo que originalmente se pensó para alcanzar la 'inmunidad de rebaño' –si acaso esta se puede alcanzar. Por lo tanto, podrá ser necesario considerar algunas medidas de salud pública, aun en países con altos niveles de vacunación.

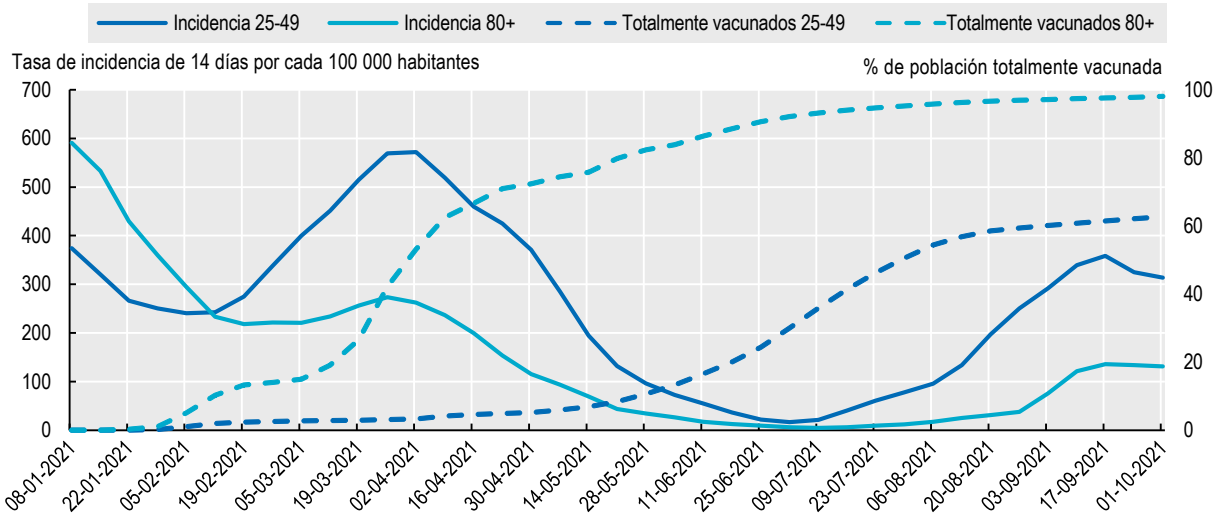
Las campañas de vacunación han ayudado a proteger a los adultos mayores y otros grupos vulnerables

Dado el avance gradual en el suministro de vacunas y los desafíos logísticos de una rápida distribución, todos los países de la OCDE establecieron prioridades claras en cuanto a los sectores de sus poblaciones que se beneficiaron antes con la vacunación. Aunque la secuencia precisa de vacunación fue diferente entre países, se dio prioridad consistentemente a los adultos mayores y otros grupos vulnerables. Hacia octubre de 2021, casi todos los países de la OCDE habían dado a los adultos acceso universal a la vacunación,

y en la mayoría de los países los adolescentes habían sido incluidos en las campañas de vacunación.

El impacto de la vacunación de grupos vulnerables es claro. En Austria, por ejemplo, las tasas de contagio han estado disminuyendo para personas de 80 años y mayores desde principios de año, y eran cercanas a cero a principios de julio de 2021, con casi 93% de este grupo de población totalmente vacunado (Figura 2.6). La propagación de la variante Delta ha incrementado las tasas de contagio de nuevo desde alrededor de julio de 2021 para todos los grupos de edad. Sin embargo, en vista de que la población de mayor edad, ya vacunados, tenía mejor protección que los más jóvenes, el consecuente incremento de tasas de contagio –debido a la más alta transmisibilidad de la variante del virus y la disminución de la eficacia de las vacunas– fue mucho menor en este grupo de edad que en población más joven. Se han observado patrones similares en Alemania, donde los datos demuestran una disminución de contagios mucho más rápida entre las personas de 80 años y mayores, que entre grupos de población más joven desde enero de 2021 (Robert Koch Institut, 2021[28]).

Figura 2.6. **Evolución de la tasa de incidencia de 14 días y avance de la distribución de vacunas a lo largo del tiempo, por grupo de edad, Austria**



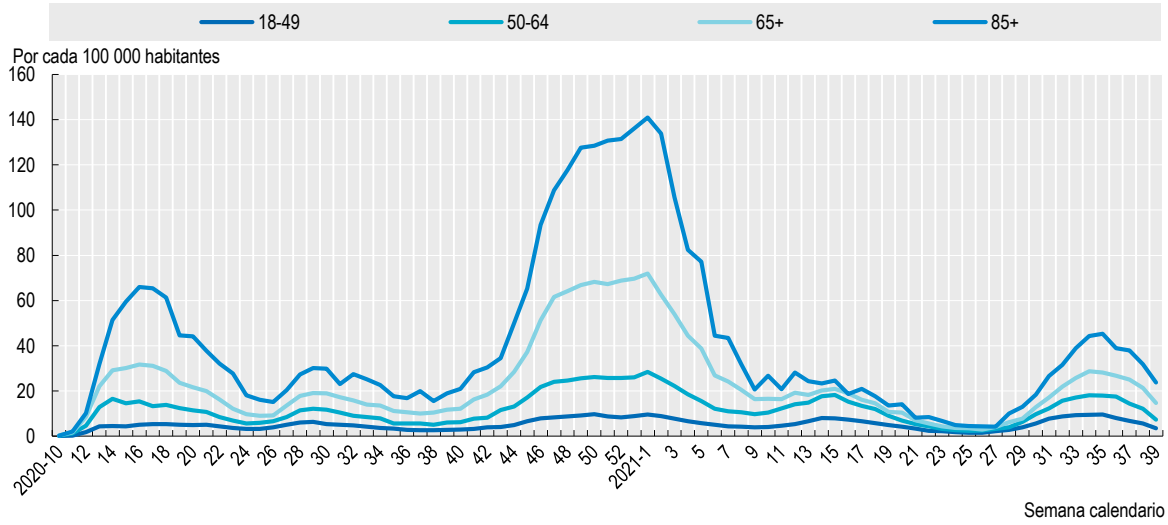
Fuente: ECDC (2021[7]) "COVID-19 datasets", *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*; Our World in Data (2021[19]), "Coronavirus (COVID-19) Vaccinations", *https://ourworldindata.org/covid-vaccinations*.

El avance en la cobertura de la vacunación también ha contribuido a disminuir las hospitalizaciones en 2021, particularmente de adultos mayores. En Estados Unidos, por ejemplo, las tasas de hospitalización de personas de 85 años y mayores bajaron sustancialmente a medida que las campañas de vacunación se aceleraban (Figura 2.7). Hacia junio de 2021, las tasas de hospitalización de este grupo de edad más vulnerable fueron muy cercanas a las tasas de hospitalización generales para todos los grupos de edad. Las tasas de hospitalización se incrementaron de nuevo desde julio, debido en parte a la variante Delta, antes de alcanzar un pico a principios de septiembre. Sin embargo, aunque las tasas de hospitalización de personas de menos de 50 años estuvieron en el mismo nivel en septiembre y en enero, entre personas de 85 años y mayores fueron solo una tercera parte del pico de enero.

El exceso de mortalidad fue 60% superior a las defunciones por COVID-19 reportadas en 2020 en todos los países de la OCDE

Mientras que las defunciones por COVID-19 reportadas son una medida crítica para monitorear el impacto en salud de la pandemia, la comparabilidad internacional de este indicador ha sido limitada por las diferencias en las prácticas de codificación y registro entre los países. Más aún, factores como la falta de disponibilidad de pruebas de diagnóstico

Figura 2.7. **Tasas de hospitalización semanales asociadas con COVID-19, por grupo de edad, Estados Unidos, marzo de 2020 a septiembre de 2021**



Nota: COVID-NET cubre hospitales de 14 estados.
Fuente: CDC (2021[29]), "COVID-NET Laboratory-confirmed COVID-19 hospitalizations", *https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#covidnet-hospitalization-network*.

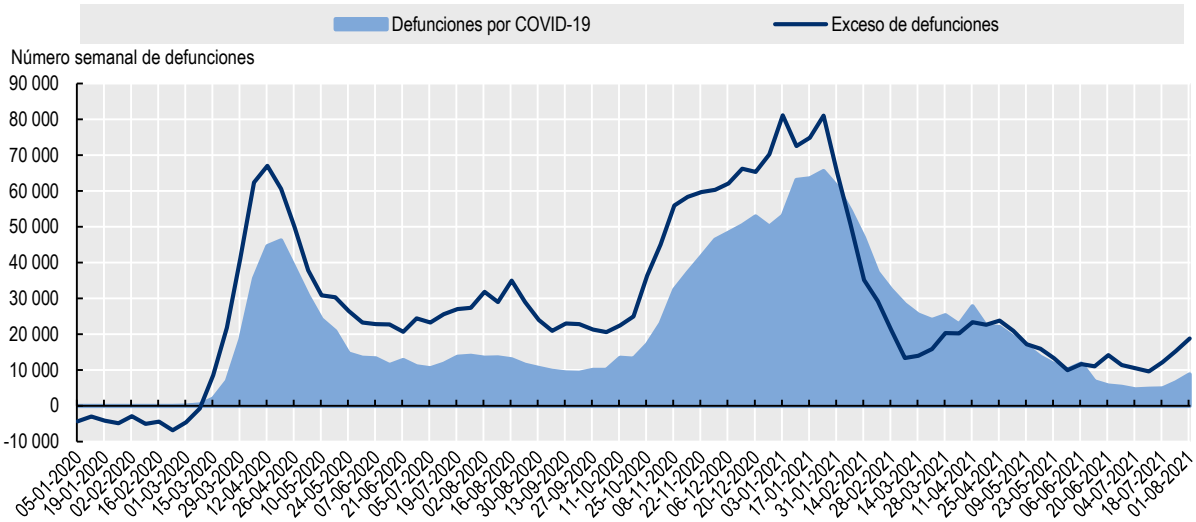
al principio de la pandemia probablemente impactaron la certeza de la determinación de la causa de muerte. Por lo tanto, la cifra reportada de defunciones por COVID-19 es probablemente subestimada en diferente medida en todos los países.

Un análisis de la mortalidad por todas las causas –y particularmente el exceso de mortalidad, una medida del número total de defunciones sobre lo que se hubiera esperado normalmente en un cierto período del año– proporciona una medida de mortalidad general que es menos susceptible a los factores anteriormente mencionados (Recuadro 2.1). Sin embargo, no es una medida directa de defunciones por COVID-19, ya que muestra el total de fallecimientos en exceso, independientemente de su causa.

Para 30 países de la OCDE, el número total de muertes en exceso fue mucho mayor que las muertes registradas por COVID-19 en todas las semanas desde marzo de 2020 hasta el final de 2020 (Figura 2.8). Esto sugiere una subestimación sustancial de muertes por causa directa de COVID-19 en algunos países, y apunta a un posible incremento en la mortalidad por otras causas indirectamente relacionadas con la COVID-19. El exceso de mortalidad comenzó a declinar a finales de enero de 2021, y permaneció debajo del número de muertes por COVID-19 en febrero y marzo de 2021. Una posible explicación es la drástica reducción en el número de defunciones relacionadas con la influenza, en comparación con el período 2015-2019 en muchos países en el hemisferio norte debido a medidas de distanciamiento social. Hasta ahora, el exceso de mortalidad en 2021 ha sido mucho más moderado y más alineado con el registro de defunciones por COVID-19.

A nivel país, el exceso de mortalidad fue positivo en todos los países excepto en uno (Noruega) en los 18 meses de enero de 2020 a junio de 2021.[4] El índice de exceso de mortalidad por millón de habitantes fue particularmente alto en México (Figura 2.9).[5] Se registró un exceso de mortalidad muy bajo en Nueva Zelanda, Australia, Dinamarca, Islandia y Corea. En total, los países de la OCDE registraron alrededor de 2.5 millones de defunciones adicionales, en comparación con el número promedio de defunciones en los cinco años previos. Esto significa que 16% más personas murieron entre enero de 2020 y junio de 2021 de lo que normalmente se hubiera esperado. (Anexo Tabla 2.A.1).

Figura 2.8. **Defunciones semanales por COVID-19 en comparación con el exceso de defunciones semanales en 30 países de la OCDE, enero de 2020 a principios de agosto 2021**



Nota: Los datos excluyen a Australia, Canadá, Colombia, Corea, Costa Rica, Irlanda, Japón, y Turquía.
Fuente: OECD (2021[30]), OECD Health Statistics, *https://doi.org/10.1787/health-data-en*.

En una escala global, la OMS estimó que el total de defunciones en exceso atribuibles a COVID-19 en 2020, tanto directa como indirectamente, debe alcanzar al menos 3 millones (WHO, 2021[31]). Esto sería 1.2 millones más de defunciones que las oficialmente reportadas como muertes por COVID-19.

La esperanza de vida decreció en 2020 en 24 de 30 países de la OCDE

En todos los países de la OCDE, excepto seis, el número excepcionalmente alto de muertes en 2020 tuvo un impacto en la esperanza de vida. Aún antes de COVID-19, los aumentos en la esperanza de vida se habían ralentizado notablemente en varios países de la OCDE en la última década, debido principalmente a una disminución en los adelantos en mortalidad por enfermedades cardiovasculares, un incremento en la mortalidad por demencia, y temporadas fuertes de influenza (Raleigh, 2019[34]). Los datos preliminares para 2020 sugieren que la esperanza de vida bajó en todos los países de la OCDE con datos disponibles, excepto en Noruega, Japón, Costa Rica, Dinamarca, Finlandia y Letonia (Figura 2.10).

La reducción anual fue particularmente grande en Estados Unidos (-1.6 años), España (-1.5 años), Lituania y Polonia (-1.3 años), así como en Bélgica e Italia (ambos -1.2 años). En Italia, Polonia, España y Reino Unido, la esperanza de vida se encuentra ahora alrededor de los niveles de 2010; en Estados Unidos, la esperanza de vida proyectada en 2020 es más de un año por debajo de la de 2010.

La COVID-19 de largo plazo afecta a muchas personas

La 'COVID de largo plazo', caracterizada por síntomas que incluyen fatiga, falta de aliento, dolor de pecho o ansiedad, impide el retorno a la vida normal, y tiene repercusiones sociales y económicas potencialmente de largo plazo. Aunque se sigue haciendo investigación sobre esta enfermedad, existen todavía lagunas en los conocimientos sobre los mecanismos por los que la infección puede causar síntomas prolongados, por qué determinados grupos de población corren mayor riesgo y cuál es la mejor manera de tratar la enfermedad. Hasta la fecha tampoco existe un consenso sobre cómo debe definirse exactamente la 'COVID de largo plazo'. Dicho esto, han empezado a surgir algunas pruebas convergentes sobre la COVID de largo plazo.

Recuadro 2.1 **Medición de muertes por COVID-19 y todas las causas de mortalidad**

Limitaciones que afectan la comparabilidad entre países de los datos de muertes por COVID-19

La comparabilidad entre países de datos de defunciones por COVID-19 se ve afectada por las diferentes prácticas de registro, dependiendo del lugar donde ocurrió la muerte y la disponibilidad de pruebas (particularmente al principio de la pandemia), así como las prácticas de codificación. En particular:

- Si las muertes por COVID-19 ocurren fuera de los hospitales son totalmente registradas. Por ejemplo, Bélgica, Francia e Italia, entre otros, pusieron en práctica mejores y más rápidos procedimientos de reporte desde el principio, para contabilizar las defunciones que ocurrieron en otros contextos, principalmente hogares de ancianos.
- Diferencias en la capacidad para hacer pruebas entre países a lo largo del tiempo, ya que muchos países enfrentaron graves limitaciones en este sentido al principio de la pandemia.
- Diferencias en prácticas de codificación, especialmente si los casos en los que hay sospecha se contabilizan junto con los confirmados con pruebas. Bélgica, Luxemburgo y Reino Unido son ejemplos de países que incluyeron los casos supuestos y confirmados con pruebas en sus cifras de muertes por COVID-19
- Si se contabilizan únicamente las defunciones por COVID-19 como la causa subyacente de muerte, o si las defunciones con COVID-19 como causa secundaria y contribuyente son incluidas.

Uso de datos de exceso de mortalidad para medir el impacto directo e indirecto de la COVID-19

El exceso de mortalidad tiene considerablemente menos limitaciones de comparabilidad entre países que las muertes por COVID-19 reportadas. Sin embargo, no es una medida directa de las muertes por COVID-19, ya que incluye todas las muertes en exceso, independientemente de su causa. Las variaciones nacionales en las tasas de mortalidad subyacentes relacionadas con diversos eventos y la evolución del virus, hacen necesaria la cautela al comparar el exceso de mortalidad en un momento determinado. En particular:

- Las diferencias entre países en otros eventos significativos este año y en años previos, tales como temporadas de influenza graves o ligeras, olas de calor y desastres naturales, pueden generar sub o sobreestimaciones del impacto de la COVID-19 en el exceso de mortalidad. En este capítulo, se ha elegido un período de cinco años (2015-2019) para limitar el impacto de las variaciones. Sin embargo, al usar este período de cinco años, con el número esperado de muertes se asume que no hay cambios en el tamaño de la población ni en su estructura de edad.
- El exceso de mortalidad se calcula como efecto neto que puede por lo tanto ser negativo; es decir, menos personas murieron durante el período en comparación con años anteriores. Como resultado de controles efectivos durante la pandemia pueden haber tanto un número inferior de defunciones por COVID-19, así como una reducción de muertes por otras causas. En esos casos, el número reportado de muertes por COVID-19 es un indicador más preciso del número de víctimas de la pandemia (Simonson y Viboud, 2021[32]).
- Las diferencias en el tiempo del inicio y olas de COVID-19 subsecuentes pueden afectar la comparabilidad en un plazo corto.

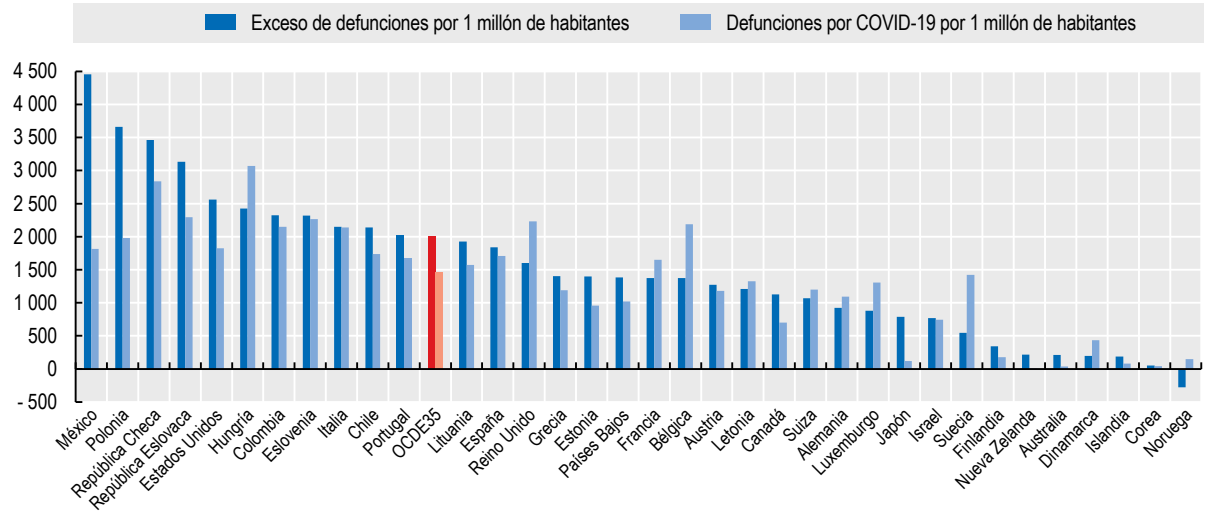
Tanto para COVID-19, como para muertes en exceso, los retrasos en el reporte de la mortalidad pueden afectar las tendencias recientes y las comparaciones entre países.

Fuente: Basado en Morgan et al. (2020[33]), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", *https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en*.

Los resultados de los estudios sobre la **prevalencia de la COVID-19 de largo plazo** difieren ampliamente, dependiendo del diseño del estudio, las poblaciones estudiadas y otros factores.

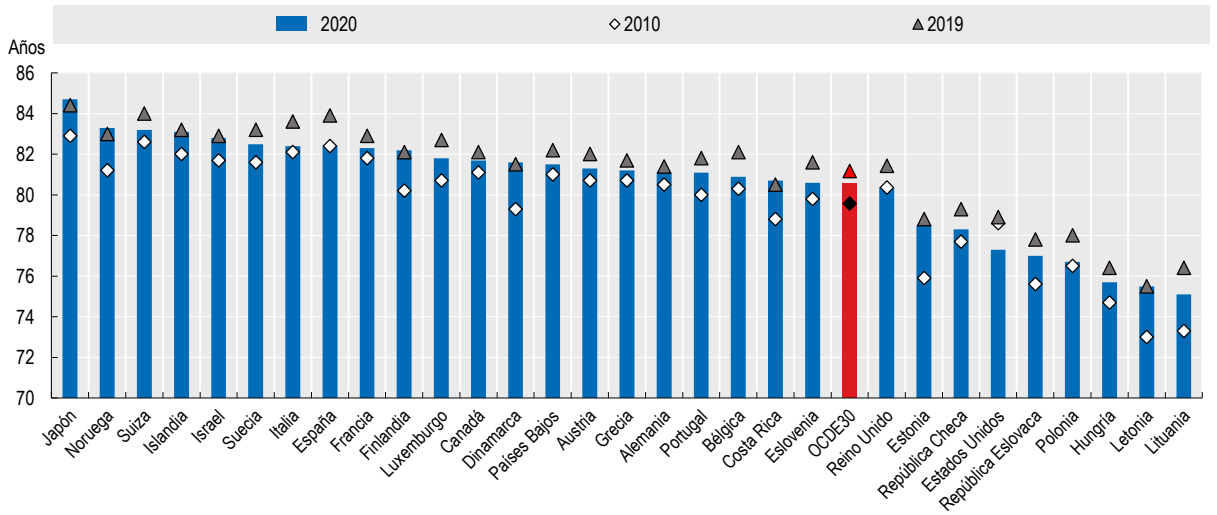
- Las investigaciones basadas en algunas de las mayores poblaciones de estudio sugieren tasas de prevalencia elevadas. Utilizando datos vinculados de los Registros Electrónicos de Salud de más de 270 000 sobrevivientes de COVID-19, principalmente de Estados Unidos, Taquet et al. descubrieron que 37% de los pacientes padecen al menos un síntoma prolongado de la COVID-19 entre 4 y 6 meses después del diagnóstico (Taquet et al., 2021[35]). En el análisis de una entrega reciente de su Encuesta sobre Infección por Coronavirus, basada en una muestra de población de tamaño similar, la Oficina Nacional de Estadísticas estimó que 1.1 millones de personas en Reino Unido (1.7% de la población), reportaron que padecían 'COVID de largo plazo' durante más de cuatro semanas después de la primera sospecha de estar contagiados de COVID-19 a principios de septiembre de 2021. (ONS, 2021[36]). De ese total, 77% tuvo (o sospechaba que tuvo) la COVID-19 al menos 12 semanas antes.

Figura 2.9. **Exceso de mortalidad acumulado en comparación con las defunciones por COVID-19 reportadas por millón de habitantes, enero de 2020 a fines de junio de 2021**



Nota: Los datos de exceso de defunciones no están disponibles para Costa Rica, Irlanda y Turquía. Los datos para Australia incluyen hasta la semana 25, para Canadá hasta la semana 22, y para Colombia hasta la semana 18. Los años de comparación para calcular el exceso de mortalidad son 2015-19. Los índices no están ajustados por edad. Las cifras de defunciones por COVID-19 pueden ser afectadas por la capacidad de los países para detectar y registrar contagios de COVID-19, y se incluyen en la gráfica para resaltar las diferencias importantes en exceso de mortalidad en algunos países.
Fuente: OECD (2021[30]), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*, con base en datos de EUROSTAT y datos nacionales.

Figura 2.10. **Esperanza de vida en 2020, 2019 y 2010, selección de países de la OCDE**



Nota: Los datos para 2020 son provisionales para algunos países,
Fuente: OECD (2021[30]), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*.

- Otros estudios a pequeña y mediana escala, también señalan la COVID-19 de largo plazo como una preocupación importante. En Francia, por ejemplo, de más de 4 000 pacientes, alrededor de 60% de los hospitalizados por COVID-19 tenían al menos un síntoma hasta seis meses después del contagio, y 25% tenían al menos tres síntomas (Ghosn et al., 2021[37]). Estudios menores que incluyen gente de Roma, Italia (Carfì et al., 2020[38]) y Ginebra, Suiza (Nehme et al., 2021[39]), muestran resultados consistentes en general. Sin embargo, el estudio de Sudre et al. apunta a un número menor de personas que padecen COVID-19 de largo plazo, con 2.3% de los infectados reportando síntomas que persistieron 12 semanas o más (Sudre et al., 2021[40]).

- En efecto, en un resumen de los resultados de estudios en Europa, Estados Unidos y China, Rajan et al. concluyeron que alrededor de una cuarta parte de quienes tuvieron la COVID-19 presentan síntomas de 4 a 5 semanas después del diagnóstico positivo, y alrededor de uno de cada diez presenta síntomas después de 12 semanas (Rajan et al., 2021[41]).

En diferentes estudios, los **síntomas** más comunes de la **COVID-19 de largo plazo** son fatiga, falta de aliento y ansiedad (COVID-19 Longitudinal Health and Wellbeing National Core Study/ONS, 2021[42]; Rajan et al., 2021[41]; Taquet et al., 2021[35]; Huang et al., 2021[43]). Entre los casos auto-reportados de COVID-19 de largo plazo en Reino Unido, 19% declararon que su habilidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria había sido muy limitada (ONS, 2021[36]).

Algunos grupos de población parecen tener un **riesgo más alto de la COVID-19 de largo plazo**. Los síntomas prolongados se asocian con la edad y ser mujer (Sudre et al., 2021[40]). Otros factores incluyen el sobrepeso/obesidad, hospitalización previa por COVID-19, y el número de síntomas en la fase aguda (Rajan et al., 2021[41]).

Hay evidencia temprana que también apunta a un **impacto económico** sustancial de la COVID-19 de largo plazo, debido al ausentismo o la reducción de productividad. En un análisis de la situación laboral de pacientes hospitalizados por COVID-19 en Francia, Garrigues et al. encontraron que solo 69% de aquellos que tenían empleo habían vuelto a sus lugares de trabajo de 3 a 4 meses después de la hospitalización (Garrigues et al., 2020[44]). Un estudio en Estados Unidos arrojó resultados similares (Chopra et al., 2020[45]), en el que 23% de quienes previamente estaban empleados no pudieron volver a sus trabajos por razones de salud 60 días después de ser dados de alta. Entre aquellos que volvieron a su trabajo, 26% trabajaron horarios reducidos o modificaron sus funciones por razones de salud.

Abordar el problema de la COVID-19 de largo plazo se convirtió en una prioridad en muchos países en 2021. En Europa se desarrollaron directrices de tratamiento especial, y se crearon clínicas post-COVID-19 dedicadas para acelerar la recuperación de los pacientes de COVID-19 de largo plazo (Rajan et al., 2021[41]). Se espera que la continuación de las campañas de vacunación reduzca el número de nuevos casos de COVID-19 de largo plazo, ya que las pruebas apuntan a que la vacunación aumenta la protección contra el padecimiento de sus síntomas (Antonelli et al., 2021[46]).

La COVID-19 ha impactado desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables

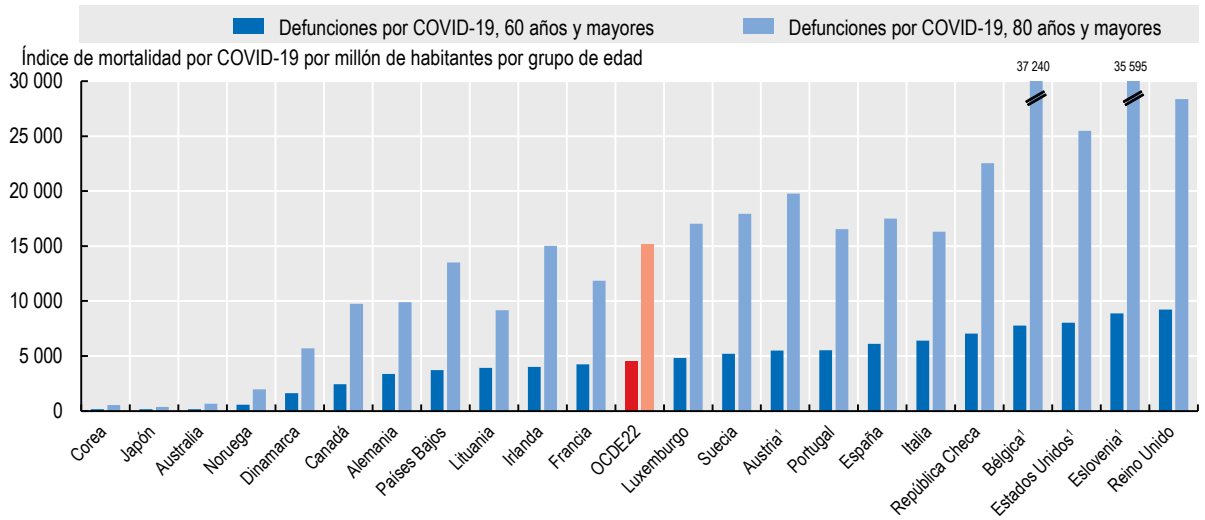
Aunque la COVID-19 representa una amenaza para el total de la población, no todos los grupos tienen el mismo riesgo. La población expuesta a más interacciones sociales –incluyendo a los trabajadores 'esenciales' como empleados de supermercados, personal de salud y cuidadores de largo plazo– tienen mayor posibilidad de infectarse. Si bien la edad sigue siendo el principal factor de riesgo de enfermedad grave y muerte, las personas de todas las edades con ciertas condiciones de salud subyacentes –incluyendo obesidad, cáncer, hipertensión, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica– enfrentan un riesgo elevado (Katz, 2021[47]; Sánchez-Ramírez y Mackey, 2020[48]; Tartof et al., 2020[49]). El tabaquismo, abuso del alcohol y la obesidad también incrementan la posibilidad de morir por COVID-19 (Reddy et al., 2021[50]; Sánchez-Ramírez y Mackey, 2020[48]; WHO, 2020[51]). Estos riesgos no se distribuyen equitativamente: las poblaciones más pobres y desfavorecidas han corrido un riesgo mayor de infección, hospitalización y muerte a lo largo de buena parte de la pandemia.

Más de 90% de las muertes por COVID-19 han ocurrido entre personas de 60 años o mayores

La gran mayoría de las defunciones por COVID-19 al inicio de 2021 ocurrieron entre la población de mayor edad, con 93% entre aquellos de 60 años de edad y mayores, y alrededor de tres quintas partes (58%) entre personas de 80 años y mayores en 21 países de la OCDE con datos comparables (OECD, próxima publicación[52]). Se requiere cautela al interpretar los índices de mortalidad por grupo de edad, debido a las diferencias en la codificación de muertes por COVID-19 que puede ser particularmente significativa entre poblaciones de más edad, entre quienes hay más comorbilidades. El impacto de la mortalidad por COVID-19 entre poblaciones de mayor edad ha sido particularmente alto en Bélgica, Eslovenia, Estados Unidos, y Reino Unido, donde más de 2.5% de la población entre 80 y 85 años y mayores fallecieron (Figura 2.11).

Los residentes en instalaciones de cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) han sido especialmente vulnerables a contraer el virus y morir por COVID-19. La avanzada edad de muchos residentes, la falta de suficiente equipo de protección individual (EPI) para residentes y cuidadores (o su uso insuficiente), y el control deficiente de infecciones, provocaron que en muchas instalaciones de cuidados de largo plazo se dieran brotes que se propagaron rápidamente –en especial al principio de la pandemia.

Figura 2.11. **Defunciones por COVID-19, confirmadas o supuestas, por millón de habitantes entre grupos de población de mayor edad (durante mayo 2021)**



Nota: Datos de muertes acumuladas hasta principios de mayo de 2021, excepto para Canadá, Italia y Reino Unido (fines de abril); República Checa, Irlanda, Japón, Lituania y Eslovenia (fines de febrero). Las diferencias en codificación y reporte entre países afectan la comparabilidad de resultados. 1. Los datos se refieren a personas de 65 años y mayores, y 85 años y mayores para Austria, Bélgica, Eslovenia y Estados Unidos (65+ y 85+). Reino Unido se refiere a Inglaterra y Gales.
Fuente: COVID-19 INED (2020[53]), "Demographics of COVID-19 deaths", *https://dc-covid.site.ined.fr/en/*, complementado con el Cuestionario 2021 de la OCDE sobre COVID-19 y LTC. Eurostat (2021[54]), "Life expectancy by age and sex", *https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en*, y OECD (2021[30]), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*, para datos sobre demografía (2018).

La COVID-19 ha expuesto y exacerbado las disparidades existentes en la sociedad

Los grupos desfavorecidos socialmente han enfrentado un riesgo elevado de infección, enfermedad severa y muerte por el virus. Esto se debe a una probabilidad más alta de tener condiciones de trabajo adversas, menores posibilidades de teletrabajo, mayor exposición a otros individuos a través de condiciones de vida y de trabajo más saturadas, y una mayor prevalencia de los principales factores de riesgo. En particular, los nuevos datos de los países de la OCDE han demostrado que el riesgo de infección y los efectos adversos para la salud han sido mayores entre:

- Los que viven en **zonas marginadas**, como se observa en estudios de Alemania, Bélgica, Colombia, Italia y Reino Unido (Inglaterra). Por ejemplo, en Reino Unido, entre marzo y julio de 2020, el índice de mortalidad por COVID-19 fue 2.2 veces mayor entre las personas que vivían en las zonas más desfavorecidas de Inglaterra, en comparación con las zonas menos desfavorecidas (ONS, 2020[55]).
- Las personas con **menores ingresos**, como se ha documentado en Bélgica, Corea, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia. En Bélgica, por ejemplo, el exceso de mortalidad fue dos veces mayor para las personas en el decil de ingresos más bajo en comparación con el decil de ingresos más alto (Decoster, Minten y Spinnewijn, 2020[56]).
- Aquellos con **menor nivel educativo**, como se ha observado en Bélgica y Suecia. Por ejemplo, en Suecia los hombres y mujeres cuyo nivel educativo es solamente primaria tuvieron índices de mortalidad 24% y 51% superiores que quienes habían completado educación media superior (Drefahl et al., 2020[57]).

- La mayoría de las **minorías étnicas**, como se ha comprobado en estudios en Brasil, Canadá, México, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos. En Brasil, por ejemplo, el riesgo de muerte por COVID-19 era 1.5 veces más alto entre la población de raza negra, a pesar de una tasa de incidencia más alta entre la población de raza blanca (Martins-Filho et al., 2021[58]).
- Los **inmigrantes y sus familias**, como se ha documentado en Dinamarca, Francia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Suecia y Reino Unido. Por ejemplo, en Noruega, los índices de hospitalización fueron tres veces más altos para personas nacidas en otros países (NIPH, 2021[59]).

Aunque la orientación general de estas disparidades observadas es clara, existe una amplia variación en los resultados observados, debida en parte a diferencias metodológicas como el diseño de los estudios y el período de observación. La Tabla 2.1 proporciona información más detallada sobre la evidencia de desigualdades socioeconómicas y demográficas para las variables clave de los resultados de salud de COVID-19, como contagios, hospitalizaciones y defunciones.

Tabla 2.1. **Impacto de desigualdades socioeconómicas y demográficas en resultados de COVID-19, selección de estudios**

Indicador de status socioeconómico	Resultados de COVID-19
Marginación	• En **Bélgica**, el exceso de mortalidad del grupo más desfavorecido fue 11% mayor durante el pico de la primera ola y 13% mayor durante el pico de la segunda ola, en comparación con la población menos desfavorecida. (Bourguignon et al., 2020[60]). • En **Colombia** el riesgo de muerte por COVID-19 fue 73% más alto entre la población con estatus socioeconómico bajo, en comparación con la de estatus socioeconómico alto (Cifuentes et al., 2021[61]). • En **Alemania**, mientras que la incidencia de COVID-19 fue inicialmente más alta en áreas menos desfavorecidas, esta tendencia se revirtió a medida que la incidencia escaló en áreas marginadas y disminuyó en las menos desfavorecidas (Wachtler et al., 2020[62]; Hoebel et al., 2021[63]). • En **Italia**, la razón de la tasa de incidencia de COVID-19 entre el quintil más desfavorecido y el menos desfavorecido creció tras el confinamiento, de 1.14 a 1.47 (Mateo-Urdiales et al., 2021[64]). • En **Reino Unido**, la tasa de mortalidad por COVID-19 fue 2.2 veces más alta en Inglaterra, y 1.85 veces más alta en Gales en las zonas más desfavorecidas, en comparación con las zonas menos desfavorecidas entre marzo y julio de 2020 (ONS, 2020[55]). Entre marzo y mayo de 2020, los varones del quintil más desfavorecido de Inglaterra tuvieron tasas de mortalidad 2.3 veces más altas que los del quintil menos desfavorecido, mientras que las mujeres del quintil más desfavorecido tuvieron tasas de mortalidad 2.4 veces más altas que las mujeres del quintil menos desfavorecido (Public Health England, 2020[65]). • En **Estados Unidos**, los condados más desfavorecidos registraron sistemáticamente tasas de mortalidad más altas que los condados más favorecidos (Chen y Krieger, 2020[66]). Un aumento de 5% en las malas condiciones de vivienda por condado se asoció con un aumento de 42% en el riesgo relativo de mortalidad por COVID-19 (Ahmad et al., 2020[67]).
Ingreso	• En **Bélgica**, el exceso de mortalidad entre los hombres y las mujeres del decil de ingresos más bajo fue dos veces mayor que el de las personas del decil de ingresos más alto (Decoster, Minten y Spinnewijn, 2020[56]). • En **Corea**, el nivel socioeconómico más bajo se asoció con un aumento de 19% del riesgo de infección por COVID-19 en comparación con el nivel socioeconómico más alto (Oh, Choi y Song, 2021[68]). La tasa de mortalidad de los beneficiarios de la Ayuda Médica fue siete veces superior a la de los beneficiarios del Servicio Nacional de Seguro de Salud (Lee et al., 2021[69]). • En **Luxemburgo**, los casos de COVID-19 entre los grupos de menores ingresos fueron más de una tercera parte superiores (37%) que entre los grupos de ingresos altos, aunque las muertes por población fueron más entre el grupo de ingresos altos (Berchet, próxima publicación[70]). • En **Países Bajos**, el riesgo relativo de muerte por COVID-19 fue dos veces más alto en los hogares del grupo de ingresos más bajos, en comparación con los hogares en el grupo de ingresos más altos (Statistics Netherlands, 2021[71]). En **Suecia**, la mortalidad entre los hombres del tercil de ingresos más bajo fue 75% superior a la de los hombres del tercil de ingresos más alto, mientras que para las mujeres del tercil de ingresos más bajo la mortalidad fue 26% superior a la de aquellas del tercil de ingresos más alto (Drefahl et al., 2020[57]).

Tabla 2.1. **Impacto de desigualdades socioeconómicas y demográficas en resultados de COVID-19, selección de estudios** (cont.)

Indicador de status socioeconómico	Resultados de COVID-19
Educación	• En **Alemania**, las personas con bajo nivel educativo tuvieron un riesgo mayor de desarrollar COVID-19 grave: 69.8% tuvieron un riesgo mayor de COVID-19 grave, en comparación con 40.9% de las personas con alto nivel educativo. • En **Bélgica**, las tasas de mortalidad por COVID-19 entre adultos mayores que no terminaron la primaria fue casi 40% superior a las de aquellos que completaron la educación superior (Decoster, Minten y Spinnewijn, 2020[56]). • En **Suecia**, entre hombres y mujeres con un nivel educativo equivalente a primaria, las tasas de mortalidad por COVID-19 fueron 24% y 51% más altas que entre hombres y mujeres que completaron la educación media superior, mientras que entre hombres y mujeres con secundaria las tasas de mortalidad fueron 25% y 38% más altas que entre quienes completaron educación media superior (Drefahl et al., 2020[57]). El impacto de la educación fue más fuerte entre la población joven y las mujeres de todas las edades (National Board of Health and Welfare, 2021[73]).
Origen étnico	• En **Brasil**, el riesgo de mortalidad por COVID-19 fue 1.5 veces más alto entre la población de raza negra, a pesar de que la tasa de incidencia era mayor entre la población blanca, y los brasileños negros y de piel morena ("pardos") hospitalizados, tuvieron un riesgo de mortalidad entre 1.3 y 1.5 veces más alto en comparación con los brasileños blancos (Martins-Filho et al., 2021[58]). • En **Canadá**, la tasa de mortalidad por COVID-19 en comunidades con la proporción más alta de minorías visibles fue alrededor de dos veces superior a la de las comunidades con la proporción más baja (Subedi, Greenberg y Turcotte, 2020[74]). • En **México**, la población indígena tuvo probabilidades más altas de morir que la población no indígena, y los pacientes indígenas hospitalizados tuvieron un riesgo 1.13 veces mayor de morir por COVID-19 que los pacientes no indígenas (Ibarra-Nava et al., 2021[75]). • En **Nueva Zelanda**, las probabilidades de resultados más graves eran más del doble (2.15) para las personas de etnia asiática, y casi tres (2.76) veces más altas para las personas de etnia del Pacífico, en comparación con las de etnia europea y otras (Jefferies et al., 2020[76]). • En **Reino Unido**, la tasa de mortalidad por COVID-19 entre los varones negros africanos fue 3.7 veces superior a la de los varones blancos británicos durante la primera oleada de la pandemia. Durante la segunda ola, las minorías étnicas siguieron teniendo un riesgo elevado de morir, pero las diferencias para la mayoría de los grupos (excluyendo a las personas de ascendencia bangladesí y pakistaní) fueron menores que durante la ola inicial de la pandemia (ONS, 2021[77]). • En **Estados Unidos**, el riesgo de hospitalización por COVID-19 fue entre 2.8 y 3.5 veces mayor, y el riesgo de mortalidad entre 2.0 y 2.4 veces mayor, para los indígenas americanos, los nativos de Alaska, los hispanos, los latinos, los negros y los afroamericanos, en comparación con los residentes blancos no hispanos (Centers for Disease Control and Prevention, 2021[78]).
Migración	• En **Dinamarca** (región de la capital), los inmigrantes de países no europeos y sus descendientes tuvieron 26% de todas las infecciones por COVID-19, a pesar de representar solo el 13% de la población de la región (Statens Serum Institut, 2020[79]). • En **Francia**, la mortalidad entre los nacidos en Francia aumentó 22% en marzo-abril de 2020 en comparación con el mismo periodo de 2019, pero 54% entre los nacidos en el Magreb, 91% entre los nacidos en Asia y 114% entre los nacidos en países africanos no magrebíes (Papon y Robert-Bobée, 2020[80]). • En **Italia**, las personas procedentes de países con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) bajo, tuvieron 1.39 veces más probabilidades de ser hospitalizadas, y 1.32 veces más probabilidades de morir, que las personas nacidas en Italia (Fabiani et al., 2021). • En **Luxemburgo**, las personas nacidas en el extranjero tuvieron 1.18 más probabilidades de infectarse con COVID-19, aunque el exceso de mortalidad entre los residentes nacidos en el extranjero fue de 57% respecto a la población nacida en Luxemburgo (Berchet, próxima publicación[70]). • En **Noruega**, las tasas de hospitalización por COVID-19 fueron tres veces superiores para las personas nacidas fuera del país (y más de 15 veces más altas para las personas nacidas en Pakistán o Somalia), en comparación con los nacidos en Noruega (NIPH, 2021[59]). • En **Suecia**, el exceso de mortalidad entre marzo y mayo de 2020 entre los mayores de 65 años, fue de más de diez veces entre los inmigrantes de Irak, Somalia y Siria (220%), en comparación con los nacidos en Suecia, Europa o Norteamérica (Hansson et al., 2020[81]). El riesgo de mortalidad por COVID-19 para las personas procedentes de Oriente Medio y el norte de África fue más del triple para los hombres y el doble para las mujeres, en comparación con las personas nacidas en Suecia (Drefahl et al., 2020[57]). • En **Reino Unido**, el exceso de mortalidad aumentó más drásticamente entre las personas nacidas fuera del país que entre las nacidas en él. En comparación con el promedio de los últimos años, las muertes entre marzo y mayo de 2020 fueron 1.7 veces más altas entre los nacidos en Reino Unido, pero más del triple entre las personas nacidas en el este y el sur de África, Oriente Medio, el sureste asiático y el Caribe, y 4.5 veces más altas entre los inmigrantes de África central y occidental (Public Health England, 2020[65]).

El impacto de las disparidades socioeconómicas en la infección por COVID-19 y sus resultados han evolucionado a lo largo de la pandemia. La evidencia de Austria, Alemania, y Nueva Zelanda sugiere que en muchos casos la pandemia comenzó en comunidades con estatus socioeconómico más alto, pero con el tiempo pasó a impactar con mayor fuerza comunidades con estatus socioeconómico más bajo (Wachtler y Hoebel, 2020[82]; The Austrian National Public Health Institute, 2021[83]). En Reino Unido (Inglaterra), las disparidades socioeconómicas en los resultados fueron particularmente dramáticas durante el primer pico de la pandemia, pero se han atenuado un poco para ciertos grupos, incluyendo a la población de ascendencia negra caribeña y negra africana (ONS, 2021[77]).

Además de los resultados sanitarios de COVID-19, existe alguna evidencia de que la celeridad de la distribución de vacunas también fue diferente entre grupos de población. En Francia, los habitantes de las áreas más desfavorecidas tuvieron consistentemente índices de vacunación inferiores a los de quienes viven en las áreas menos desfavorecidas, en todos los grupos de edad, hacia septiembre de 2021, y esta diferencia fue más pronunciada en el grupo de 20-39 años de edad (67% contra 81% con al menos cobertura parcial) (Assurance Maladie, 2021[84]). En Estados Unidos, el rastreo de datos del CDC resaltó una menor cobertura de vacunación completa entre la población negra, en comparación con los blancos o las personas de etnia asiática a mediados de octubre de 2021 (CDC, 2021[85]).

El personal de salud y de cuidados de largo plazo resultaron muy afectados al principio de la pandemia, y los efectos colaterales en su bienestar pueden tener un impacto duradero

El personal de salud y de cuidados de largo plazo han estado en la primera línea durante la pandemia de COVID-19, y mucho más expuestos al virus que otras profesiones. En particular quienes trabajan en centros de hospitalización y hogares de ancianos son los que corren el riesgo más alto (Nguyen et al., 2020[86]). Recibieron el impacto más crítico durante 2020, debido a la falta de equipo de protección individual (EPI) al principio de la pandemia. Con base en datos limitados proporcionados por países en la "Forma de Reporte de Casos", la OMS calcula que el personal de salud representó 8% del total de casos de COVID-19 mundialmente[6] (WHO, 2021[87]). Esta proporción fue alrededor de 10% en los primeros tres meses de la pandemia, y se redujo a 2.5% a partir de septiembre de 2020. Entre los doce países de la OCDE en que se tuvo acceso a reportes de monitoreo epidemiológico, México es el país donde el personal de salud ha sido más afectado. Hacia finales de septiembre de 2021, se reportaron más de 278 000 empleados de salud contagiados en ese país, con más de 4 400 defunciones (Gobierno de México, 2021[88]). El personal de salud representa alrededor de 8% del total de contagios registrados, y cerca de 2% del total de fatalidades por COVID-19 en ese país. Comparativamente, en Países Bajos la proporción de personal de salud del total de contagios registrados es similar (10%), pero representan una proporción mucho menor del total de muertes (0.2%) (RIVM, 2021[89]). No obstante, los datos deben interpretarse con cautela, particularmente en comparaciones entre países, debido a que tienen diferentes capacidades para pruebas y definiciones de personal de salud.

La pandemia también ha afectado a la siguiente generación de personal de salud, lo que puede sentirse en los sistemas de salud en años por venir. Los estudios de medicina han sido interrumpidos con frecuencia, las clases presenciales han migrado a instrucción en línea, y la experiencia clínica ha sido cancelada en algunos casos para reducir el riesgo de infección de los estudiantes (Ferrel y Ryan, 2020[90]). Posponer las rotaciones clínicas de los estudiantes en los hospitales puede generar listas de espera y retrasos para la especialización de estudiantes de medicina, como ya se ha reportado en Costa Rica.

El impacto de la pandemia en la salud personal de la fuerza laboral dedicada a la salud frecuentemente fue más que la mayor probabilidad de infección por COVID-19. La presión constante debida a la elevada carga de trabajo afectó además el bienestar de muchos empleados de salud y trabajadores sociales, con altos índices de problemas de salud mental, agotamiento, ansiedad, depresión y estrés. (Recuadro 2.2) (Greenberg et al., 2020[91]; Heesakkers et al., 2021[92]; Denning et al., 2021[93]).

En las campañas de vacunación de todos los países se dio prioridad al personal de salud y LTC, para protegerlos a ellos y sus pacientes. Sin embargo, el avance de la vacunación ha sido lento para algunas ocupaciones relacionadas con la salud en algunos países. En Estados Unidos, las investigaciones han encontrado que, a partir de marzo de 2021, mientras que 75% de los médicos en las instalaciones de LTC ya estaban completamente vacunados,

los índices eran muy inferiores para personal de enfermería (57%) y ayudantes (46%) en los mismos escenarios (Lee et al., 2021[94]). Se observaron hallazgos similares en Francia, donde a mediados de julio de 2021 los médicos (76%) tenían mayores probabilidades de estar al menos parcialmente vacunados que el personal de enfermería (62%) o ayudantes de enfermería (55%) (Santé Publique France, 2021[95]). Para mejorar la aceptación de la vacunación, algunos países, como Francia e Italia, han ordenado la vacunación obligatoria del personal de salud.

Recuadro 2.2. **La atención de pacientes COVID-19 ha impactado la salud mental del personal de salud**

El impacto de la pandemia en la salud mental ha sido particularmente fuerte para médicos, personal de enfermería, cuidadores de LTC, y otros empleados trabajando cerca de los pacientes. El personal de salud ha informado de altos índices de ansiedad, depresión, agotamiento y rotación de personal desde el inicio de la pandemia. En una encuesta realizada entre los trabajadores de la Unión Europea, 70% de los empleados en el sector salud –más que ningún otro sector– declararon creer que su trabajo los ponía en riesgo de infección por COVID-19 (Eurofound, 2020[96]).

- En una encuesta realizada en marzo de 2020 entre personal de salud en Italia, cerca de la mitad (49%) presentaba síntomas de síndrome de estrés postraumático y una cuarta parte síntomas de depresión. Los trabajadores de primera línea tenían probabilidades significativamente más altas de mostrar síndrome de estrés postraumático que los que no declararon haber trabajado con pacientes de COVID-19 (Rossi et al., 2020[97]).
- Una encuesta realizada en abril de 2020 entre profesionales de la salud en España reveló que cerca de tres quintas partes de los encuestados declararon síntomas de ansiedad (59%) y/o trastorno de estrés postraumático (57%), y cerca de la mitad (46%) mostraron síntomas de depresión (Luceño-Moreno et al., 2020[98]).
- En Inglaterra (Reino Unido), casi la mitad de los encuestados en el estudio del personal del NHS (44%) declararon sentirse mal debido al estrés relacionado con el trabajo durante el año previo, un aumento del 9% desde 2019 (NHS, 2021[99]).
- En Estados Unidos, una encuesta realizada a trabajadores de salud de primera línea reveló que más de tres quintas partes (62%) informaron que el estrés o la preocupación por la COVID-19 afectó negativamente su salud mental, y cerca de la mitad (49%) informó que el estrés había afectado a su salud física (Kirzinger et al., 2021[100]). Casi un tercio de los encuestados declaró haber necesitado o haber recibido servicios de salud mental debido a la pandemia (Kirzinger et al., 2021[100]).

Existe evidencia que sugiere que el personal de enfermería puede haber experimentado más impactos negativos en la salud mental por la pandemia que los médicos (De Kock et al., 2021[101]). Una encuesta realizada a 33 asociaciones nacionales de enfermería (ANE) reveló que tres quintas partes informaron que a veces o regularmente recibían informes de enfermeras sobre problemas de salud mental relacionados con la pandemia (International Council of Nurses, 2020[102]).

Los impactos de largo plazo de la COVID-19 en los sistemas de salud y la sociedad siguen surgiendo

La necesidad de prepararse y atender a la avalancha de pacientes de la COVID-19, afectó gravemente y puso a prueba los sistemas de salud en el transcurso de la pandemia. Los pacientes con otras necesidades de atención han visto reducido su acceso a los servicios. El miedo a la pandemia y las políticas de distanciamiento social aplicadas para contener el virus han repercutido en la salud mental de muchas personas, en particular de los jóvenes y del personal de salud. Al mismo tiempo, las medidas para limitar la propagación del virus también tuvieron algunos "efectos secundarios" positivos en algunos resultados sanitarios (Recuadro 2.3).

Recuadro 2.3. **Las medidas de salud pública para contener la propagación del virus SARS-CoV-2 y los cambios de comportamiento asociados también tuvieron algunos efectos positivos en la salud**

Para frenar la propagación del virus del SARS-CoV-2, los países de la OCDE utilizaron una amplia gama de políticas de contención y mitigación, como el distanciamiento social, la obligación de usar cubrebocas en muchos lugares públicos, las restricciones de viaje, el cierre de escuelas y negocios no esenciales y la aplicación

Recuadro 2.3. **Las medidas de salud pública para contener la propagación del virus SARS-CoV-2 y los cambios de comportamiento asociados también tuvieron algunos efectos positivos en la salud** (cont.)

de toques de queda y confinamientos totales. Estas medidas contribuyeron a los efectos positivos sobre algunos resultados de salud:

- Schranz et al. encontraron para Alemania una **reducción de las infecciones reportadas** por sarampión (-86%), malaria (-73%) y VIH (-22%) y otras enfermedades infecciosas entre marzo y julio de 2020, en comparación con el mismo período de tiempo en 2019 (Schranz et al., 2021[103]) probablemente relacionada con las medidas de distanciamiento social.
- En la Unión Europea, las **muertes por accidentes de tránsito** decrecieron 17% (o 4 000 muertes menos) en 2020 en comparación con 2019 (European Commission, 2021[104]).
- La pandemia de COVID-19 generó mayor conciencia sobre las enfermedades infecciosas en general y en muchos países esto habrá contribuido a un aumento de la **aceptación de la vacunación contra la influenza** para las poblaciones de riesgo. En Italia, la proporción de población de 65 años o más que se vacunó aumentó de 54.6% a 65.3% en la temporada de influenza 2020-2021 en comparación con la temporada anterior (Ministero della Salute, 2021[105]). En Inglaterra, esta proporción se incrementó de 72.4% a 80.9% (Public Health England, 2021[106]).
- La **calidad del aire mejoró** en muchas partes del mundo en 2020. En el sur de Asia y Sudamérica, por ejemplo, la media de concentración PM2.5 (partículas finas que pueden causar efectos severos en la salud ya que pueden penetrar profundamente en el tracto respiratorio) disminuyó alrededor de 30 a 40% durante el confinamiento total, en comparación con los mismos períodos en 2015-2019 (WMO, 2021[107]).

El impacto en salud mental ha sido enorme

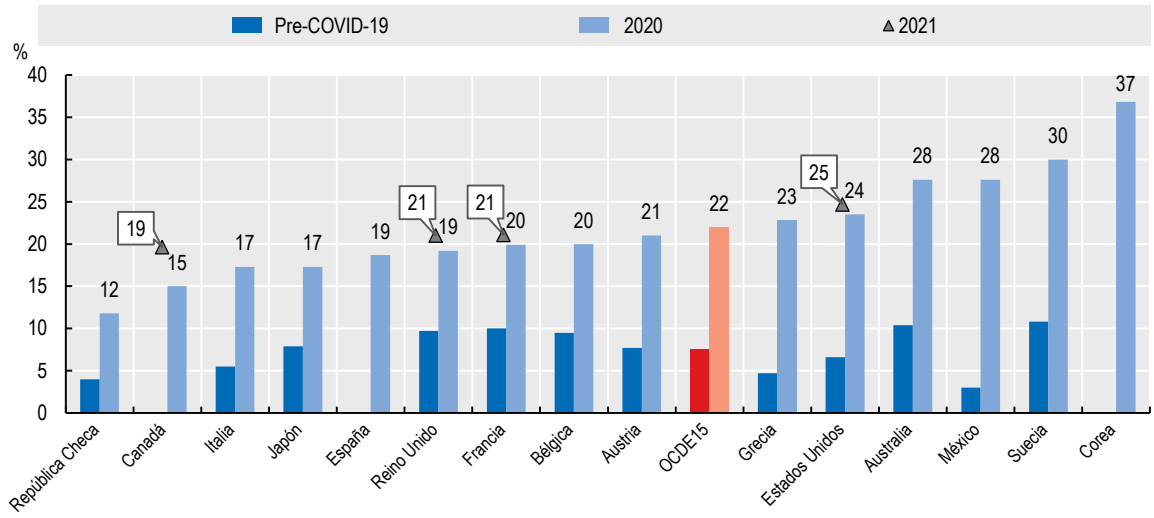
La crisis de la COVID-19 ha tenido un impacto significativo y negativo en la salud mental de la población. A lo largo de la pandemia, los factores de riesgo de una salud mental pobre –inseguridad económica, desempleo y miedo– han aumentado. Al mismo tiempo, los factores de protección –conexión social, compromiso laboral y educativo, acceso al ejercicio físico, rutina diaria y acceso a servicios de salud– han disminuido. En muchos países, los problemas de salud mental de la población aumentaron cuando se sintieron los primeros impactos de la crisis por COVID-19 en marzo-abril de 2020, incluyendo el aumento de contagios, hospitalizaciones, muertes, distanciamiento social y otras medidas como el cierre de escuelas y lugares de trabajo.

- La prevalencia de ansiedad y depresión a principios de 2020 era el doble o más que el nivel observado en años anteriores en varios países, incluyendo Bélgica, Estados Unidos, Francia, y Reino Unido (Figura 2.12) (OECD, 2021[108]).
- Una encuesta realizada por Commonwealth Fund en agosto de 2020 detectó que al menos 10% de los adultos reportaron sentir estrés, ansiedad o tristeza profunda difíciles de sobrellevar por sí solos; desde que comenzó el brote (Commonwealth Fund, 2020[109]).

A medida que la crisis continuó, el impacto en la salud mental de la población no ha sido estable. Se puede observar una correlación entre los problemas de salud mental, las medidas de confinamiento estrictas y el incremento de casos y muertes por COVID-19 en muchos países.

- En Estados Unidos, Francia, y Reino Unido, la prevalencia de síntomas de ansiedad y las depresiones se incrementaron durante los períodos en que hubo picos de contagios y muertes por COVID-19, y cuando se aplicaban mayores medidas de contención (Santé Publique France, 2021[110]; Public Health England, 2021[111]; National Center for Health Statistics, 2021[112]).
- En Países Bajos, los participantes en un estudio de seguimiento de la salud mental a lo largo de la pandemia reportaron el peor estado de salud mental en los dos primeros trimestres de 2021 (CBS, 2021[113]). En Australia, los casos de COVID-19 registraron picos al inicio de la pandemia en marzo de 2020, de nuevo en agosto de 2020 y durante el verano de 2021.
- Uno de cada cinco australianos reportó niveles altos o muy altos de angustia mental en junio de 2021 (20%), con niveles similares en marzo de 2021 (20%) y noviembre de 2020 (21%) (Australian Institute of Health and Welfare, 2021[114]). Los niveles de angustia mental

Figura 2.12. **Estimados nacionales de prevalencia de depresión o síntomas de depresión entre adultos pre-COVID-19, 2020 y 2021**



Nota: En la medida de lo posible, los estimados de prevalencia de 2020 se tomaron de marzo-abril de 2020, y los de 2021, de marzo-abril de 2021. Los instrumentos de encuesta utilizados para medir la depresión y las muestras de población difieren entre países y, en algunos casos, entre años, lo que limita la comparabilidad directa. La mayoría de las encuestas nacionales cubren la población adulta mayor de 18 años.
Fuente: Fuentes nacionales de información incluidas en OECD (2021[108]), "Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response", *https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en*.

en junio de 2021 (20%), con niveles similares en marzo de 2021 (20%) y noviembre de 2020 (21%) (Australian Institute of Health and Welfare, 2021[114]). Los niveles de angustia mental también fueron más altos en los estados más afectados con casos de COVID-19 y medidas de confinamiento (ibid).

- Una encuesta de EUROFOUND para medir el bienestar mental en países de la Unión Europea detectó que el riesgo más alto de depresión en todos los grupos de edad se presentó a principios de 2021, más que en ninguna otra etapa de la crisis hasta entonces (Eurofound, 2021[115]).

La angustia mental fue padecida particularmente por grupos desfavorecidos socialmente y los jóvenes

La salud mental de algunos grupos de población ha sido afectada en forma particular por la crisis de COVID-19, específicamente la gente con menor seguridad en el empleo, menor nivel educativo, ingresos más bajos y la gente joven.

En Reino Unido, por ejemplo, se reportaron consistentemente niveles de ansiedad más altos entre las personas con nivel educativo inferior o ingresos más bajos en las 20 semanas desde marzo de 2020 (Fancourt, Steptoe y Bu, 2021[116]). Sin embargo, las tendencias de cambio en el estado de salud mental y el estatus socioeconómico (SES, por sus siglas en inglés) no son consistentes entre toda la población. Ha sido difícil evaluar si la salud mental de las personas de nivel socioeconómico más bajo ha empeorado más rápido o más en comparación con el promedio de la población. Por ejemplo, en Estados Unidos, una encuesta realizada en abril de 2020 reveló que las personas con un nivel socioeconómico más alto reportaron descensos más pronunciados en la satisfacción con la vida y mayores aumentos de síntomas depresivos que las personas con un nivel socioeconómico más bajo en comparación con los resultados de la encuesta de 2019.

También hay mayor prevalencia de problemas de salud mental auto-reportados entre la gente joven en comparación con otros grupos de edad en muchos países de la OCDE (OECD, 2021[117]). El aumento en la proporción de gente joven que padece ansiedad y depresión no es consistente con los datos de años recientes, y sugiere que la salud mental de este grupo ha sido afectada desproporcionadamente durante la crisis de COVID-19. En 2014 se estimó que la proporción de población de 15 a 24 años con depresión crónica era de 3.6% en toda

la Unión Europea, que es mucho menor que la de la población en general (6.9%) (Eurostat, 2014[118]).

- Los datos de Bélgica, Francia y Estados Unidos muestran que la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en marzo de 2021 era alrededor de 30% a 80% más alta entre la gente joven que entre la población en general.
- En Canadá, una encuesta en mayo de 2020 reveló que 27% de la población entre 15 y 24 años de edad tenían síntomas de ansiedad de moderados a severos, una proporción significativamente más alta a la de 19% entre la población de 25 a 64 años (Statistics Canada, 2020[119]).
- En Japón, 31% de la población de 20 a 29 años padecían síntomas de depresión, en comparación con 18% de los adultos de más edad, según encuestas de julio de 2020 (Fukase et al., 2021[120]).

La crisis de COVID-19 interrumpió los servicios de salud mental globalmente. Una encuesta de la OMS en el segundo trimestre de 2020 reveló que más de 60% de los países del mundo reportaron interrupciones en los servicios de salud mental (WHO, 2020[121]). Algunos indicios apuntan tanto a un aumento de la demanda de servicios de salud mental en los países de la OCDE, como a un incremento de necesidades de atención de salud mental no cubiertas. En una encuesta de Commonwealth Fund realizada entre marzo y mayo de 2020, entre aquellos adultos que reportaron necesidades de servicios de salud mental, 68% en Reino Unido y 69% en Estados Unidos declararon no haber tenido acceso a la atención (Commonwealth Fund, 2020[109]). En Países Bajos, durante el primer confinamiento de 2020 se produjo una disminución de la demanda de consultas con médicos generales por trastornos de ansiedad y depresión, y la tasa de contactos con médicos generales siguió siendo inferior a la de años anteriores, incluso después de la relajación de las medidas de aislamiento. Sin embargo, durante el segundo confinamiento que comenzó en diciembre de 2020, hubo un aumento en la demanda de atención por trastornos depresivos y de ansiedad (NIVEL, 2021[122]).

Las medidas de contención provocaron un cierto incremento de comportamientos de estilo de vida poco saludable y violencia doméstica

Las políticas de mitigación y contención implantadas en casi todos los países han tenido un impacto perjudicial en el estilo de vida para muchos. Estos cambios en el estilo de vida pueden tener consecuencias duraderas en la salud de las personas.

- Aunque no se reportaron cambios significativos en el consumo de alcohol entre 2019 y 2020, en cuatro de cinco países de la OCDE con datos disponibles un análisis reciente de la OCDE en el impacto de la pandemia de COVID-19 en los hábitos de consumo de alcohol de la población, reveló que una mayor proporción de personas incrementó la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas (OECD, 2021[123]). Los mayores incrementos en consumo de alcohol se dieron entre mujeres, padres de niños pequeños, personas con ingresos más altos, y quienes padecen de ansiedad y síntomas de depresión.
- Investigaciones recientes también sugieren tentativamente una disminución de la actividad física y aumento de comportamiento sedentario durante el confinamiento (Stockwell et al., 2021[124]).
- El impacto de la pandemia en el consumo de tabaco parece ser variable, con algunos fumadores que incrementaron su consumo de cigarrillos, pero otros –principalmente los de mayor edad, como en Francia y Japón– que redujeron su consumo, posiblemente debido a la asociación entre el tabaquismo y el empeoramiento de resultados de la COVID-19 (véase el Capítulo 4).

Las políticas de contención y mitigación adoptadas por muchos países restringieron la movilidad y con frecuencia confinaron a las personas a sus hogares por períodos extendidos. Estas restricciones limitaron la posibilidad para muchos, especialmente mujeres y niños, de dejar hogares donde existía el abuso, buscar ayuda externa o ser ayudados por otros de forma proactiva, y parece haber contribuido a incrementos significativos en la frecuencia y severidad de la violencia doméstica contra mujeres y niños en muchos países.

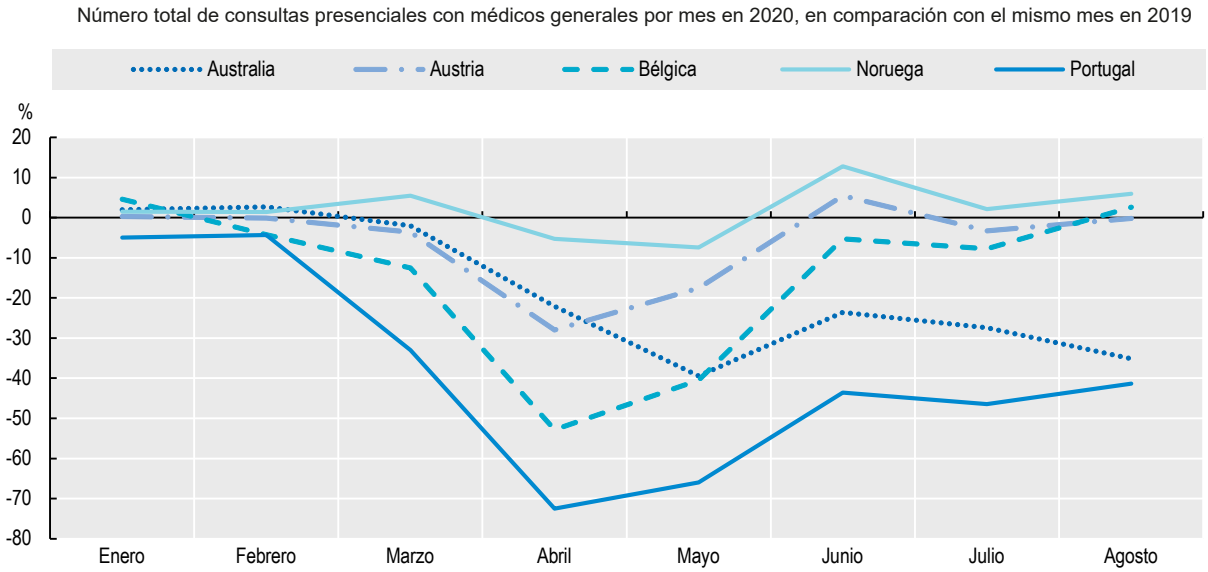
En Francia, los cálculos oficiales indican que los reportes de violencia doméstica se incrementaron en más de 30% en los primeros diez días del confinamiento de marzo de 2020,

mientras que los reportes de Alemania, Canadá, España, Estados Unidos y Reino Unido indicaron que la necesidad de albergues de emergencia creció durante la pandemia, con el incremento de la violencia doméstica (UN Women, 2020[125]). En Londres, Reino Unido, la Policía Metropolitana reportó que entre mediados de marzo y mediados de junio de 2020, el maltrato doméstico aumentó 16% por parte de los familiares y casi 9% por parte de las parejas actuales, pero disminuyó 9% entre las ex parejas (Suleman et al., 2021[126]). Si bien los datos de una región metropolitana no pueden extrapolarse a todo el país, la tendencia de incremento de maltrato doméstico por parte de parejas actuales y familiares, y de disminución de abuso por parte de ex parejas, destaca el impacto que las restricciones a la circulación relacionadas con la COVID-19 probablemente han tenido en la violencia doméstica.

Los principales servicios básicos de salud presenciales disminuyeron en el segundo trimestre de 2020, pero el uso de la telemedicina aumentó considerablemente

Durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19, la aplicación estricta de restricciones en el sector salud y otros significó que muchos servicios de salud esenciales fueron pospuestos o suspendidos por completo. Las consultas presenciales para servicios básicos disminuyeron notablemente, el número de consultas con médicos generales cayó 66% en Portugal, alrededor de 40% en Australia, 18% en Austria y 7% en Noruega en mayo de 2020, en comparación con el mismo mes en 2019 (Figura 2.13). La disminución continua de las consultas en persona con médicos generales en Australia en julio y agosto de 2020, probablemente refleja la trayectoria de la pandemia en ese país, donde el número de casos alcanzó un pico en el hemisferio sur durante los meses de invierno de julio y agosto de 2020. Los datos preliminares de ocho países de la OCDE indican que las consultas médicas presenciales disminuyeron en todos, excepto uno, en 2020 (véase el Capítulo 5). Los datos de consultas presenciales deben interpretarse con cautela, ya que en muchos países la disminución fue compensada, al menos en parte, por la expansión de los servicios de teleconsulta.

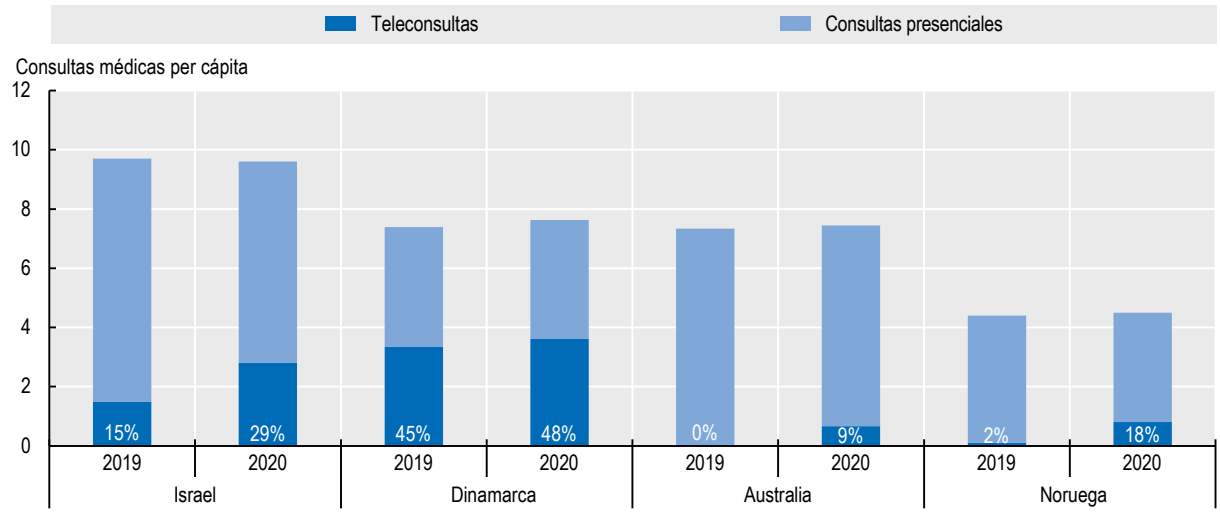
Figura 2.13. **Cambio mensual en el número total de consultas presenciales con médicos generales, 2020 contra 2019, selección de países de la OCDE**



Nota: Los datos excluyen los servicios de telemedicina y únicamente se refieren a consultas presenciales y a domicilio.
Fuente: Australian Institute of Health and Welfare (2020[127]), "Impacts of COVID-19 on Medicare Benefits Scheme and Pharmaceutical Benefits Scheme service use", *https://www.aihw.gov.au/reports/health-care-quality-performance/covid-impacts-on-mbs-and-pbs/data*; Helsedirektoratet (2020[128]), "Konsultasjoner hos fastleger ", *https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/konsultasjoner-hos-fastleger*; INAMI (2020[129]), "Monitoring COVID-19: L'impact de la COVID-19 sur le remboursement des soins de santé", *https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-impact-covid19-remboursement-soins-sante.aspx*; Leitner (2021[130]), "Number of e-Card consultations: Analysis of eCard consultations during the pandemic/during the lockdown in 2020", Serviço Nacional de Saúde (2021[131]) "Consultas Médicas nos Cuidados de Saúde Primários", *https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/evolucao-das-consultas-medicas-nos-csp/export/?sort=tempo*.

Los datos del año completo de cuatro países indican que el número de consultas médicas (tanto con médicos generales como con especialistas) per cápita no cambió notablemente entre 2019 y 2020 en algunos países (Figura 2.14). En Australia, Israel y Noruega, un incremento en el número de teleconsultas per cápita contribuyó a compensar la disminución de las visitas en persona. En general, los servicios de teleconsulta se han expandido en todos los países (Recuadro 2.4). Aunque la pandemia claramente provocó la adopción de la teleconsulta médica, la medida en la que éstas compensaron la disminución de las consultas presenciales en un número mayor de países aún no es clara. De la misma forma que la adopción de otras herramientas digitales, el uso de las tecnologías digitales para la salud no se ha distribuido uniformemente entre la población, ya que es menos probable que algunos grupos –incluyendo adultos mayores, aquellos con menores ingresos y personas con menor nivel educativo– busquen información de salud en línea (véase el Capítulo 5). Mientras que la telemedicina puede ayudar a superar algunas barreras de acceso –por ejemplo, para personas en comunidades remotas– es posible que la adopción de servicios digitales durante la pandemia haya exacerbado algunas desigualdades que existían previamente.

Figura 2.14. **Consultas médicas (en todos los contextos) per cápita, 2019 y 2020**



Fuente: OECD (2021[30]), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*; OECD colección ad-hoc de datos sobre teleconsultas médicas 2021.

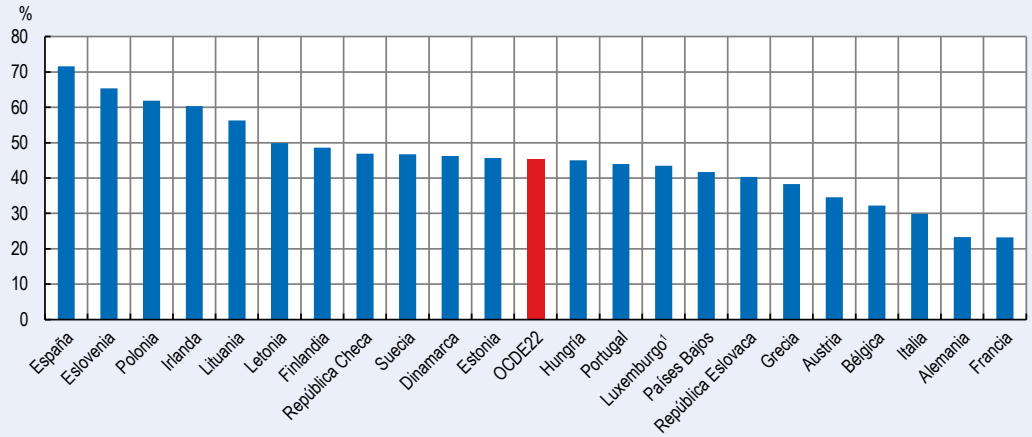
Muchos pacientes que padecen condiciones crónicas se enfrentaron a interrupciones serias de los servicios presenciales durante la pandemia. Dos estudios sobre las interrupciones de la atención para condiciones crónicas, que abarcan 163 y 47 países, respectivamente, revelaron que la hipertensión y la diabetes son las dos enfermedades más fuertemente afectadas por la COVID-19 (Chudasama et al., 2020[132]; WHO, 2020[133]). En Portugal, por ejemplo, el número de exámenes de los pies para el cuidado de la diabetes disminuyó 24% entre 2019 y 2020, mientras que, en una muestra representativa a nivel nacional en Estados Unidos, dos quintas partes de los adultos que padecen al menos una condición de salud crónica reportaron haber retrasado o suspendido los cuidados durante la pandemia (González et al., 2021[134]; Serviço Nacional de Saúde, 2021[135]).

También se puede observar una interrupción temporal de los servicios de vacunación infantil. Brasil registró una disminución de 20% en la cobertura de vacunación infantil durante abril-mayo de 2020, en comparación con enero-febrero de 2020, mientras que Reino Unido registró una caída de 7% en la vacunación hexavalente y de 20% en la vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR, por sus siglas en inglés) en las tres semanas posteriores a la adopción de medidas de distanciamiento social, en comparación con el mismo período en 2019 (McDonald et al., 2020[139]; Silveira et al., 2021[140]). Sin embargo, los datos de cobertura de los países con disponibilidad de datos para todo el año, incluyendo Bélgica, Grecia e Irlanda, indican que hubo pocos cambios generales en la cobertura de las vacunas clave, como el sarampión, en 2020 en comparación con 2019 (WHO, 2021[141]). En Inglaterra, por ejemplo,

Recuadro 2.4. **Uso generalizado de los servicios de telemedicina**

En 22 países europeos de la OCDE, cerca de la mitad (45%) de los adultos reportaron hacia febrero-marzo de 2021 haber recibido servicios de consulta médica en línea o por teléfono (Figura 2.15). En Canadá, 47% de los encuestados declararon haber utilizado los servicios de telemedicina para recibir asesoramiento de un médico desde el inicio de la pandemia en mayo de 2020 (Canadian Medical Association, 2020[136]). En Australia, en abril de 2021, uno de cada siete adultos había utilizado un servicio de telesalud (incluyendo hacer citas en línea, recetas electrónicas y búsqueda de información de salud en línea) durante las cuatro semanas previas (Australia Bureau of Statistics, 2021[137]). En Costa Rica, una tercera parte de las consultas en 2020 tuvo lugar en forma remota, con una proporción similar (34%) reportada para los primeros ocho meses de 2021.

Figura 2.15. **Casi la mitad de los adultos de 22 países europeos de la OCDE reportaron haber realizado una consulta telefónica o en línea durante la pandemia**



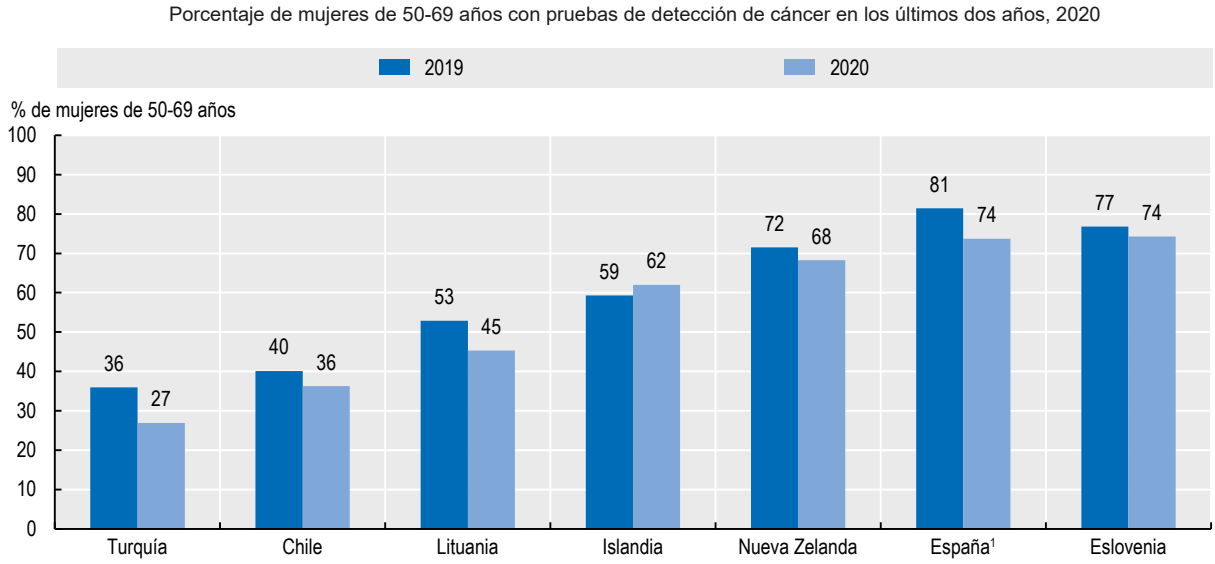
Nota: Proporción de encuestados que reportaron haber recibido servicios de salud en línea (consulta médica en línea o por teléfono) de un médico desde el inicio de la pandemia. Los resultados se basan en una encuesta en línea, pueden no ser representativos del total de la población. 1. Los datos de Luxemburgo son poco confiables.
Fuente: Eurofound (2020[138]), "Living, working and COVID-19 dataset",
https://www.eurofound.europa.eu/fr/data/covid-19/quality-of-public-services.

la cobertura de 12 meses de la vacunación hexavalente disminuyó solo 0.1% en 2020 en comparación con 2019 (Public Health England, 2021[142]). Esto sugiere que en la mayoría de los países de la OCDE, los retrasos en la vacunación de los niños según el calendario recomendado fueron de corta duración y no tuvieron un impacto duradero en la cobertura. Es probable que el impacto en las campañas de vacunación en los países de ingresos bajos y medianos sea mucho más significativo, con posibles consecuencias negativas importantes para los resultados de salud infantil y la propagación de enfermedades prevenibles por vacunación.

Muchos países tuvieron inicialmente disminuciones en la detección de cáncer, con lo que se corre el riesgo de que los resultados de salud empeoren con el tiempo

El diagnóstico preventivo de cáncer, incluyendo mastografía y colonoscopía, representa un componente importante de los programas de prevención, pues la detección temprana del cáncer está fuertemente asociada a una mayor tasa de sobrevivencia (véase el Capítulo 6). Los datos indican que la detección de cáncer y la derivación de pacientes con especialistas se retrasaron significativamente durante la pandemia. En los siete países de la OCDE con datos anuales comparables, la proporción de mujeres que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de mama en los últimos dos años se redujo en un promedio de 5 puntos porcentuales en 2020, en comparación con 2019 (Figura 2.16).

Figura 2.16. **La proporción de mujeres que se sometieron a pruebas de detección de cáncer de mama en los últimos dos años se redujo en 2020 en comparación con 2019**



1. España se basa en datos de encuestas de 2017 como año de comparación, en lugar de 2019. Todos los demás países se basan en datos de programas. Fuente: OECD (2021[30]), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*.

La disminución de las revisiones preventivas de cáncer fue especialmente aguda durante los primeros meses de la pandemia:

- En Italia, las tasas de detección de cáncer de mama (-54%) y cáncer cervical (-55%) se redujeron sustancialmente entre enero y mayo de 2020, en comparación con el mismo periodo en 2019, y permanecieron más bajas para el año completo en comparación con 2019 (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, próxima publicación[143]).
- Las pruebas de detección de cáncer colorrectal disminuyeron 58% en República Checa en abril de 2020, y 34% en Austria entre enero y julio de 2020, en comparación con los mismos meses en 2019 (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, próxima publicación[144]).
- En Australia, las pruebas de detección de cáncer de mama en mujeres de 50-69 años disminuyeron 20% entre enero y septiembre de 2020, en comparación con los mismos meses en 2018. La reducción fue particularmente notable entre marzo y mayo de 2020, cuando los servicios de *BreastScreen* fueron interrumpidos (Australian Institute of Health and Welfare, 2021[145]). Sin embargo, las pruebas de detección semanales entre finales de julio y mediados de septiembre de 2020 superaron las cifras de las pruebas realizadas en las semanas correspondientes en 2018, lo que sugiere que las disminuciones relacionadas con la pandemia son probablemente temporales.
- En Francia, la detección de cáncer de mama disminuyó marcadamente en el segundo trimestre de 2020 (-56% en comparación con el segundo trimestre de 2019). No obstante, a partir de septiembre, la actividad de detección superó los niveles de años anteriores, con tasas semanales de detección en enero y mayo de 2021, 13% por encima de las cifras correspondientes en 2019 (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, próxima publicación[146]).

Los retrasos y las disminuciones en la detección de cáncer tienen un impacto negativo en la mortalidad debido a los retrasos asociados con el diagnóstico. En muchos países de la OCDE se reportaron retrasos en el diagnóstico de cáncer y el acceso a servicios de diagnóstico durante la pandemia, incluyendo Australia, Bélgica, Canadá (Ontario), Corea, Dinamarca, Eslovenia, Finlandia, Francia, Irlanda, Países Bajos, y Suecia. Se ha calculado previamente que un retraso de cuatro semanas en el tratamiento quirúrgico de cáncer incrementa el riesgo de muerte en 7%, mientras que un retraso de cuatro semanas en la terapia sistémica

(como la quimioterapia) o la radioterapia, puede incrementar el riesgo de muerte hasta 13% (Hanna et al., 2020[147]).

- Los datos de Australia indican que la pandemia introdujo alteraciones en la atención de cáncer más allá de los programas de detección preventiva. En comparación con el mismo período de 2019, las cirugías relacionadas con el cáncer de mama disminuyeron 6% entre enero y septiembre de 2020, y las cirugías colorrectales también disminuyeron 4% durante este período. Los descensos más notables para los procedimientos quirúrgicos se produjeron en los primeros meses de la pandemia (Cancer Australia, 2020[148]). Los procedimientos de diagnóstico de presuntos cánceres también disminuyeron al inicio de la pandemia.
- En Bélgica, como resultado de la interrupción de la atención de cáncer durante la pandemia, el número de nuevos diagnósticos entre marzo y septiembre de 2020 fue 5 000 por debajo de lo que normalmente se hubiera esperado (Belgian Cancer Registry, 2020[149]).
- Durante el primer semestre de 2021 en Países Bajos, el número de nuevos diagnósticos de cáncer fue 6% superior al promedio del periodo correspondiente de 2017-2019, en línea con los aumentos previstos debido a las tendencias demográficas. El aumento de los diagnósticos también puede reflejar un efecto de puesta al día de los diagnósticos que no se realizaron en 2020 (Netherlands Comprehensive Cancer Organisation, 2021[150]).

Cada vez hay más datos que indican el impacto sustancial que los retrasos en la detección y el diagnóstico pueden tener en la sobrevivencia. En Reino Unido (Inglaterra), se ha previsto que los retrasos en el diagnóstico aumenten la mortalidad a cinco años para cuatro tipos de cáncer entre 5% (cáncer de pulmón) y 16% (cánceres colorrectales) (Maringe et al., 2020[151]).

Al ser pospuestas las cirugías electivas no urgentes durante la pandemia, los tiempos de espera se incrementaron y se redujo el número de cirugías

Para aumentar la capacidad de los sistemas de salud y hacer frente al aumento de la COVID-19, muchos países pospusieron las cirugías electivas no urgentes. Como consecuencia, aumentó el tiempo que los pacientes pasaron en listas de espera para muchas cirugías. En siete países de la OCDE con datos disponibles, los tiempos de espera para tres cirugías electivas –cirugía de cataratas, reemplazo de cadera y reemplazo de rodilla– aumentaron en 2020 en comparación con 2019 (Figura 2.17). Para los pacientes en lista de espera para cirugía, la mediana del número de días que pasaron en la lista de espera antes de someterse al procedimiento aumentó en 2020 en 88 días para reemplazo de rodilla, 58 días para reemplazo de cadera y 30 días para cirugía de cataratas, en comparación con 2019.

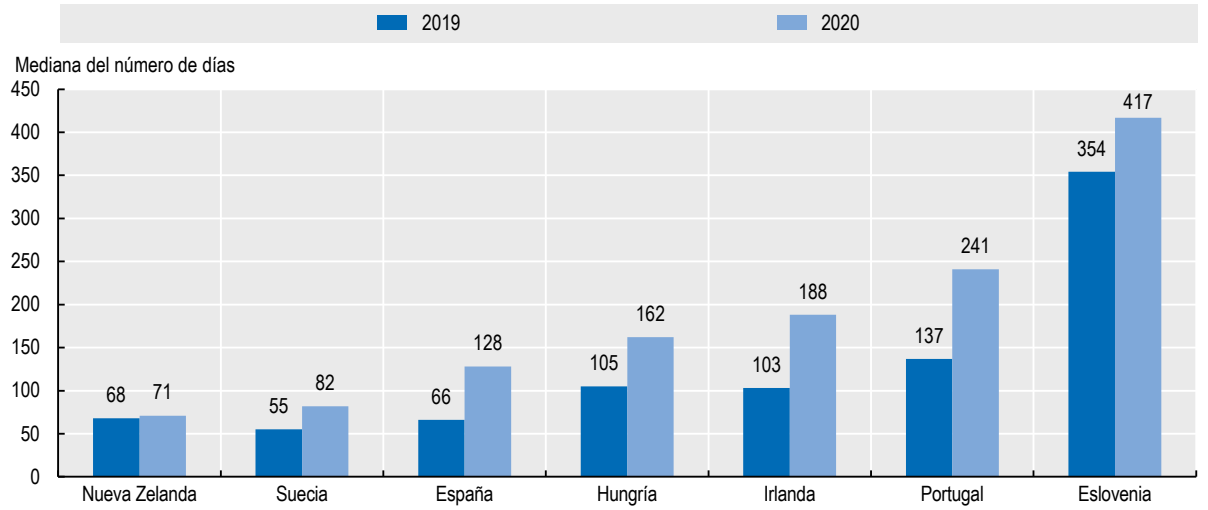
El número de cirugías electivas que requieren hospitalización, como los reemplazos de cadera o de rodilla, se redujo en muchos países en 2020, con descensos de más de 25% en el número de reemplazos de rodilla en República Checa e Italia (Figura 2.18). También se observaron descensos similares en los reemplazos de cadera y cirugías de cataratas (véase el Capítulo 5).

Mientras que los primeros meses de la pandemia tuvieron el mayor impacto en el aumento de los tiempos de espera y la reducción de las vías de tratamiento completo, los picos posteriores de hospitalizaciones por COVID-19 también han seguido perturbando los servicios, pero en menor medida. En Reino Unido, por ejemplo, la actividad de tratamiento cayó drásticamente entre marzo y mayo de 2020, antes de volver a caer entre noviembre de 2020 y enero de 2021 –aunque mucho menos que durante la caída inicial (The Health Foundation, 2021[152]). Abordar los retrasos acumulados de pacientes que necesitan una cirugía electiva será un reto, especialmente en los países que tienen una capacidad hospitalaria más limitada, y puede requerir recursos adicionales continuos.

La actividad general de pacientes hospitalizados también ha disminuido, particularmente para cuidados cardiacos

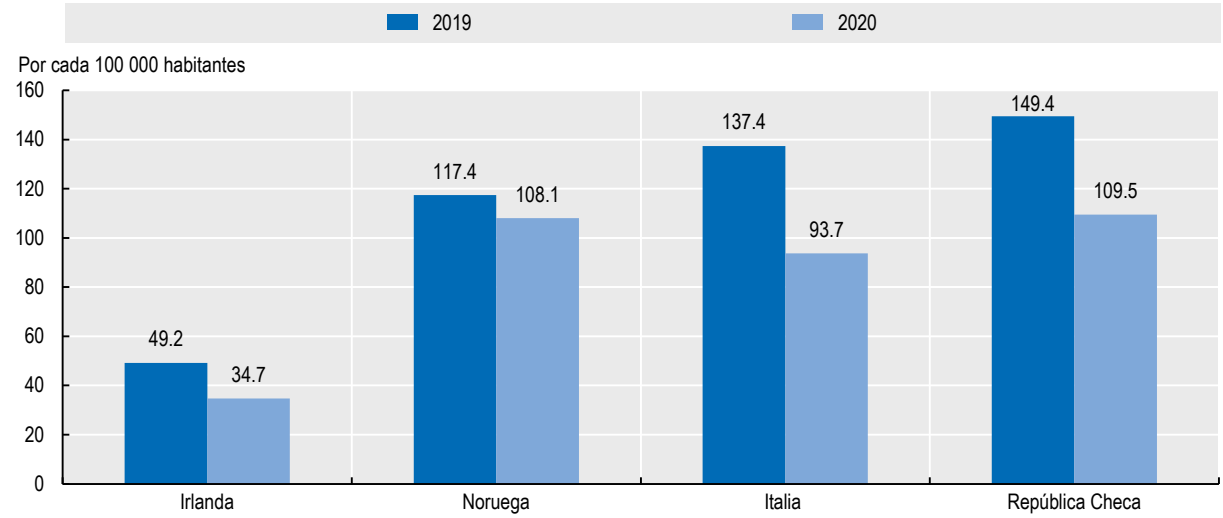
En anticipación y respuesta a los pacientes de COVID-19 que necesitaban hospitalización, muchos países incrementaron el número de camas de hospital disponibles, rediseñando las políticas de altas hospitalarias y posponiendo las admisiones planeadas para cuidados no urgentes. Como resultado, en cinco países de la OCDE con datos disponibles, las hospitalizaciones en general disminuyeron en todos ellos entre 2019 y 2020,

Figura 2.17. **Los tiempos de espera para pacientes en lista para cirugía de reemplazo de cadera se incrementaron durante la pandemia**



Fuente: OECD (2021[30]), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*.

Figura 2.18. **Cirugía de reemplazo de rodilla, selección de países de la OCDE, 2019-2020**

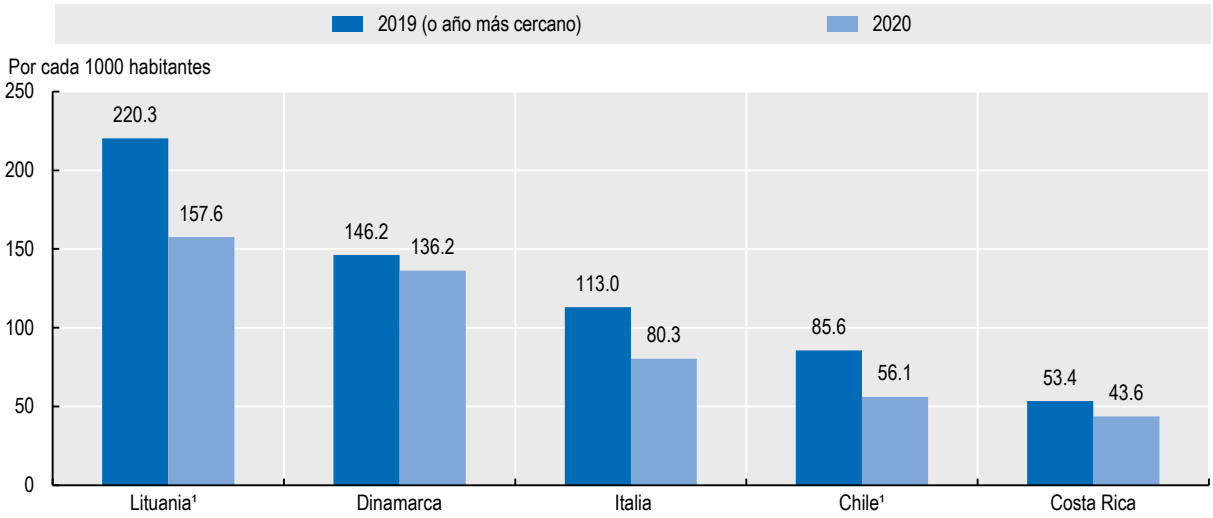


Fuente: OECD (2021[30]), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*.

con reducciones que van de alrededor de 7% en Dinamarca, a más de 30% o más en Lituania, Italia y Chile (Figura 2.19).

También se observaron disminuciones en las admisiones y visitas a urgencias en muchos países de la OCDE. En general, las visitas a urgencias decrecieron en más de 20% durante 2020 en Canadá (24%), Portugal (28%) y Reino Unido (Inglaterra 21%) en comparación con 2019 (Canadian Institute for Health Information, 2021[153]; Serviço Nacional de Saúde, 2021[154]; NHS, 2021[155]). Las disminuciones de actividad fueron particularmente pronunciadas en marzo y abril de 2020. En Países Bajos, las visitas a salas de urgencias decrecieron 25% de marzo a junio de 2020, mientras que las visitas a urgencias debidas a lesiones disminuyeron 14% en 2020, en comparación con 2016 (Stam y Blatter, 2021[156]; Toet, Sprik y Blatter, 2020[157]). Comparando el periodo de julio de 2019 a junio de 2020 con julio de 2018 a junio de 2019, la reducción de visitas a urgencias fue menor en Australia (-1.4%) (Australian Institute of Health and Welfare, 2021[158]). No obstante, se observó una

Figura 2.19. **Tasas de altas hospitalarias, 2019 contra 2020**



1. Excluye altas de bebés sanos nacidos en hospital (3-10% de todas las altas).
Fuente: OECD (2021[30]), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*.

disminución sustancial en el promedio de visitas diarias (-38%) entre principios de marzo y principios de abril de 2020, en comparación con las semanas correspondientes en 2019.

Las visitas por eventos cardiacos y cerebrovasculares disminuyeron, con evidencia de malos resultados.

- Los datos de los primeros meses de la crisis de salud indican que las admisiones hospitalarias por eventos cardiovasculares, incluyendo infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular, disminuyeron inicialmente en 40% o más en muchos países, incluyendo Alemania, Austria, Brasil, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, y Reino Unido (Garcia et al., 2020[159]; Huet et al., 2020[160]; Mafham et al., 2020[161]; Metzler et al., 2020[162]; Oikonomou et al., 2020[163]).
- Mientras que las admisiones por eventos cardiovasculares disminuyeron al inicio de la pandemia, las tasas de letalidad y complicaciones para infarto de miocardio parecen haberse incrementado drásticamente desde entonces (De Rosa et al., 2020[164]; Primessnig, Pieske y Sherif, 2021[165]). Estos cambios probablemente se asocian con la reducción en visitas al hospital de pacientes con eventos cardiovasculares más leves. Se registró que los pacientes hospitalizados tuvieron casos más severos que durante el mismo periodo en 2019, con un riesgo más alto de complicaciones y resultados peores en el corto plazo y mortalidad (Primessnig, Pieske y Sherif, 2021[165]).

Los índices de sobrevivencia a paros cardiacos que ocurrieron fuera del hospital también disminuyeron, aunque se debe tener cautela al interpretar los datos, pues los estudios con frecuencia se han enfocado en una región o ciudad y no son representativos a nivel nacional. Los índices de sobrevivencia a paros cardiacos fuera del hospital decrecieron 50% en Victoria (Australia) entre marzo y mayo de 2020 en comparación con el mismo periodo en 2017-19, mientras que los índices de sobrevivencia de 30 días disminuyeron más de la mitad en Londres (Reino Unido) en marzo-abril 2020 en comparación con el año previo (Ball et al., 2020[166]; Fothergill et al., 2021[167]).

Es probable que al menos algunos de los factores que impulsan este aumento de la mortalidad estén relacionados con las interrupciones de las vías de atención debidas a las limitaciones y restricciones de los sistemas de salud, como el aumento de los tiempos de respuesta de las ambulancias y el aumento del tiempo para aplicar intervenciones críticas (Scquizzato et al., 2020[168]).

Aunque las consecuencias económicas de la pandemia fueron dramáticas en la mayoría de los países de la OCDE en 2020, la recuperación posterior ha sido rápida pero desigual

La crisis de salud pública y las medidas sin precedente para reducir la propagación del virus SARS-CoV-2 tuvieron un impacto negativo sustancial en la actividad económica en general en todo el mundo. El Producto Interno Bruto global (PIB) se contrajo 3.4% en 2020 como consecuencia de las restricciones de viaje y comercio, el cierre de plantas manufactureras, sitios de construcción, comercios no esenciales, hoteles, restaurantes y muchas otras industrias (OECD, 2021[169]). En muchos países el año 2020 marcó el más grande declive económico en generaciones, sobrepasando los efectos de la crisis económica y financiera de 2008/09. Con la excepción de Irlanda y Turquía, la actividad económica se ralentizó en todos los países de la OCDE en 2020. Los declives fueron particularmente pronunciados en España (-10.8%), Reino Unido (-9.8%) e Italia (-8.9%). Estos países también fueron severamente afectados por un número alto de contagios entre marzo y mayo de 2020, lo que requirió que tomaran medidas drásticas para enfrentar la pandemia.

Explicar la heterogeneidad de tendencias en crecimiento del PIB en 2020 es complejo, ya que el desarrollo económico es influenciado por muchos factores diferentes. Sin embargo, el tamaño del sector de viajes y turismo es en general el mayor factor explicativo de los efectos de la pandemia en la actividad económica (OECD, 2021[170]). Esto ayuda a explicar por qué Islandia y Grecia (países donde este sector representa más de 20% del PIB) tuvieron una importante desaceleración económica en 2020, aun cuando registraron un exceso de mortalidad de bajo a medio. Esto ha tenido un impacto mayor que el alcance de los cierres o los resultados epidemiológicos. Otros factores que explican las diferencias en los resultados económicos son la composición general de la economía, ya que no todos los sectores o industrias se vieron afectados de forma similar, y la orientación comercial de los países. Por último, todos los países de la OCDE adoptaron un amplio abanico de medidas presupuestarias de emergencia para proteger el empleo y los ingresos, pero el momento y la magnitud de estos paquetes de estímulo fueron diferentes (OECD, 2021[171]).

La recuperación económica global en 2021 ha sido rápida, con una previsión de crecimiento del PIB del 5.7%, y un fuerte crecimiento previsto en muchos países de la OCDE, como Turquía (8.4%), España (6.8%) y Reino Unido (6.7%), facilitado por la rápida distribución de vacunas en muchas economías avanzadas (OCDE, 2021[169]). Sin embargo, la recuperación ha sido desigual hasta el momento, ya que muchas economías emergentes y países de ingresos bajos y medios van retrasadas en el avance de la vacunación. Los retrasos en la vacunación impedirán a los países reanudar plenamente la actividad económica, lo que afectará no sólo al crecimiento nacional sino también a las cadenas de suministro mundiales, con efectos en cadena para otras economías. La evolución de la pandemia conlleva más incertidumbres para la recuperación económica relacionadas, por ejemplo, con la aparición de nuevas variantes del virus que podrían llevar a la reintroducción de medidas de distanciamiento social más estrictas.

¿Dónde nos encontramos a dieciocho meses del inicio de la pandemia?

La COVID-19 ha tenido un efecto devastador en la salud, acabando con muchas vidas prematuramente y causando mala salud prolongada. Ha afectado de forma desproporcionada a las poblaciones de mayor edad y a las personas con ciertas condiciones de salud o factores de riesgo conductuales. También ha habido un claro gradiente social, ya que la COVID-19 ha amplificado las desigualdades existentes. En toda la OCDE, hasta mediados de octubre de 2021 se notificaron más de 2.1 millones de muertes por COVID-19, y el número real de muertes causadas directa o indirectamente por la COVID-19 es mucho mayor. Además, en los países de la OCDE se registraron más de 110 millones de infecciones por el virus del SARS-CoV-2, que en muchos casos requirieron hospitalización o incluso cuidados intensivos. Alrededor de una de cada diez personas contagiadas sigue presentando síntomas más de tres meses después de la infección.

El rápido despliegue de campañas de vacunación ha reducido el riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19 en 2021 en todos los países de la OCDE. Sin embargo, a la luz de las nuevas pruebas sobre la disminución de la eficacia de las vacunas a lo largo del tiempo y la persistente indecisión sobre la vacunación en algunos países, es probable que se mantengan algunas medidas de contención y mitigación. Algunos países también han comenzado a administrar dosis de refuerzo enfocándose en los grupos de población

más vulnerables. Al mismo tiempo, es fundamental garantizar el acceso global a las vacunas, especialmente a los países de ingresos bajos y medios, para hacer frente a la pandemia y detener millones de muertes evitables. Una capacidad de respuesta que pueda desplegarse de forma rápida y flexible cuando sea necesario –tanto en términos de capacidad hospitalaria y de cuidados intensivos como de personal de salud– mejorará la capacidad de los sistemas de salud para responder a choques inesperados.

La COVID-19 también ha alterado severamente los servicios de salud para personas con otras enfermedades. Existe cada vez más evidencia que muestra como una amplia gama de servicios de salud han sido y continúan siendo afectados por la pandemia. El acceso a servicios de salud de pacientes no COVID-19 fue particularmente interrumpido al principio de la crisis, ya que la capacidad se reorientó para hacer frente al aumento de pacientes de la COVID-19. En muchos países, se redujeron las consultas con médicos generales, las pruebas de detección del cáncer, el uso de los servicios de urgencias y las hospitalizaciones por eventos cardiovasculares, mientras que aumentaron los tiempos de espera para la cirugía electiva.

Aún está por verse de qué forma estos impactos indirectos se traducirán en resultados negativos de salud duraderos. En algunos países, la interrupción de los servicios básicos o preventivos parece haber sido solo temporal, lo que implica que los sistemas de salud fueron capaces de adaptarse a la crisis rápidamente. Esto se refiere por ejemplo a reemplazar las consultas presenciales con teleconsultas, o incrementar la actividad de detección de cáncer en la segunda mitad de 2020 y 2021 para compensar (parcialmente) las cancelaciones durante el primer pico de COVID-19. Sin embargo, es muy pronto para conocer el impacto total. Además, la carga de la mala salud mental no ha sido para nada temporal, y existe el riesgo de que la COVID-19 marque mentalmente a muchas personas durante años. La salud mental y el cáncer son también dos áreas en las que los retrasos en la atención pueden tener efectos adversos especialmente graves para la salud. Por lo tanto, debe prestarse mayor atención a la solución del retraso en la detección y derivación de pacientes con cáncer. En cuanto a la salud mental, es necesario reforzar y mantener los servicios de apoyo, adaptándolos a las necesidades de los distintos grupos de población.

En general, este análisis del impacto en salud del COVID-19 ha demostrado la inmensa presión que la pandemia ha ejercido sobre las personas y los sistemas de salud. La crisis sanitaria ha provocado a su vez una importante crisis económica, con posibles repercusiones a largo plazo en toda la sociedad. De cara al futuro, se necesitan inversiones específicas en salud para reforzar la preparación ante la pandemia y la capacidad de recuperación del sistema en general. Los beneficios de estas inversiones van más allá de la disminución de pérdida de vidas. Un sistema sanitario más resiliente es también la base de una economía y una sociedad más fuertes y resilientes.

Notas

1. Las tasas de contagio reportadas en México han sido bajas. Sin embargo, dados los bajos índices de pruebas en México (a principios de junio 2021 se llevaban a cabo solo 0.07 pruebas al día por cada 1000 habitantes, en comparación con 3.4 en Chile o 1.2 en Colombia), es probable que las tasas reales de contagio sean mucho más altas.
2. A partir de octubre de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado cuatro "variantes preocupantes" (WHO, 2021[173]). Éstas son las variantes Alpha y Beta (ambas designadas en diciembre de 2020), la variante Gamma (designada en enero de 2021) y la variante Delta (designada en mayo de 2021).
3. La mayoría de los países de la OCDE están usando las vacunas de Pfizer-BioNTech, Moderna (vacunas mRNA) o bien la de Oxford-AstraZeneca, como los principales productos en las campañas de vacunación contra COVID-19.
4. Sin embargo, debe considerarse que el exceso de mortalidad puede ser causado por diversos factores como temporadas severas de influenza u olas de calor. En algunos países que registraron exceso de mortalidad en 2020 y 2021, éste incluye otros factores diferentes a COVID-19.
5. Dado que las muertes por COVID-19 reportadas son mucho menos, esto sugiere una subestimación sustancial de la mortalidad por COVID-19 en el país.
6. El personal de salud y trabajadores sociales representan alrededor de 7% de la fuerza laboral global.

Referencias

[[67] Ahmad, K. et al. (2020), "Association of poor housing conditions with COVID-19 incidence and mortality across US counties", *PLoS ONE*, Vol. 15/11 Noviembre, disponible en *http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0241327*.

[46] Antonelli, M. et al. (2021), "Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested,case-control study", *Lancet Infect Dis*, disponible en *https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00460-6*.

[172] Arias, E. et al. (2021), "Provisional Life Expectancy Estimates for 2020", *Vital Statistics Rapid Release Report no 15 - National Centre for Health Statistics*, disponible en *https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr015-508.pdf*.

[84] Assurance Maladie (2021), *Les données de la vaccination contre la Covid-19 - Taux de vaccination (en %) par indice de défavorisation*, *https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/synthese/* (Obtenido el 14 de octubre, 2021).

[137] Australia Bureau of Statistics (2021), *Household Impacts of COVID-19 Survey: Insights into the prevalence and nature of impacts from COVID-19 on households in Australia*, disponible en *https://www.abs.gov.au/statistics/people/people-and-communities/household-impacts-covid-19-survey/latest-release#data-download* (Obtenido el 26 de julio, 2021).

[145] Australian Institute of Health and Welfare (2021), *Cancer screening and COVID-19 in Australia*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, disponible en *https://www.aihw.gov.au/reports/cancer-screening/cancerscreening-and-covid-19-in-australia-inbrief/contents/what-was-the-impact-of-covid-19-in-australia*.

[158] Australian Institute of Health and Welfare (2021), *Emergency department care: Impact of COVID-19 on 2019–20 Emergency department activity*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, disponible en *https://www.aihw.gov.au/reports-data/myhospitals/sectors/emergency-department-care*.

[114] Australian Institute of Health and Welfare (2021), *Mental health services in Australia, COVID-19 impact on mental health*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, disponible en *https://www.aihw.gov.au/reports/mentalhealth-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/mental-health-impact-of-covid-19*.

[127] Australian Institute of Health and Welfare (2020), *Impacts of COVID-19 on Medicare Benefits Scheme and Pharmaceutical Benefits Scheme service use,* Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, disponible en *https://www.aihw.gov.au/reports/health-care-quality-performance/covid-impacts-on-mbs-and-pbs/data*.

[166] Ball, J. et al. (2020), "Collateral damage: Hidden impact of the COVID-19 pandemic on the out-of-hospital cardiac arrest system-of-care", *Resuscitation*, vol. 156, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.017*.

[26] Bar-On, Y. et al. (2021), "Protection of BNT162b2 Vaccine Booster against Covid-19 in Israel", *N Engl J Med*,vol. 385/15, pp. 1393-400, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2114255*.

[149] Belgian Cancer Registry (2020), *5000 diagnostics de cancer attendus selon les estimations n'ont pas encore été établis*, *https://kankerregister.org/media/docs/publications/Cancer-Impact-CriseCoronavirus_FR_final_nov2020.pdf* (Obtenido el 30 de mayo, 2021).

[70] Berchet, C. (próxima publicación), "Socio-economic and ethnic health inequalities in COVID-19 outcomes across OECD countries", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, París.

[60] Bourguignon, M. et al. (2020), "Surmortalité liée à la Covid-19 en Belgique : variations spatiales et sociodémographiques", disponible en *https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02977464*.

[6] Byambasuren, O. et al. (2021), "Comparison of seroprevalence of SARS-CoV-2 infections with cumulative and imputed COVID-19 cases: Systematic review", *PLoS ONE*, vol. 16/4, p. e0248946, disponible en *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248946*.

[153] Canadian Institute for Health Information (2021), *How COVID-19 affected emergency departments*.

[136] Canadian Medical Association (2020), *What Canadians think about virtual health care: national survey results,* disponible en *https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/cma-virtual-care-public-poll-june-2020-e.pdf*.

[148] Cancer Australia (2020), *National and jurisdictional data on the impact of COVID-19 on medical services and procedures in Australia: Breast, colorectal, lung, prostate and skin cancers,* disponible en *https://www.canceraustralia.gov.au/National_and_jurisdictional_data_on_the_impact_of_COVID-19_on_medical_services_and_procedures*.

[38] Carfi, A. et al. (2020), "Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19", JAMA, vol. 324/6, pp. 603-605, disponible en *http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.12603*.

[113] CBS (2021), *Gezondheid in coronatijd*, *https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/welvaart-in-coronatijd/gezondheid-in-coronatijd* (Obtenido el 14 de octubre, 2021).

[85] CDC (2021), *COVID Data Tracker*, *https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#vaccination-demographicstrends* (Obtenido el 15 de octubre, 2021).

[29] CDC (2021), "COVID-NET Laboratory-confirmed COVID-19 hospitalizations", *COVID Data Tracker*, *https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#covidnet-hospitalization-network* (Obtenido el 20 de julio, 2021).

[12] CDC (2021), *Delta Variant: What We Know About the Science, https://www.cdc.gov/coronavirus /2019-ncov/variants/delta-variant.html* (Obtenido el 8 de octubre, 2021).

[22] CDC (2021), "Monitoring Incidence of COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths, by Vaccination Status— 13 U.S. Jurisdictions, April 4–July 17, 2021", *Morbidity and Mortality Weekly Report, https://www. cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7037e1.htm#contribAff* (Obtenido el 9 de octubre, 2021).

[78] Centers for Disease Control and Prevention (2021), *Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death By Race/Ethnicity,* disponible en *https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/ investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html*.

[66] Chen, J. y N. Krieger (2020), "Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US county vs. ZIP code analyses", *HCPDS Working Paper*, volumen 19, número 1, Harvard Center for Population and Development Studies.

[45] Chopra, V. et al. (2020), "Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19", *Ann Intern Med,* disponible en *http://dx.doi.org/10.7326/M20-5661*.

[132] Chudasama, Y. et al. (2020), "Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals", *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews,* vol. 14/5, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042*.

[61] Cifuentes, M. et al. (2021), "Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: A cohort nationwide study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 75/7, disponible en *http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-216275*.

[109] Commonwealth Fund (2020), "Do Americans Face Greater Mental Health and Economic Consequences from COVID-19? Comparing the U.S. with Other High-Income Countries | Commonwealth Fund", *https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/aug/americans-mental-health -and-economic-consequences-COVID19* (Obtenido el 3 de diciembre, 2020).

[53] COVID-19 INED (2020), *Demographics of COVID-19 deaths*, *https://dc-covid.site.ined.fr/en/* (Obtenido el 26 de julio, 2021).

[42] COVID-19 Longitudinal Health and Wellbeing National Core Study/ONS (2021), *Short Report on Long COVID - 22.7.2021, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads /attachment_data/file/1007511/S1327_Short_Long_COVID_report.pdf* (Obtenido el 9 de octubre, 2021).

[101] De Kock, J. et al. (2021), "A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being", *BMC Public Health*, vol. 21/1, disponible en *http://dx.doi.org/ 10.1186/s12889-020-10070-3*.

[164] De Rosa, S. et al. (2020), "Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era", *European Heart Journal*, vol. 41/22, disponible en *http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa409*.

[56] Decoster, A., T. Minten and J. Spinnewijn (2020), "The income gradient in mortality during the Covid-19 crisis: evidence from Belgium", *Discussion Paper Series DPS20.18*, KU Leuven.

[93] Denning, M. et al. (2021), "Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study", *PLoS ONE*, vol. 16/4 Abril, disponible en *http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0238666*.

[20] DREES (2021), "La diminution des cas graves continue malgré un nombre élevé de tests positifs pour les personnes non-vaccinées", *Communiqué de presse 08/10/2021*, *https://drees. solidarites-sante.gouv. fr/communique-de-presse/la-diminution-des-cas-graves-continue-malgre-un-nombre-eleve-de-tests-positifs* (Obtenido el 9 de octubre, 2021).

[57] Drefahl, S. et al. (2020), "A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden", *Nature Communications*, vol. 11/1, disponible en *http://dx. doi.org/10.1038/s41467-020-18926-3*.

[7] ECDC (2021), *COVID-19 datasets*, *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/* (Obtenido el 12 de octubre).

[174] El Sahly, H. et al. (2021), "Efficacy of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine at Completion of Blinded Phase", *NEJM*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2113017*.

[115] Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year,* Publications Office of the European Union, Luxembourg, disponible en *https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2021/living-working-and-covid-19 -update-april-2021*.

[96] Eurofound (2020), *Living, working and COVID-19*, Publications Office of the European Union, disponible en *http://dx.doi.org/10.2806/76040*.

[138] Eurofound (2020), *Living, working and COVID-19 dataset*, *https://www.eurofound.europa.eu/fr/data/covid-19/quality-of-public-services* (Obtenido el 23 de julio, 2021).

[104] European Commission (2021), *Road safety: 4 000 fewer people lost their lives on EU roads in 2020 as death rate falls to all time low,* disponible en *https://ec.europa.eu/transport/modes/road/news/2021-04-20-road-safety_en*.

[54] Eurostat (2021), "Eurostat Database", *Life expectancy by age and sex, https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en* (Obtenido el 19 de mayo, 2021).

[118] Eurostat (2014), *European Health Interview Survey Wave 2*.

[116] Fancourt, D., A. Steptoe and F. Bu (2021), "Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study", *The Lancet Psychiatry*, vol. 8/2, pp. 141-149, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30482-x*.

[90] Ferrel, M. y J. Ryan (2020), "The Impact of COVID-19 on Medical Education", *Cureus*, disponible en *http://dx.doi.org/10.7759/cureus.7492*.

[14] Fisman, D. y A. Tuite (2021), "Evaluation of the relative virulence of novel SARS-CoV-2 variants: a retrospective cohort study in Ontario, Canada", *CMAJ*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.211248*.

[167] Fothergill, R. et al. (2021), "Out-of-Hospital Cardiac Arrest in London during the COVID-19 pandemic", *Resuscitation Plus*, vol. 5, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.resplu.2020.100066*.

[120] Fukase, Y. et al. (2021), "Depression, risk factors, and coping strategies in the context of social dislocations resulting from the second wave of COVID-19 in Japan", *BMC Psychiatry*, vol. 21/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03047-y*.

[4] G20 (2021), "A Global Deal for our Pandemic Age", *Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response*, *https://www.g20.org/wp-content/uploads/2021/07/G20-HLIP-Report.pdf* (Obtenido el 11 de octubre, 2021).

[159] Garcia, S. et al. (2020), *Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.011*.

[44] Garrigues, E. et al. (2020), "Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19", *Journal of Infection*, vol. 61/6, pp. e4-e6, disponible en *https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029*.

[37] Ghosn, J. et al. (2021), "Persistent COVID-19 symptoms are highly prevalent 6 months after hospitalization: results from a large prospective cohort", *Clin Microbiol Infect*, vol. 27/7, pp. 1041.e1-1041.e4, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2021.03.012*.

[88] Gobierno de México (2021), *Informes sobre el personal de Salud COVID19 en México*, *https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid-19-en-mexico* (Obtenido el 14 de octubre, 2021).

[134] Gonzalez, D. et al. (2021), *Delayed and forgone health care for nonelderly adults during the COVID-19 pandemic: Findings from the September 11-28 Coronavirus Tracking Survey*, *https://www.urban.org/sites/default/files/publication/103651/delayed-and-forgone-health-care-for-nonelderly-adults-during-the-covid-19-pandemic_1.pdf* (Obtenido el 19 de julio, 2021).

[91] Greenberg, N. et al. (2020), "Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic", *BMJ*, p. m1211, disponible en *http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1211*.

[147] Hanna, T. et al. (2020), "Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 371, disponible en *http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4087*.

[81] Hansson, E. et al. (2020), "[Large differences in excess mortality in March-May 2020 by country of birth in Sweden]", *Lakartidningen,* vol. 117.

[92] Heesakkers, H. et al. (2021), "The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 65, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103034*.

[128] Helsedirektoratet (2020), *Konsultasjoner hos fastleger*, The Norwegian Directorate of Health,disponible en *https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/konsultasjoner-hos-fastleger*.

[63] Hoebel, J. et al. (2021), "Socioeconomic Differences in the Risk of Infection During the Second Sars-Cov-2 Wave in Germany", *Deutsches Arzteblatt international*, vol. 118/15, disponible en *http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0188*.

[43] Huang, C. et al. (2021), "6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study", *The Lancet*, vol. 397/10270, pp. 220-232, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32656-8*.

[160] Huet, F. et al. (2020), "One train may hide another: Acute cardiovascular diseases could be neglected because of the COVID-19 pandemic", *Archives of Cardiovascular Diseases*, vol. 113/5, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.acvd.2020.04.002*.

[75] Ibarra-Nava, I. et al. (2021), "Ethnic disparities in COVID-19 mortality in Mexico: A cross-sectional study based on national data", *PLoS ONE*, vol. 16/3 March, disponible en *http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0239168*.

[129] INAMI (2020), *Monitoring COVID-19: L'impact de la COVID-19 sur le remboursement des soins de santé*, Institut national d'assurance maladie-invalidité, Bruselas, disponible en *https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-impact-covid19-remboursement-soins-sante.aspx*.

[2] Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2021), *COVID-19: make it the last pandemic, disponible en https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf*.

[21] Instituto Superiore di Sanità (2021), *Epidemia COVID-19 - Aggiornamento nazionale 6 ottobre 2021, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_6-ottobre-2021.pdf* (Obtenido el 14 de octubre, 2021).

[102] International Council of Nurses (2020), *Protecting nurses from COVID-19 a top priority: A survey of ICN's national nursing associations*, International Council of Nurses.

[5] Ioannidis, J. (2021), "Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 99, pp. 19–33F, disponible en *http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.265892*.

[76] Jefferies, S. et al. (2020), "COVID-19 in New Zealand and the impact of the national response: a descriptive epidemiological study", *The Lancet Public Health*, vol. 5/11, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30225-5*.

[1] Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (2021), *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU), https://coronavirus.jhu.edu/map.html* (Obtenido el 11 de octubre, 2021).

[47] Katz, M. (2021), "Regardless of Age, Obesity and Hypertension Increase Risks with COVID-19", *JAMA Internal Medicine*, vol. 181/3, p. 381, *disponible en http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5415*.

[100] Kirzinger, A. et al. (2021), *KFF/The Washington Post Frontline Health Care Workers Survey*, Kaiser Family Foundation, disponible en *https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/kff-washington-post-health-care-workers/*.

[69] Lee, H. et al. (2021), "Power of universal health coverage in the era of COVID-19: A nationwide observational study", *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, vol. 7, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100088*.

[94] Lee, J. et al. (2021), "Disparities in COVID-19 Vaccination Coverage Among Health Care Personnel Working in Long-Term Care Facilities, by Job Category, National Healthcare Safety Network — United States, March 2021", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 70/30, pp. 1036-1039, disponible en *https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm7030a2-H.pdf*.

[130] Leitner, S. (2021), *Number of e-Card consultations: Analysis of eCard consultations during the pandemic/during the lockdown in 2020*, Business Intelligence im Gesundheitswesen.

[18] Lopez Bernal, J. et al. (2021), "Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant", *N Engl J Med*, vol. 385/7, pp. 585-94, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2108891*.

[98] Luceño-Moreno, L. et al. (2020), "Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17/15, disponible en *http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17155514*.

[161] Mafham, M. et al. (2020), "COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England", *The Lancet*, vol. 396/10248, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31356-8*.

[151] Maringe, C. et al. (2020), "The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study", *The Lancet Oncology*, vol. 21/8, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0*.

[58] Martins-Filho, P. et al. (2021), "Racial disparities in COVID-19-related deaths in Brazil: Black lives matter?", *Journal of Epidemiology*, vol. 31/3, disponible en *http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20200589*.

[64] Mateo-Urdiales, A. et al. (2021), "Socioeconomic patterns and COVID-19 outcomes before, during and after the lockdown in Italy (2020)", *Health and Place*, vol. 71, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102642*.

[139] McDonald, H. et al. (2020), "Early impact of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and physical distancing measures on routine childhood vaccinations in England, January to April 2020", *Eurosurveillance*, vol. 25/19, disponible en *http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.19.2000848*.

[162] Metzler, B. et al. (2020), "Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: The pandemic response causes cardiac collateral damage", *European Heart Journal*, vol. 41/19, pp. 1852-1853, disponible en *http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa314*.

[105] Ministero della Salute (2021), *Vaccinazione antinfluenzale - Confronti coperture nella Popolazione ANZIANA al 2020-2021, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_19_3_0_file.pdf* (Obtenido el 14 de octubre, 2021).

[33] Morgan, D. et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", *OECD Health Working Papers*, número 122, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en*.

[25] Naaber, P. et al. (2021), "Dynamics of antibody response to BNT162b2 vaccine after six months: a longitudinal prospective study", *The Lancet Regional Health - Europe, disponible en https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100208*.

[73] National Board of Health and Welfare (2021), *Statistics on Causes of Death 2020*, Official Statistics of Sweden, disponible en *https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-6-7454.pdf*.

[112] National Center for Health Statistics (2021), *Mental Health - Household Pulse Survey - COVID-19, https://www.cdc.gov/nchs/covid19/pulse/mental-health.htm* (Obtenido el 30 de mayo, 2021).

[39] Nehme, M. et al. (2021), "COVID-19 Symptoms: Longitudinal Evolution and Persistence in Outpatient Settings", *Ann Intern Med*, vol. 174/5, pp. 723-725, disponible en *http://dx.doi.org/10.7326/M20-5926*.

[150] Netherlands Comprehensive Cancer Organisation (2021), *COVID-19 and cancer,disponible en https://iknl.nl/covid-19*.

[86] Nguyen, L. et al. (2020), "Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study", *The Lancet Public Health*, vol. 5/9, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X*.

[155] NHS (2021), *A&E Attendances and Emergency Admissions*.

[99] NHS (2021), *NHS Staff Survey 2020: National Results Briefing*.

[59] NIPH (2021), *Systematic review: Incidence and severe outcomes from COVID-19 among immigrant and minority ethnic groups and among groups of different socio-economic status*, Norwegian Institute of Public Health, disponible en *https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/incidence-and-severe-outcomesfrom-covid-19-among-immigrant-and-minority-ethnic-groups-and-among-groups-of-different-socioeconomic-status-report-2021.pdf*.

[122] NIVEL (2021), *Tijdens tweede lockdown gaan 20-24-jarigen vaker naar de huisarts met gevoelens omtrent depressiviteit en angst, https://www.nivel.nl/nl/nieuws/tijdens-tweede-lockdown-gaan-20-24-jarigen-vakernaar-de-huisarts-met-gevoelens-omtrent* (Obtenido el 14 de octubre, 2021).

[15] OECD (2021), "Access to COVID-19 vaccines: Global approaches in a global crisis", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/c6a18370-en*.

[171] OECD (2021), "Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19", *OECD Journal on Budgeting*, vol. 21/1, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/69b897fb-en*.

[170] OECD (2021), *OECD Economic Outlook, Interim Report March 2021*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/34bfd999-en*.

[169] OECD (2021), *OECD Economic Outlook, Interim Report September 2021: Keeping the Recovery on Track*, OECD Publishing, disponible en *https://doi.org/10.1787/490d4832-en*.

[30] OECD (2021), *OECD Health Statistics*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/health-data-en*.

[123] OECD (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en*.

[9] OECD (2021), "Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/9a5ae6da-en*.

[117] OECD (2021), "Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/84e143e5-en*.

[108] OECD (2021), "Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en*.

[8] OECD (2020), "Beyond containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/6ab740c0-en*.

[11] *OECD (2020), "Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies", OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/e96a4226-en*.

[52] OECD (forthcoming), "Rising from the crisis: Policy responses to COVID-19 in long-term care", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París.

[144] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (forthcoming), *Czech Republic: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas.

[146] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (forthcoming), *France: Country Health Profile 2021*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas.

[143] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (forthcoming), *Italy: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas.

[10] OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/82129230-en*.

[68] Oh, T., J. Choi e I. Song (2021), "Socioeconomic disparity and the risk of contracting COVID-19 in South Korea: an NHIS-COVID-19 database cohort study", *BMC Public Health*, vol. 21/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-10207-y*.

[163] Oikonomou, E. et al. (2020), "Hospital attendance and admission trends for cardiac diseases during the COVID-19 outbreak and lockdown in Greece", *Public Health*, vol. 187, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2020.08.007*.

[36] ONS (2021), *Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 7 October 2021*, Office for National Statistics, *https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/7october2021* (Obtenido el 9 de octubre, 2021).

[77] ONS (2021), *Updating ethnic contrasts in deaths involving the coronavirus (COVID-19), England: 24 January 2020 to 31 March 2021*, Office for National Statistics, disponible en *https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/updatingethniccontrastsindeathsinvolvingthecoronaviruscovid19englandandwales/24january2020to31march2021*.

[55] ONS (2020), *Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation deaths occurring between 1 March and 31 July 2020*, Office for National Statistics, *https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsinvolvingcovid19bylocalareasanddeprivation/deathsoccurringbetween1marchand31july2020* (Obtenido el 23 de julio, 2021).

[19] Our World in Data (2021), *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations, https://ourworldindata.org/covidvaccinations* (Obtenido el 13 de octubre).

[3] Pan-European Commission on Health and Sustainable Development (2021), *Drawing light from the pandemic: A new strategy for health and sustainable development, https://www.euro.who.int/en/health-topics/healthpolicy/european-programme-of-work/pan-european-commission-on-health-and-sustainable-development* (Obtenido el 11 de octubre, 2021).

[80] Papon, S. e I. Robert-Bobée (2020), "Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020", *INSEE FOCUS no.198, https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049#consulter* (Obtenido el 31 de mayo, 2021).

[165] Primessnig, U., B. Pieske and M. Sherif (2021), "Increased mortality and worse cardiac outcome of acute myocardial infarction during the early COVID-19 pandemic", *ESC Heart Failure*, vol. 8/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1002/ehf2.13075*.

[23] Public Health England (2021), *Duration of Protection of COVID-19 Vaccines against Clinical Disease,* disponible en *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1017309/S1362_PHE_duration_of_protection_of_COVID-19_vaccines_against_clinical_disease.pdf*.

[142] Public Health England (2021), *Quarterly vaccination coverage statistics for children aged up to 5 years in the UK (COVER programme): April to June 2021*, disponible en *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1020972/hpr1621_COVER.pdf*.

[106] Public Health England (2021), *Surveillance of influenza and other seasonal respiratory viruses in the UK -Winter 2020 to 2021, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/995284/Surveillance_of_influenza_and_other_seasonal_respiratory_viruses_in_the_UK_2020_to_2021-1.pdf* (Obtenido el 14 octubre, 2021).

[111] Public Health England (2021), *Wider Impacts of COVID-19 on Health (WICH) monitoring tool, https://analytics.phe.gov.uk/apps/covid-19-indirect-effects/* (Obtenido el 19 de febrero, 2021).

[65] Public Health England (2020), *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf* (Obtenido el 15 de mayo, 2021).

[16] Public Health Ontario (2021), *COVID-19 Real-World Vaccine Effectiveness - What We Know So Far, https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/04/wwksf-vaccine effectiveness.pdf?sc_lang=en* (Obtenido el 8 de octubre, 2021).

[41] Rajan, S. et al. (2021), "Health System and Policy Analysis - Policy Brief 39", in *In the wake of the pandemic -Preparing for Long COVID*, European Observatory on Health Systems and Policies, disponible en *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf*.

[34] Raleigh, V. (2019), "Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing?", *OECD Health Working Papers*, número 108, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/223159ab-en*.

[50] Reddy, R. et al. (2021), "The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Medical Virology*, vol. 93/2, disponible en *http://dx.doi.org/10.1002/jmv.26389*.

[89] RIVM (2021), *Epidemiologische situatie van SARS-CoV-2 in Nederland (12 oktober 2021), https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-10/COVID-19_WebSite_rapport_wekelijks_20211012_1259.pdf* (Obtenido el 18 de octubre, 2021).

[28] Robert Koch Institut (2021), *COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html* (Obtenido el 20 de julio, 2021).

[72] Rommel, A. et al. (2021), "Population with an increased risk of severe COVID-19 in Germany. Analyses from GEDA 2019/2020-EHIS", *Journal of Health Monitoring*, vol. 6/S2, disponible en *http://dx.doi.org/10.25646/7859*.

[97] Rossi, R. et al. (2020), *Mental Health Outcomes among Frontline and Second-Line Health Care Workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185*.

[48] Sanchez-Ramirez, D. and D. Mackey (2020), "Underlying respiratory diseases, specifically COPD, and smoking are associated with severe COVID-19 outcomes: A systematic review and meta-analysis", *Respiratory Medicine*, vol. 171, p. 106096, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106096*.

[95] Santé Publique France (2021), "Couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les professionnels exerçant en établissements de santé", *Le point sur - 12 août 2021, https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/366946/3126335* (Obtenido el 14 de octubre, 2021).

[110] Santé Publique France (2021), *Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie, https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-uneenquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie* (Obtenido el 25 de noviembre, 2020).

[103] Schranz, M. et al. (2021), "Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016 –32/2020)", *Epidemiologisches Bulletin*, vol. 7, pp. 3-7, disponible en *http://dx.doi.org/10.25646/8011*.

[168] Scquizzato, T. et al. (2020), "Effects of COVID-19 pandemic on out-of-hospital cardiac arrests: A systematic review", *Resuscitation*, vol. 157, pp. 241-247, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.10.020*.

[135] Serviço Nacional de Saúde (2021), *Atividade do Programa de Diabetes, https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/diabetes/* (Obtenido el 19 de julio, 2021).

[131] Serviço Nacional de Saúde (2021), *Consultas Médicas nos Cuidados de Saúde Primários, https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/evolucao-das-consultas-medicas-nos-csp/export/?sort=tempo* (Obtenido el 26 de julio, 2021).

[154] Serviço Nacional de Saúde (2021), *Serviços de Urgência*.

[140] Silveira, M. et al. (2021), "Missed childhood immunizations during the COVID-19 pandemic in Brazil: Analyses of routine statistics and of a national household survey", *Vaccine*, vol. 39/25, pp. 3404-3409, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.04.046*.

[32] Simonson, L. and C. Viboud (2021), "Mortality: A comprehensive look at the COVID-19 pandemic death toll", *eLife*, vol. 10, p. e71974, disponible en *http://dx.doi.org/10.7554/eLife.71974*.

[156] Stam, C. y B. Blatter (2021), *Letsels 2020: Kerncijfers LIS*, VeiligheidNL.

[79] Statens Serum Institut (2020), *Epidemiologisk trend og fokus: Herkomst (etnicitet)*, disponible en *https://files.ssi.dk/COVID19-epi-trendogfokus-07052020-4eu7*.

[119] Statistics Canada (2020), *Mental health of Canadians during the COVID-19 pandemic, https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2020039-eng.htm* (Obtenido el 1 de abril, 2021).

[71] Statistics Netherlands (2021), *Sociaal-demografische verschillen in COVID-19-sterfte tijdens de eerste golf van de corona-epidemie,* disponible en *https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/sociaal-demografischeverschillen-in-covid-19-sterfte-tijdens-de-eerste-golf-van-de-corona-epidemie/3-resultaten*.

[124] Stockwell, S. et al. (2021), "Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review", *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, vol. 7, p. e000960, disponible en *http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmjsem-2020-000960*.

[74] Subedi, R., L. Greenberg and M. Turcotte (2020), *COVID-19 mortality rates in Canada's ethno-cultural,* disponible en *https:// www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-eng.htm*.

[40] Sudre, C. et al. (2021), "Attributes and predictors of long COVID", *Nature Medicine*, vol. 27/4, pp. 626-631, disponible en *https://doi.org/10.1038/s41591-021-01292-y*.

[126] Suleman, M. et al. (2021), *Unequal pandemic, fairer recovery: The COVID-19 impact inquiry report*, The Health Foundation, Londres.

[35] Taquet, M. et al. (2021), "Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19", *PLoS Med*, vol. 18/9, disponible en *https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003773*.

[49] Tartof, S. et al. (2020), "Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results From an Integrated Health Care Organization", *Annals of internal medicine*, vol. 173/10, *http://dx.doi.org/10.7326/M20-3742*.

[83] The Austrian National Public Health Institute (2021), *Factsheet: COVID-19 in Austria - incidence, mortality and vacciation versus socio-economic aspects*.

[152] The Health Foundation (2021), *Longer waits, missing patients and catching up - How is elective care in England coping with the continuing impact of COVID-19?, https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-is-elective-care-coping-with-the-continuing-impact-of-covid-19* (Obtenido el 30 de mayo, 2021).

[24] Thomas, S. et al. (2021), "Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months", *NEJM*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2110345*.

[157] Toet, H., E. Sprik y B. Blatter (2020), *Effecten van de Corona maatregelen op SEH-bezoeken? Stand van zaken tot en met september 2020*, VeiligheidNL, *https://www.veiligheid.nl/organisatie/publicaties/shortreport--effecten-van-de-corona-lock-down-op-seh-bezoeken--* (Obtenido el 13 de octubre, 2021).

[13] Twohig, K. et al. (2021), "Hospital admission and emergency care attendance risk for SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) compared with alpha (B.1.1.7) variants of concern: a cohort study", *Lancet Infect Dis*, disponible en *https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00475-8*.

[125] UN Women (2020), "COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls", *UN Women Headquaters*.

[17] Vaccine Effectiveness Expert Panel (2021), *Vaccine Effectiveness Expert Panel - consensus narrative, 27 August 2021, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1017253/S1359_VEEP_Vaccine_Effectiveness_Table__1_.pdf* (Obtenido el 13 de octubre, 2021).

[82] Wachtler, B. y J. Hoebel (2020), "Social Inequalities and COVID-19: Social-Epidemiological Perspectives on the Pandemic", *Gesundheitswesen*, vol. 82/8-9, disponible en *http://dx.doi.org/10.1055/a-1226-6708*.

[62] Wachtler, B. et al. (2020), "Socioeconomic inequalities in the risk of SARS-CoV-2 infection – First results from an analysis of surveillance data from Germany", *Journal of Health Monitoring*, vol. 5/5 (S7), disponible en *http://dx.doi.org/10.25646/7057*.

[87] WHO (2021), *COVID-19 Weekly Epidemiological Update, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20210202_weekly_epi_update_25.pdf* (Obtenido el 20 de julio, 2021).

[141] WHO (2021), *Measles vaccination coverage,* disponible en *https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/mcv.html*.

[173] WHO (2021), *Tracking SARS-CoV-2 Variants, https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/* (Obtenido el 6 de octubre, 2021).

[27] WHO (2021), *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 8 September 2021, https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-themedia-briefing-on-covid-19---8-september-2021* (Obtenido el 18 de octubre, 2021).

[31] WHO (2021), *World Health Statistics 2021: Monitoring Health for teh SDGs*, World Health Organization, disponible en *https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2021/whs-2021_20may.pdf?sfvrsn=55c7c6f2_3*.

[133] WHO (2020), *COVID-19 AND NCDs*, World Health Organization, disponible en *https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic*.

[51] WHO (2020), *Smoking and COVID-19: Scientific Brief*, World Health Organization, Ginebra, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/332895*.

[121] WHO (2020), *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment,* World Health Organization, Ginebra, disponible en *https://www.who.int/publications/i/item/978924012455*.

[107] WMO (2021), *Air Quality and Climate Bulletin - No.1 September, https://library.wmo.int/doc_num.php?explnum_id=10791* (Obtenido el 14 de octubre, 2021).

ANEXO 2.A.

Datos sobre exceso de mortalidad y defunciones por COVID-19

Tabla 2.A.1. **Exceso de mortalidad y muertes por COVID-19 en países de la OCDE, acumulado a finales de junio de 2021**

País	Número total de muertes por COVID-19	Muertes por COVID-19 por millón de habitantes	Número total de muertes en exceso	Muertes en exceso por millón de habitantes	Incremento porcentual de muertes totales (en comparación con el promedio 2015-2019)
Alemania	91 031	1 095	76 945	925	5.37%
Australia	910	36	5 369	211	2.58%
Austria	10 505	1 180	11 306	1 270	9.07%
Bélgica	25 193	2 186	15 830	1 374	9.39%
Canadá	26 368	699	42 458	1 125	10.57%
Chile	33 249	1 739	40 862	2 138	25.70%
Corea	2 028	40	2 659	52	4.04%
Colombia	109 466	2 151	118 191	2 323	37.80%
Costa Rica	4 726	928	N/A	N/A	N/A
Dinamarca	2 537	436	1 136	195	1.38%
Estonia	1 270	956	1 855	1 396	7.83%
Eslovenia	4 753	2 268	4 862	2 320	15.64%
España	80 934	1 710	87 123	1 841	13.49%
Estados Unidos	603 766	1 824	846 949	2 559	19.85%
Finlandia	974	176	1 894	343	2.31%
Francia	111 190	1 652	92 507	1 374	10.01%
Grecia	12 737	1 188	15 024	1 402	8.02%
Hungría	29 996	3 070	23 679	2 424	11.83%
Islandia	30	82	68	188	1.99%
Irlanda	5 000	1 007	N/A	N/A	N/A
Israel	6 428	743	6 628	766	9.64%
Italia	127 649	2 140	128 279	2 151	12.92%
Japón	14 842	117	99 541	787	4.94%
Letonia	2 528	1 325	2 307	1 209	5.27%
Lituania	4 395	1 573	5 386	1 928	8.69%
Luxemburgo	818	1 307	550	879	8.64%
México	233 689	1 813	574 527	4 456	54.79%
Nueva Zelanda	26	5	1 031	214	0.83%
Noruega	794	148	-1 489	-277	-2.39%
Países Bajos	17 755	1 020	24 084	1 384	10.43%
Polonia	75 085	1 978	139 024	3 663	22.57%
Portugal	17 117	1 663	20 848	2 025	12.16%
Reino Unido	151 912	2 232	108 843	1 599	11.67%
República Checa	30 348	2 838	37 050	3 465	21.76%
República Eslovaca	12 514	2 293	17 098	3 133	20.83%
Suecia	14 667	1 420	5 630	545	4.12%
Suiza	10 305	1 197	9 196	1 069	8.98%
Turquía	49 924	600	N/A	N/A	N/A
Total OCDE	1 927 459	1 406	2 567 250	2 010	15.51%
Promedio OCDE	N/A	1 285	N/A	1 499	11.79%

Nota: No existen datos de muertes en exceso para Costa Rica, Irlanda y Turquía. Los datos llegan hasta la semana 26-2021, excepto para Australia (semana 25), Canadá (semana 22), y Colombia (semana 18).
Fuente: OECD (OECD Health Statistics, 2021), "OECD Health Statistics", *https://doi.org/10.1787/health-data-en*, con base en datos de EUROSTAT y datos nacionales.

V6
F 60~ 0.5~100 Hz N

3. ESTADO DE SALUD

Tendencias en esperanza de vida

Esperanza de vida por género y nivel educativo

Exceso de mortalidad

Principales causas de mortalidad

Mortalidad evitable (prevenible y tratable)

Mortalidad por enfermedades circulatorias

Incidencia y mortalidad por cáncer

Enfermedades crónicas

Salud de infantes, niños y adolescentes

Salud mental

Percepción de la salud

Tendencias en esperanza de vida

La esperanza de vida se ha incrementado en todos los países de la OCDE en los últimos 50 años, pero el avance ha sido más lento en la última década. La pandemia de COVID-19 causó una disminución en la esperanza de vida en la mayoría de los países de la OCDE en 2020 (véase el Capítulo 2 para un análisis profundo sobre el impacto en salud de la COVID-19).

En 2019, la esperanza de vida al nacer era de 81 años en promedio en los países de la OCDE –más de 10 años superior a lo que era en 1970 (Figura 3.1). Japón, Suiza y España encabezan un grupo grande de 27 países miembros de la OCDE en los que la esperanza de vida al nacer supera los 80 años. Un segundo grupo que incluye a Estados Unidos y varios países de Europa central y del este, tiene una esperanza de vida entre 77 y 80 años. México, Letonia, Lituania, Hungría y Colombia tenían la esperanza de vida más baja, de menos de 77 años en 2019.

Entre los países de la OCDE que han tenido los mayores incrementos en esperanza de vida desde 1970 se encuentran Turquía (+24 años), Corea (+21) y Chile (+18). Contar con sistemas de salud más robustos ha contribuido a estos incrementos, pues ofrecen servicios más accesibles y de mejor calidad. También son importantes algunos determinantes de salud más amplios –principalmente ingresos más altos, mejor educación y mejores condiciones de vida. Los estilos de vida más saludables, influenciados por políticas dentro y fuera de los sistemas de salud, también han tenido un impacto muy considerable (James, Devaux y Sassi, 2017[1]).

En países socios, la esperanza de vida se mantiene muy por debajo del promedio de la OCDE. Aún así, los niveles se mueven rápidamente hacia el promedio de la OCDE, con avances considerables en longevidad desde 1970 en India, República Popular China (China), Brasil e Indonesia. No obstante, el avance ha sido más limitado en la Federación de Rusia (Rusia), debido principalmente al impacto de la transición económica en la década de 1990 y al incremento de comportamientos de riesgo para la salud entre los hombres. El avance también ha sido lento en Sudáfrica, debido principalmente a la epidemia de VIH/Sida, aunque el incremento en longevidad en la última década ha sido más acelerado.

Un ingreso nacional más alto se asocia en general con mayor longevidad, particularmente entre los grupos de menor ingreso. La esperanza de vida también es mayor en promedio en países que invierten más en sus sistemas de salud –aunque esta relación tiende a ser menos pronunciada en los países con el gasto en salud per cápita más alto (véase el Capítulo 1 para un análisis más detallado).

Se espera que la COVID-19 tenga un gran impacto en la esperanza de vida debido al número de muertes excepcionalmente alto que la pandemia ha causado. Los países de la OCDE han registrado del orden de 1.7 millones de muertes en exceso, en comparación con el número promedio de muertes en los cinco años previos (véase el indicador "Exceso de mortalidad"). En 2020 la esperanza de vida disminuyó en todos los países de la OCDE que cuentan con datos disponibles, salvo en Noruega, Japón, Costa Rica, Dinamarca, Finlandia y Letonia (Figura 3.2). La reducción anual alcanzó un año o más en nueve países, y fue particularmente importante en Estados Unidos (-1.6 años) y España (-1.5 años).

Incluso antes de la COVID-19, el aumento de la esperanza de vida se había ralentizado notablemente en varios países de la OCDE durante la última década. Este fenómeno fue más marcado en Estados Unidos, Francia, Países Bajos, Alemania y Reino Unido. El aumento de la longevidad fue más lento para las mujeres que para los hombres en casi todos los países de la OCDE.

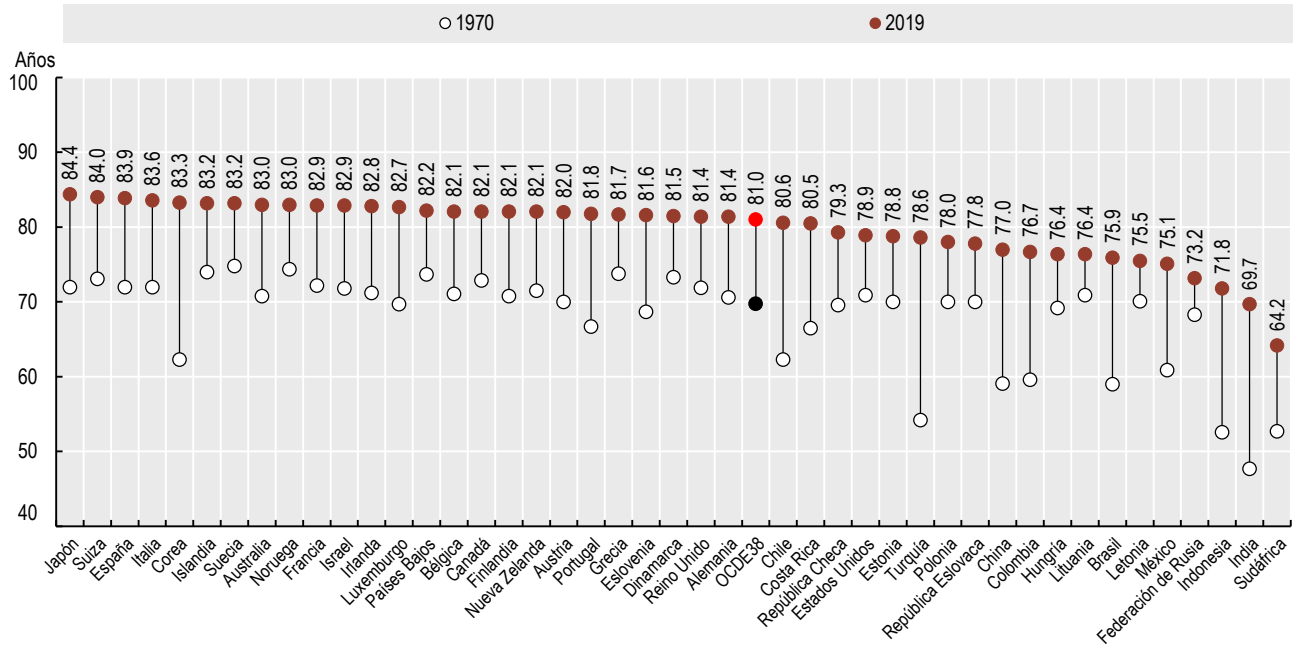
Las causas de la ralentización del aumento de la esperanza de vida en el tiempo son multifactoriales (Raleigh, 2019[2]). Entre las causas principales están los avances médicos limitados en enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares. Los niveles crecientes de obesidad y diabetes, y el envejecimiento de la población han dificultado que los países sigan avanzando en la reducción de las muertes por dichas enfermedades circulatorias. Las enfermedades respiratorias como la influenza y la neumonía, han cobrado más vidas en años recientes –notablemente en 2015, pero también en los inviernos de 2012-13 y 2016-17. En algunos países –particularmente Estados Unidos y Canadá– la crisis de opioides ha causado más defunciones de adultos en edad laboral por envenenamiento accidental relacionado con el uso de drogas. En términos más generales, las recesiones económicas y las medidas de austeridad relacionadas, como en la crisis económica global de 2008, se han asociado al deterioro de la salud mental y el aumento de las tasas de suicidio, pero con un impacto menos claro en la mortalidad general (Parmar, Stavropoulou y Ioannidis, 2016[3]). Lo que es claro es que no debe darse por sentado el aumento continuo de la longevidad, y que una mejor protección de la gente mayor y otras poblaciones de riesgo es primordial para lograr extender la esperanza de vida.

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida al nacer mide los años que las personas vivirían en promedio, con base en un conjunto determinado de tasas de mortalidad por edad. Sin embargo, no es posible conocer de antemano las tasas reales de mortalidad por edad de una determinada cohorte de nacimiento. Si las tasas de mortalidad por edad disminuyen (como ha sucedido en las últimas décadas), la esperanza de vida real será mayor que la calculada con las tasas de mortalidad actuales.

Los datos de esperanza de vida al nacer provienen de Eurostat para los países de la Unión Europea (UE), y de fuentes nacionales de información en los otros casos. La Secretaría de la OCDE calcula la esperanza de vida al nacer para el total de la población de los países de la OCDE, utilizando el promedio ponderado de la esperanza de vida de hombres y mujeres.

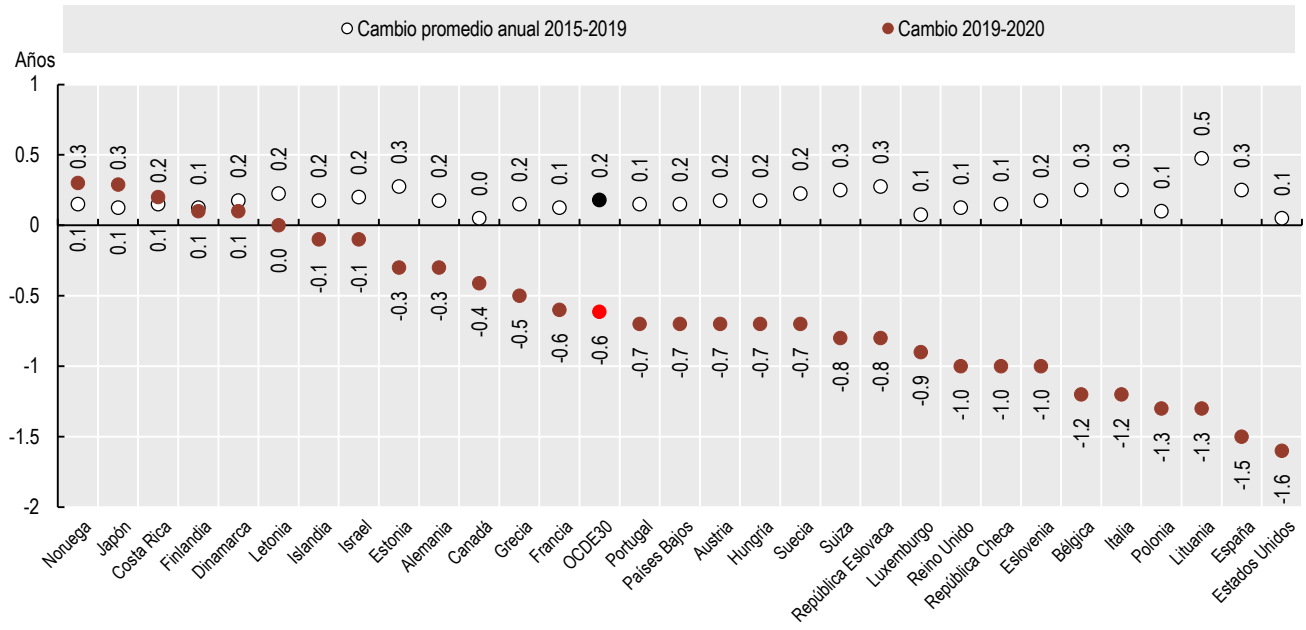
Figura 3.1. **Esperanza de vida al nacer, 1970 y 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/a2sx4j

Figura 3.2. **Reducciones en la esperanza de vida durante la pandemia**



Nota: Los datos de 2020 son provisionales para algunos países.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/gsdvzk

Esperanza de vida por género y nivel educativo

Las mujeres viven más que los hombres en todos los países de la OCDE y países socios. El promedio de esta brecha de género fue de 5.3 años en 2019 en los países de la OCDE –la esperanza de vida al nacer para las mujeres fue de 83.6 años, en comparación con 78.3 para los hombres (Figura 3.3). Sin embargo, la brecha de género en la esperanza de vida se ha reducido en un año desde 2000, lo que refleja aumentos más rápidos en la esperanza de vida de los hombres en la mayoría de los países.

En 2019, la esperanza de vida al nacer para hombres en los países miembros de la OCDE varió de alrededor de 71 años en Letonia y Lituania, a 81 años o más en Suiza, Japón, Islandia, Suecia, Italia, Noruega, España e Israel. Para mujeres, la esperanza de vida alcanzó 87.4 años en Japón, pero fue de menos de 80 en México, Hungría y Colombia.

Las brechas de género son relativamente angostas en Islandia, Países Bajos, Suecia, Noruega, Nueva Zelanda, Suiza, Reino Unido, Israel e Irlanda –de menos de cuatro años. Sin embargo, hay diferencias de género mayores en muchos países de Europa central y del este –notablemente en Lituania y Letonia (más de 9 años), Estonia (8.5 años) y Polonia (7.8 años). En estos países, los avances en longevidad para los hombres en las últimas décadas han sido mucho más modestos, lo que se debe en parte a una mayor exposición a factores de riesgo –particularmente tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y dietas menos saludables– lo que resulta en más muertes por condiciones cardiacas, cáncer y otras enfermedades. Para países socios de la OCDE, la brecha de género es de diez años en Rusia, y alrededor de siete años en Brasil y Sudáfrica. En tanto que China (4.4 años) e India (2.5 años), tienen brechas de género menores.

Las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida también son evidentes en todos los países de la OCDE con datos disponibles (Figura 3.4). En promedio en 24 países de la OCDE, una persona de 30 años con nivel educativo inferior a educación media superior puede esperar vivir 5.2 años menos que una persona de la misma edad con educación superior (un grado universitario o equivalente). Estas diferencias son más pronunciadas entre hombres, con una brecha promedio de 6.5 años, en comparación con la brecha promedio de 3.9 años entre mujeres.

Las desigualdades socioeconómicas son particularmente notables entre los hombres en muchos países de Europa central y del este (República Eslovaca, Letonia, Polonia, Hungría), donde la brecha de esperanza de vida entre hombres con niveles de educación bajos y altos es de más de diez años. Las brechas en esperanza de vida por nivel educativo son relativamente cortas en Italia y Suecia.

Un mayor número de muertes entre adultos en edad productiva (de 25 a 64 años) con bajo nivel educativo causa en buena medida esta brecha por educación en la esperanza de vida. Las tasas de mortalidad son casi cuatro veces más altas para los hombres en edad productiva con menos educación, y alrededor de dos veces más altas para mujeres en edad productiva con menos educación, en comparación con quienes cuentan con educación superior (este análisis se basa en datos de 23 países de la OCDE). Aunque menos marcadas, las diferencias en tasas de mortalidad entre hombres y mujeres de mayor edad, siguen siendo más altas entre quienes tienen niveles educativos inferiores, debido a un mayor número de muertes por enfermedades circulatorias y cáncer (Murtin et al., 2017[4]).

Los índices más altos de tabaquismo entre grupos socioeconómicos desfavorecidos son un importante coadyuvante en las brechas en esperanza de vida por nivel educativo u otras medidas de estatus socioeconómico. Otros factores de riesgo son también más prevalentes entre grupos desfavorecidos –principalmente consumo excesivo de alcohol entre los hombres, e índices de obesidad más altos para hombres y mujeres (véase el Capítulo 4 para un análisis más detallado de factores de riesgo para la salud). Finalmente, aunque los datos que se muestran aquí son previos a la pandemia, la evidencia reciente muestra un claro gradiente social en las muertes por COVID-19, lo que tendrá un efecto multiplicador en las desigualdades en esperanza de vida (véase el Capítulo 2 para mayor detalle y referencias relacionadas).

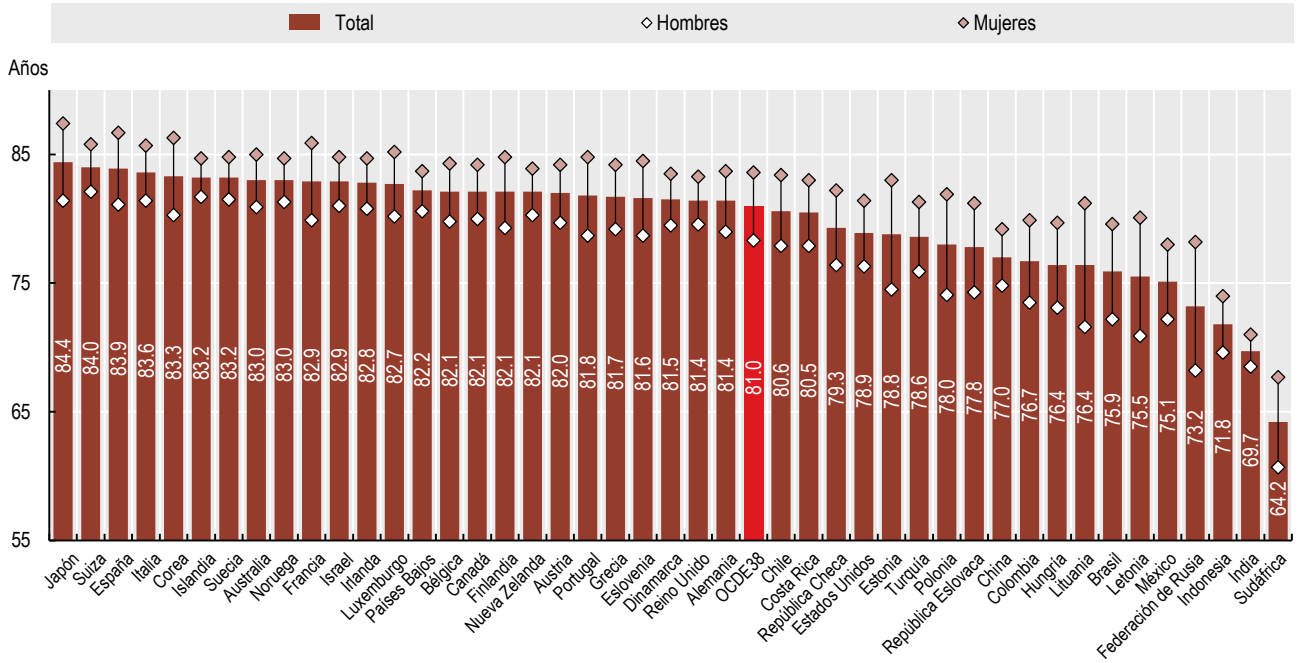
Definición y comparabilidad

La esperanza de vida al nacer mide los años que las personas vivirían en promedio, con base en un conjunto determinado de tasas de mortalidad por edad. Los datos de esperanza de vida por género provienen de Eurostat para países de la Unión Europea, y de fuentes nacionales de información en los otros casos.

Los datos para esperanza de vida por nivel educativo fueron provistos directamente a la OCDE por Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Francia, Islandia, Israel, Letonia, México, Países Bajos, Reino Unido y Suiza. Los datos para el resto de países europeos se obtuvieron de la base de datos de Eurostat. Se utilizó la *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación* (CINE) de 2011 como base para definir los niveles de educación. El nivel más bajo de educación –CINE 0-2– se refiere a quienes no completaron la educación secundaria. El nivel más alto –CINE 6-8– se refiere a quienes completaron educación superior (un grado universitario o equivalente).

No todos los países tienen información sobre educación como parte de sus estadísticas de mortalidad. En esos casos, es necesario vincular los datos con otra fuente (como un censo) que contenga información sobre educación. Los datos desagregados por educación están disponibles solamente para subconjuntos de la población de Bélgica, Noruega y República Checa. En estos países, la considerable proporción de población fallecida sin información de nivel educativo puede afectar la precisión de los datos.

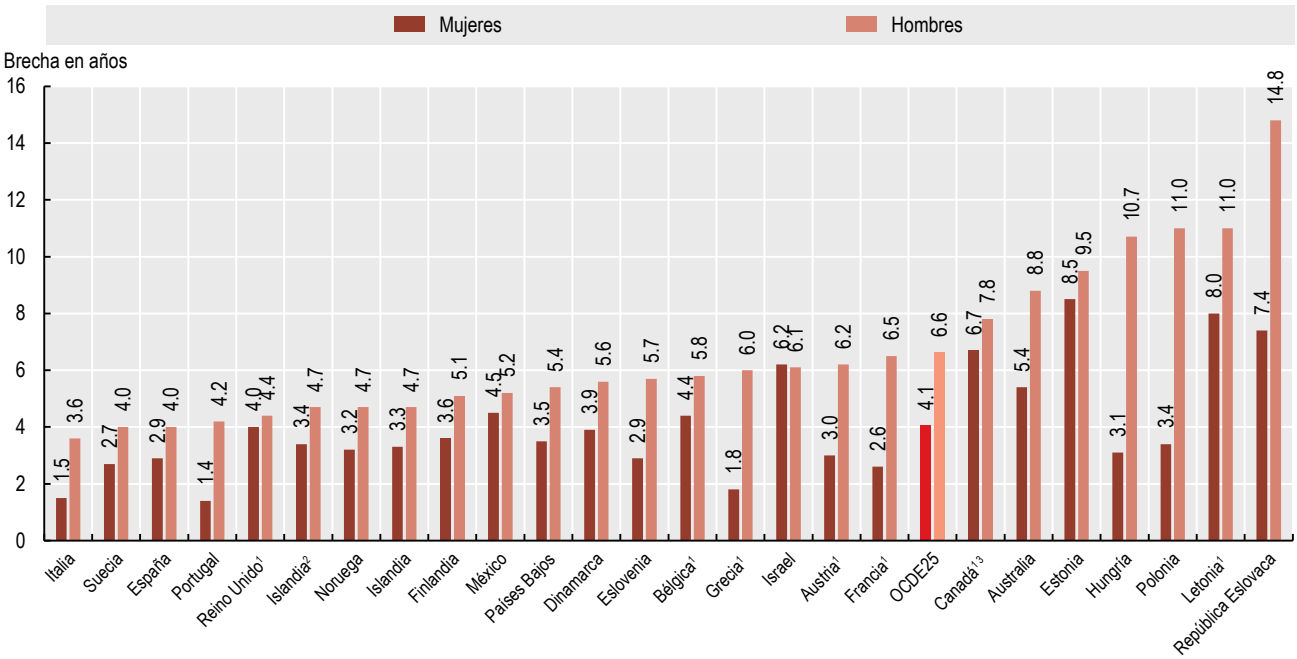
Figura 3.3. **Esperanza de vida al nacer por género, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/9i5vuf

Figura 3.4. **Brecha en esperanza de vida a los 30 años entre población con los niveles educativos más altos y más bajos, 2019 (o año más cercano)**



1. Datos de 2010-2013. Todos los demás datos son de 2016-2019. 2. Promedio de tres años (2017-2019). 3. Datos a los 25 años.
Fuente: OECD Health Statistics 2021, Eurostat.

StatLink https://stat.link/ow5sam

Exceso de mortalidad

El exceso de mortalidad mide si el número total de muertes por todas las causas es superior a lo que podría esperarse para un cierto período de tiempo, y en qué medida. En este informe, las muertes en 2020 se comparan con el promedio de los últimos cinco años. El exceso de mortalidad ha sido particularmente útil para comprender mejor el impacto de la COVID-19 en todos los países, puesto que el indicador no se ve afectado por las diferentes formas en que los países registran las defunciones por COVID-19, y toma en cuenta las muertes directamente atribuibles a la COVID-19 y aquellas indirectamente relacionadas con el virus (Morgan et al., 2020[5]). Por ejemplo, puede haber habido más muertes en 2020 de lo que se hubiera esperado debido a que los sistemas de salud estaban desbordados para atender otras enfermedades. Esto puede ser compensado en cierta medida por un número potencialmente menor de muertes por accidentes de tránsito y de trabajo, y una reducción en el número de muertes por otras enfermedades infecciosas.

En 2020, en 36 países de la OCDE con información disponible, se registraron más de 1.8 millones de muertes en exceso, en comparación con el número promedio de muertes en los cinco años previos. Esto representa un incremento de 11% en el número de muertes en promedio –equivalente a 1 334 muertes adicionales por millón de habitantes.

En 2020 murieron más personas en comparación con el número promedio de muertes en los cinco años anteriores (cifras ajustadas por crecimiento poblacional) en todos los países de la OCDE excepto en cuatro. El exceso de mortalidad más alto fue el de México, donde se registró un incremento de 52% en la mortalidad en general, en comparación con los cinco años anteriores (Figura 3.5). Este exceso fue también relativamente alto en Colombia (28% más), y Polonia (22%). Otros 17 países tuvieron tasas de mortalidad entre 10% y 20% más altas en 2020 que en los cinco años previos. En contraste, hubo menos muertes en comparación con el promedio de cinco años en Nueva Zelanda, Australia, Islandia y Noruega –países que tuvieron relativamente pocas muertes por COVID-19.

En la OCDE en general, el exceso de muertes fue superior a las defunciones por COVID-19 registradas en todas las semanas desde marzo hasta finales de 2020, con picos en abril y diciembre (con base en datos semanales de 33 países de la OCDE). Los datos preliminares para 2021 indican que la tendencia de exceso de mortalidad en los países de la OCDE continuará. El exceso de mortalidad fue notablemente más alto que la mortalidad por COVID-19 en México, Polonia, Lituania, Portugal, República Eslovaca y Estados Unidos. Esto puede reflejar muertes adicionales en 2020 causadas indirectamente por COVID-19 o por factores no relacionados, pero también podría apuntar potencialmente a registros inferiores de algunas muertes por COVID-19, especialmente en ausencia de pruebas generalizadas al principio de la pandemia. En contraste, en Bélgica, Dinamarca, Luxemburgo y Suecia, se registraron tasas de mortalidad por COVID-19 más altas que el exceso de muertes, lo que implica una reducción de la mortalidad por otras causas o una definición más amplia de las muertes relacionadas con COVID-19 con una alta identificación de casos en algunos países (véase el Capítulo 2 para un análisis más detallado de estos datos y los enlaces a las referencias de COVID-19).

El análisis de las tasas de exceso de mortalidad entre grupos de edad es importante en el contexto de la COVID-19. La inmensa mayoría de las muertes por COVID-19 han ocurrido en grupos de población de mayor edad (así como entre aquellos con condiciones crónicas, como enfermedades cardiovasculares y diabetes). Estos son también los grupos de población con el riesgo subyacente de muerte más alto. El desglose del exceso de mortalidad por edad permite comprender en qué medida las muertes entre personas de diferentes grupos de edad fueron más que en años anteriores. En los 26 países de la OCDE que disponen de datos comparables desagregados por edad, el número de muertes en la población de 65 años o más fue superior al esperado, con un 15% más de muertes que el promedio en Bélgica, Italia, Polonia, España y Eslovenia.

Aunque más de la mitad de los países registraron un aumento de las tasas de mortalidad tanto en el grupo de 45 a 64 años como en el de 0 a 44 años, hubo notables diferencias entre los países (Figura 3.6). Australia, Letonia, Italia, Suecia y Lituania registraron una notable disminución de las muertes en el grupo de 0 a 44 años, posiblemente como resultado de la reducción de la movilidad y los contactos. Por el contrario, Finlandia, Alemania, Países Bajos y Polonia registraron un aumento de más de 5% en las muertes en este grupo de edad, aunque la tasa de mortalidad en el mismo sigue siendo reducida. En Estados Unidos, las muertes en el grupo de edad de 0 a 44 años fueron más de 20% superiores a lo esperado, y más altas que el exceso de mortalidad de la población de 65 años o más, lo que también podría deberse a las tendencias subyacentes en otras causas de muerte (Rossen et al., 2020[6]).

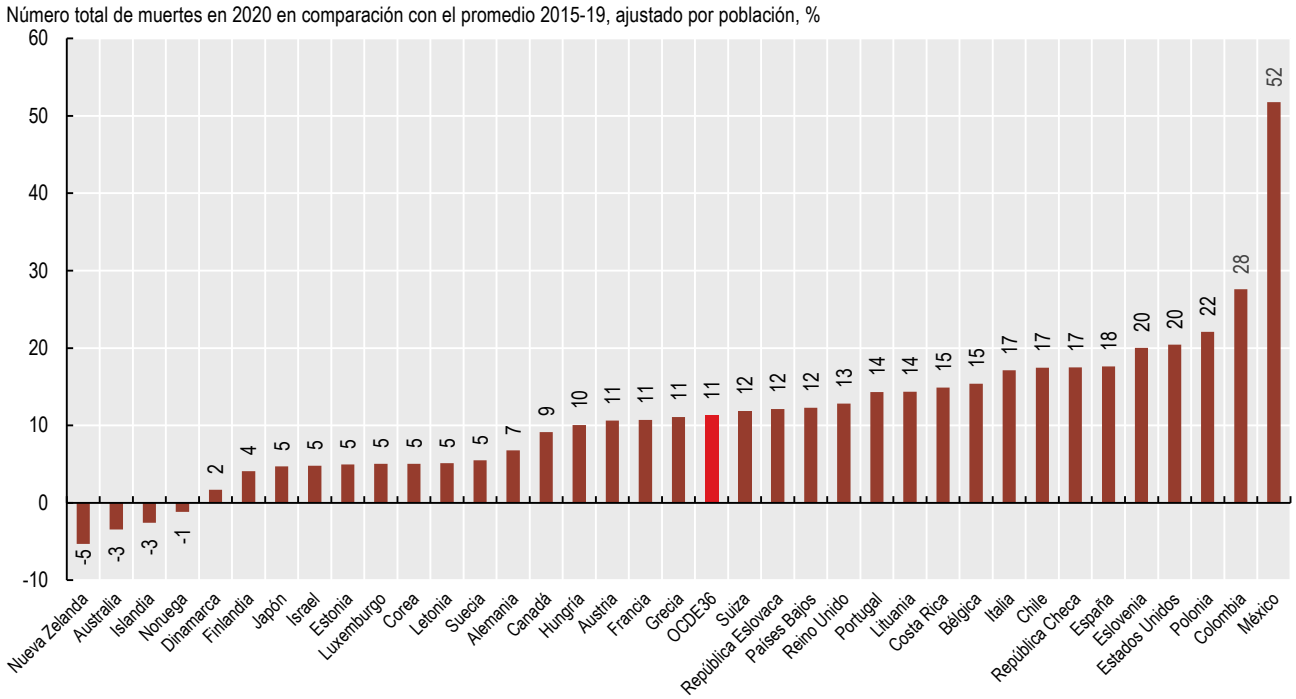
Definición y comparabilidad

El exceso de mortalidad se define aquí como el número total de muertes por todas las causas en 2020, en comparación con el promedio anual de muertes en los cinco años anteriores. Las cifras están ajustadas por el crecimiento poblacional en grupos de edad a lo largo del tiempo. Esta línea de base ajustada podría considerarse una estimación conservadora del número de muertes previsto, ya que se espera que el envejecimiento de la población también haga aumentar el número de muertes observadas cada año. El exceso de mortalidad se presenta como un aumento (o disminución) porcentual.

Es necesario tener precaución al comparar el exceso de mortalidad en un momento determinado, debido a las variaciones nacionales en las tasas de mortalidad subyacentes relacionadas con diversos acontecimientos. Por ejemplo, los acontecimientos significativos específicos de cada país, como las temporadas fuertes de influenza, las olas de calor y los desastres naturales durante los cinco años anteriores, pueden haber tenido una gran influencia en el número de muertes, afectando a la media subyacente. Sin embargo, la elección de un periodo de comparación de cinco años (2015-19) ayuda a mitigar estas variaciones.

Las variaciones en el inicio y la duración de las distintas olas de la pandemia de COVID-19 repercutirán en el análisis de los vínculos entre las muertes por COVID-19 y el exceso de mortalidad en los distintos países. Sin embargo, tomar todo el año 2020 como marco de tiempo general se considera un periodo de análisis adecuado para examinar las diferencias en la evolución inicial de la COVID-19 en los países de la OCDE.

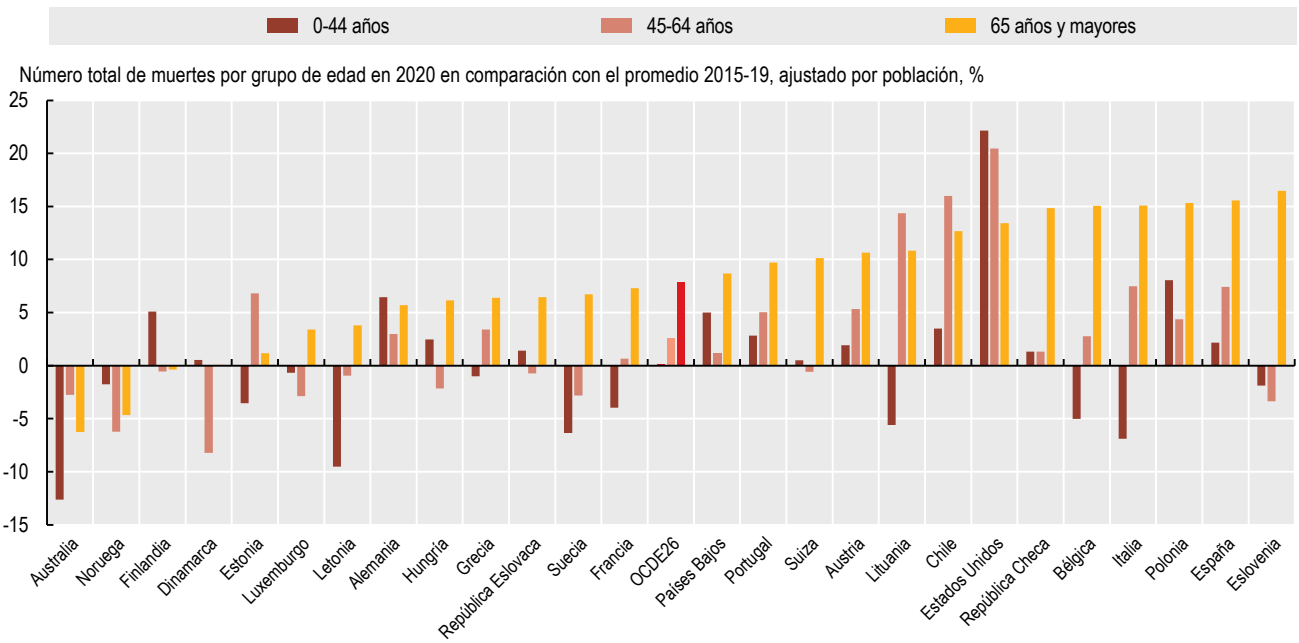
Figura 3.5. **Exceso de mortalidad, 2020**



Nota: Los datos de mortalidad por todas las causas en 2020 de Nueva Zelanda no incluyen muertes de infantes.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/0juo4r

Figura 3.6. **Exceso de mortalidad por grupo de edad, 2020**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/98npdf

Principales causas de mortalidad

En 2019, más de 11 millones de personas murieron en los países de la OCDE –equivalente a 770 muertes por cada 100 000 habitantes (Figura 3.7). Las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer fueron las dos principales causas de muerte en la mayoría de los países. Esto refleja la transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles que ya ha tenido lugar en los países de ingresos altos y está ocurriendo rápidamente en muchos países de ingresos medios (Roth et al., 2018[7]). En todos los países de la OCDE en 2019, los infartos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades circulatorias causaron aproximadamente una de cada tres muertes; una de cada cuatro muertes estuvo relacionada con el cáncer. El envejecimiento de la población explica en gran medida el predominio de las muertes por enfermedades circulatorias –con un aumento constante de fallecimientos a partir de los 50 años.

Las enfermedades respiratorias fueron también una de las principales causas de muerte, pues representan 10% de los fallecimientos en los países de la OCDE. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representó por sí sola 4% de todas las muertes. El tabaquismo es el principal factor de riesgo de la EPOC, pero la exposición laboral al polvo, vapores tóxicos y productos químicos, así como la contaminación atmosférica en general, son también factores de riesgo importantes.

Las causas externas causaron 7% de las muertes en los países de la OCDE, especialmente los accidentes de tránsito y los suicidios. Los accidentes de tránsito son una causa de muerte especialmente importante entre los adultos jóvenes, mientras que las tasas de suicidio suelen ser más elevadas entre las personas de edad mediana y avanzada. Además, en algunos países, sobre todo en Estados Unidos y Canadá, la crisis de opiáceos ha hecho que un mayor número de adultos en edad productiva mueran por envenenamiento accidental relacionado con las drogas.

En cuanto a otras causas específicas, el Alzheimer y otros tipos de demencia representaron 9% de todas las muertes; fueron una causa de muerte más importante entre las mujeres que entre los hombres. La diabetes representó 3% de todas las muertes en los países de la OCDE. Las principales causas de muerte difieren entre los grupos socioeconómicos, con disparidades sociales generalmente más grandes para las enfermedades más evitables (Mackenbach et al., 2015[8]).

Las tasas de mortalidad por todas las causas estandarizadas por edad en 2019, variaron de menos de 600 muertes por cada 100 000 habitantes en Japón y Corea, a más de 1 000 por cada 100 000 habitantes en Letonia, Hungría, República Eslovaca y Lituania (Figura 3.8). Entre los países socios de la OCDE, las tasas de mortalidad más altas se presentaron en Sudáfrica (1 940 por cada 100 000 muertes) y Rusia (1 232 por cada 100 000).

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad fueron 50% más altas para hombres que para mujeres en todos los países de la OCDE (956 por cada 100 000 habitantes para hombres, en comparación con 631 para mujeres). En Lituania, Letonia y Hungría la tasa fue de más de 1 400 muertes por cada 100 000 habitantes para hombres. Para mujeres, las tasas de mortalidad más altas se presentaron en Hungría, Letonia, México y República Eslovaca. Entre los países socios de la OCDE, las tasas de mortalidad masculinas fueron de alrededor de 2 400 muertes por cada 100 000 habitantes en Sudáfrica y más de 1 600 en Rusia. Estos países también tuvieron las tasas de mortalidad femenina más altas. Las brechas de género se deben en parte a la mayor exposición a factores de riesgo –particularmente el tabaquismo, consumo de alcohol y dietas menos saludables– junto con diferencias intrínsecas de género. De esta forma, entre los hombres las tasas de mortalidad más altas se deben a enfermedades cardiacas, cáncer de pulmón y lesiones, entre otras enfermedades.

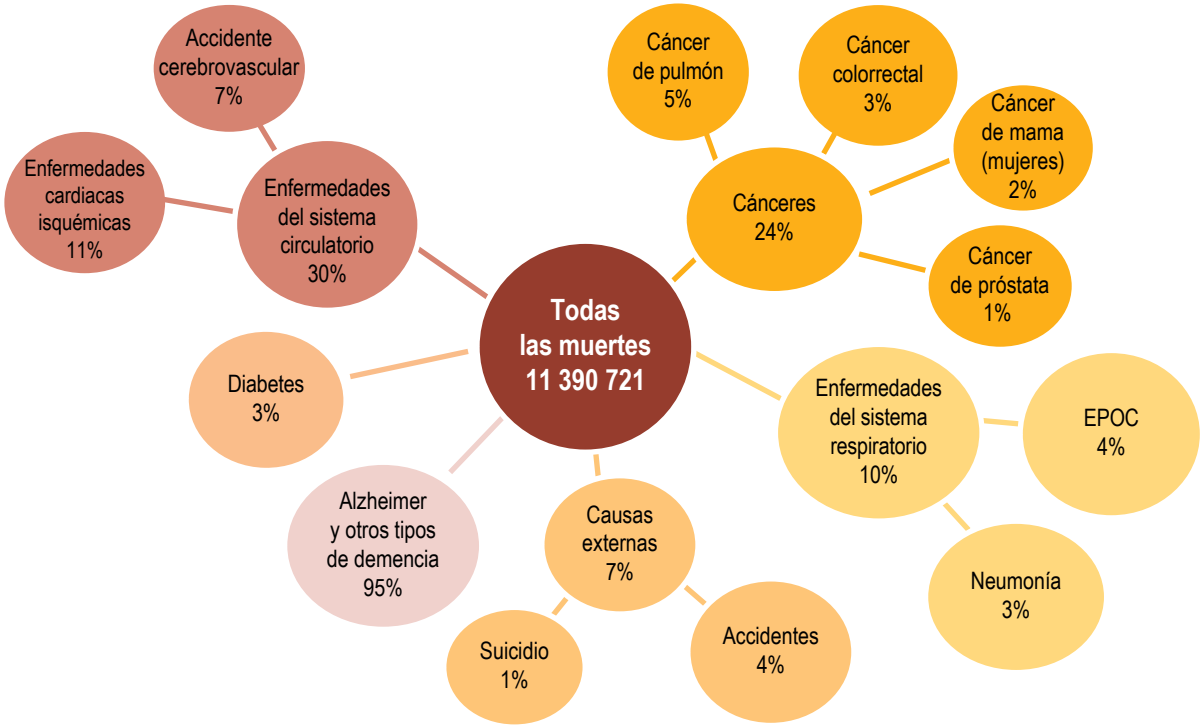
Debe notarse que esta sección analiza las principales causas de mortalidad en 2019, el año más reciente para el que están disponibles datos sobre causa de muerte en detalle en todos los países de la OCDE. A partir de 2020, la pandemia de COVID-19 tendrá un efecto importante en estos indicadores. Por ejemplo, la COVID-19 fue la tercera causa de muerte más importante en Estados Unidos en 2020 (Health System Tracker, 2021[9]). De hecho, por la COVID-19 han habido muchas más muertes en general en 2020 y 2021 que en años anteriores (véase el Capítulo 2 para un análisis profundo sobre el impacto en salud de la COVID-19).

Definición y comparabilidad

Las tasas de mortalidad se basan en el número de muertes registradas en un país durante un año, divididas entre la población. Las tasas se han estandarizado directamente por edad a la población de la OCDE en 2010 (disponible en *http://oe.cd/mortality*) para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en la estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. Debe notarse que esto resulta en diferencias de estandarización por edad con otros estándares de población usados, por ejemplo, por la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) y la Unión Europea (UE). La fuente para las tasas de mortalidad es la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) *Mortality Database*.

Las muertes por todas las causas se clasifican según la *International Classification of Diseases*, décima revisión (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. Las figuras se basan en esta clasificación, excepto por Alzheimer y otros tipos de demencia que se han agrupado separadamente (Alzheimer está clasificado en el Capítulo G, y otros tipos de demencia en el Capítulo F).

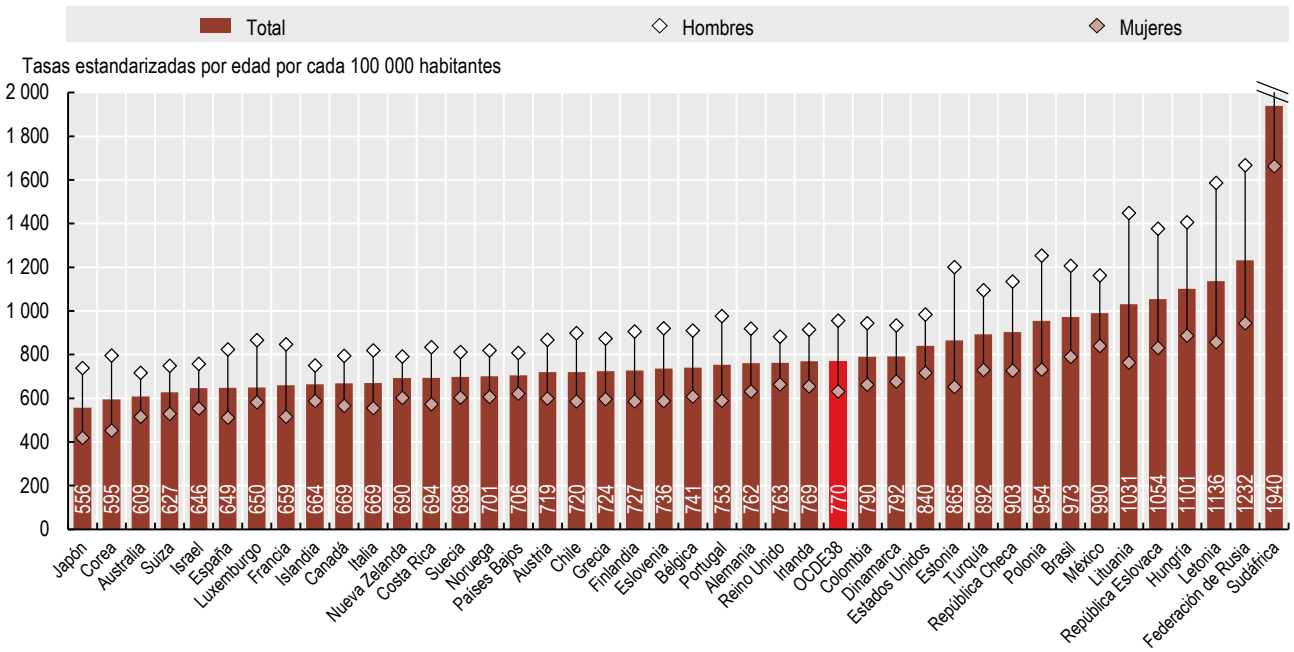
Figura 3.7. **Principales causas de mortalidad en los países de la OCDE, 2019 (o último año)**



Nota: Otras causas de muerte que no se muestran en la figura representan 17% de todas las muertes.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/m2k8za

Figura 3.8. **Tasas de mortalidad por todas las causas, por género, 2019 (o último año)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/c2bgea

Mortalidad evitable (prevenible y tratable)

Los indicadores de mortalidad evitable ofrecen un "punto de partida" general para evaluar la efectividad de la salud pública y los sistemas de salud para reducir las cifras de muerte por diferentes enfermedades y lesiones. Sin embargo, se requiere un análisis posterior para evaluar de forma más precisa diferentes causas de muertes potencialmente evitables, y las intervenciones para reducirlas.

En 2019, en todos los países de la OCDE, más de 3 millones de muertes prematuras de personas de menos de 75 años pudieron haberse evitado con mejor prevención e intervenciones de servicios de salud. Esto representa más de una cuarta parte de todas las muertes. De estas, alrededor de 1.9 millones se consideraron prevenibles a través de prevención básica efectiva y otras medidas de salud pública, y más de un millón se consideraron tratables a través de intervenciones de servicios de salud más efectivos y oportunos.

Algunos tipos de cáncer que son prevenibles a través de medidas de salud pública, fueron las principales causas de mortalidad prevenible en 2019 (31% del total de muertes prevenibles) –particularmente cáncer de pulmón (Figura 3.9). Otras causas importantes fueron las lesiones, como accidentes de tránsito y suicidio (21%); infartos, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades circulatorias (19%); muertes relacionadas con el consumo de alcohol y drogas (14%); y algunas enfermedades respiratorias como influenza y EPOC (8%).

La principal causa tratable de mortalidad en 2019 fueron las enfermedades circulatorias (principalmente infartos y accidentes cerebrovasculares), que representaron 36% de las muertes prematuras susceptibles de tratamiento. El tratamiento efectivo y oportuno del cáncer, como el colorrectal y de mama, podría haber evitado 27% más de las muertes por causas tratables. Las enfermedades respiratorias como neumonía y asma (9%), la diabetes y otras enfermedades del sistema endocrino (8%) son otras causas importantes de muerte prematura susceptible de tratamiento.

La tasa de mortalidad promedio por causas prevenibles, estandarizada por edad, fue de 126 muertes por cada 100 000 habitantes en todos los países de la OCDE. Varió de 90 o menos por cada 100 000 habitantes en Luxemburgo, Israel, Islandia, Suiza, Japón, Italia y España, a más de 200 en Letonia, Hungría, Lituania y México (Figura 3.10). Las tasas más altas de muertes prematuras en estos países se deben principalmente a una mortalidad mucho más elevada por enfermedad cardiaca isquémica, accidentes y muertes relacionadas con el consumo de alcohol, así como cáncer de pulmón en Hungría.

Las tasas de mortalidad por causas tratables en todos los países de la OCDE fueron mucho menores, en promedio 73 por cada 100 000 habitantes. Variaron de menos de 50 muertes por cada 100 000 habitantes en Suiza, Corea, Islandia, Australia, Noruega, Japón, Francia, Suecia y Países Bajos, a más de 130 en México, Letonia, Lituania y Hungría. Las enfermedades cardiacas isquémicas, accidentes cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer tratables (incluyendo el colorrectal y de mama) fueron las principales causas en Letonia, Lituania y Hungría –algunos de los países con las tasas más altas de mortalidad por causas tratables.

Las tasas de mortalidad por causas tratables fueron 2.5 veces más altas entre hombres que entre mujeres en los países de la OCDE (185 por cada 100 000 habitantes para hombres en comparación con 75 para mujeres). De manera similar, las tasas de mortalidad por causas tratables fueron aproximadamente 36% más altas entre los hombres que entre las mujeres, con una tasa de 86 por cada 100 000 habitantes para los hombres en comparación con 63 para mujeres. Estas brechas de género se explican por índices de mortalidad más altos entre hombres, lo que está en parte conectado a diferente exposición a factores de riesgo como el consumo de tabaco (véase el indicador "Principales causas de mortalidad" y el Capítulo 4 para un análisis en detalle de los factores de riesgo para la salud).

Debe notarse que esta sección analiza las principales causas de mortalidad en 2019. A partir de 2020, la pandemia de COVID-19 tendrá un efecto importante en la mortalidad evitable. Además de las muertes COVID-19 que podrían haberse evitado con intervenciones de salud pública más oportunas, se incluyen también los efectos indirectos causados por las interrupciones de la atención de salud preventiva y curativa.

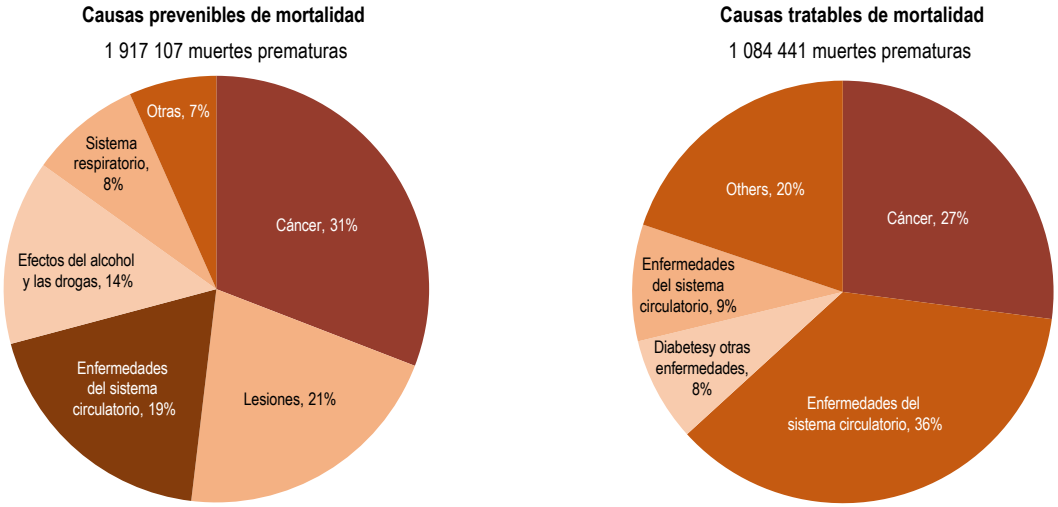
Definición y comparabilidad

Con base en las definiciones de 2019 de OECD/Eurostat, la mortalidad prevenible se define como las causas de muerte de personas de menos de 75 años, que pueden ser evitadas principalmente a través de políticas de salud pública e intervenciones de prevención primaria (es decir, antes de la aparición de enfermedades/lesiones, para reducir su frecuencia). La mortalidad tratable (o susceptible de tratamiento) se define como las causas de muerte que pueden ser evitadas principalmente con intervenciones oportunas y efectivas de servicios de salud, incluyendo prevención secundaria y tratamiento (es decir, después de la aparición de enfermedades, para reducir la mortalidad de los casos).

La OCDE y Eurostat adoptaron las dos listas actuales de mortalidad prevenible y tratable en 2019. La inclusión de cada causa de muerte en la categoría de prevenible o tratable, se basó en el criterio de si lo que la reduce predominantemente es la prevención o las intervenciones de servicios de salud. Las causas de muerte que pueden ser tanto prevenidas en general, como tratadas una vez que se presentan fueron incluidas en la categoría de prevenible, ya que si estas enfermedades se previenen, no habría necesidad de tratamiento. En los casos en que no hay evidencia importante de predominancia de previsión o tratamiento (por ejemplo, enfermedad cardiaca isquémica, accidente cerebrovascular, diabetes) las causas se incluyeron en las dos categorías por partes iguales (50%-50%), para evitar el doble conteo de la misma causa de muerte en ambas listas. El umbral de edad para mortalidad prematura se establece en los 74 años de edad para todas las causas (OECD/Eurostat, 2019[10]).

Los datos provienen de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) *Mortality Database*, y las tasas de mortalidad están estandarizadas por edad según el *OECD 2010 Standard Population* (disponible en *http://oe.cd/mortality*).

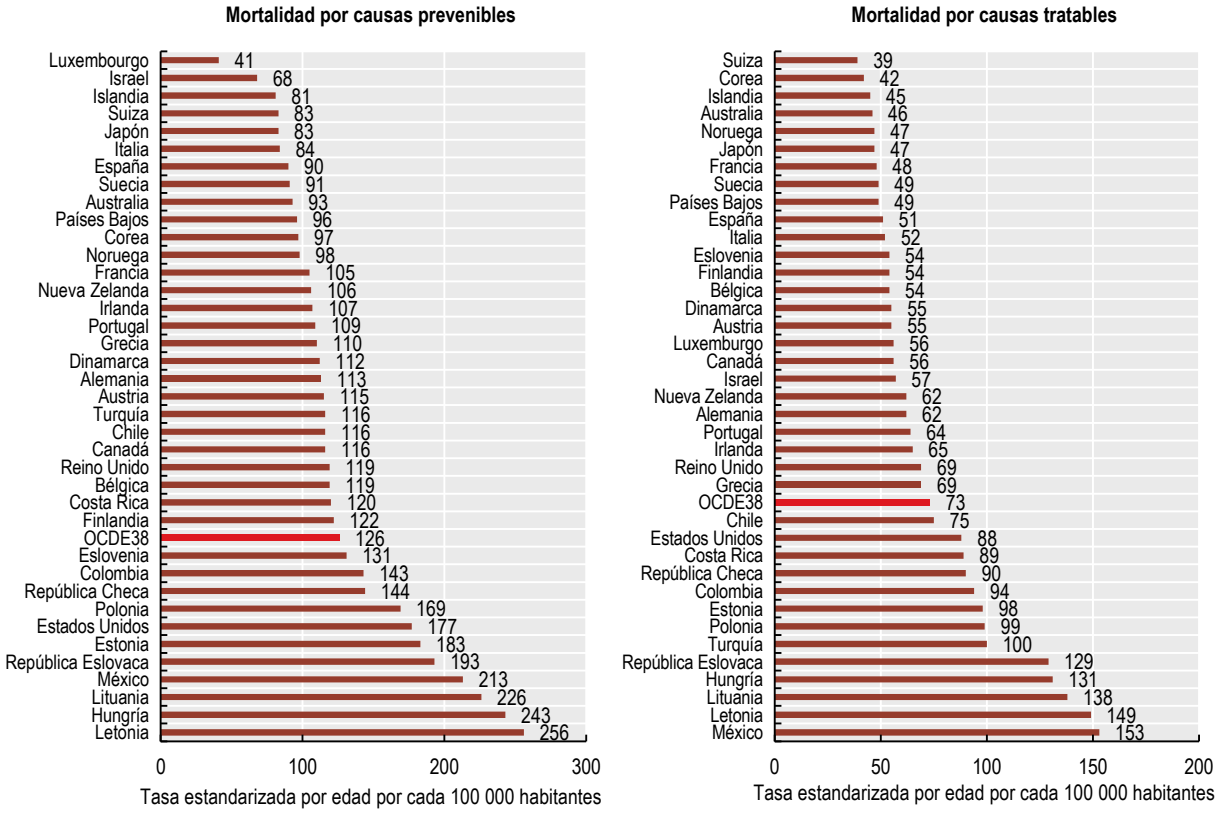
Figura 3.9. **Principales causas de mortalidad evitable en los países de la OCDE, 2019**



Nota: La lista de 2021 de causas de muerte prevenibles y tratables de la OCDE/Eurostat clasifica enfermedades específicas y lesiones como prevenibles y/o tratables. Por ejemplo, el cáncer de pulmón se clasifica como prevenible, mientras que los cánceres de mama y colorrectal se clasifican como tratables.
Fuente: Cálculos de la OECD, con base en la base de datos de la Organización Mundial de la Salud *(WHO) Mortality Database*.

StatLink https://stat.link/ym4b5h

Figura 3.10. **Tasas de mortalidad por causas evitables, 2019**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/cmyjfg

Mortalidad por enfermedades circulatorias

Las enfermedades circulatorias –principalmente infartos y accidentes cerebrovasculares– fueron la principal causa de mortalidad en la mayoría de los países de la OCDE en 2019, y representaron casi una de cada tres muertes en la OCDE. Aunque las tasas de mortalidad se han reducido en la mayoría de los países de la OCDE a lo largo de los años, el envejecimiento de la población, y el crecimiento de los índices de obesidad y diabetes pueden obstaculizar reducciones posteriores (OECD, 2015[11]). De hecho, antes de la pandemia de COVID-19, la ralentización de los avances en las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares era una de las principales causas de la desaceleración del aumento de la esperanza de vida en muchos países (Raleigh, 2019[2]). Además, la COVID-19 puede contribuir indirectamente a un incremento en las muertes por enfermedades circulatorias, debido a las interrupciones en cuidados intensivos, servicios básicos y atención preventiva.

En 2019, los infartos y otras cardiopatías isquémicas (IHD por sus siglas en inglés) representaron 11% del total de muertes en los países de la OCDE. Las IHD son causadas por la acumulación de depósitos de grasa que recubren la pared interna de una arteria coronaria, restringiendo el flujo de sangre al corazón. Las tasas de mortalidad son 80% más altas para los hombres que para las mujeres en los países de la OCDE, principalmente debido a una mayor prevalencia de factores de riesgo entre los hombres, como el tabaquismo, la hipertensión y el colesterol alto.

Los países de Europa central y del este tuvieron las tasas de mortalidad por IHD más altas de la OCDE –particularmente Lituania, donde hubo 340 muertes por cada 100 000 habitantes (cifra estandarizada por edad). Las tasas fueron también muy altas en Rusia. Las más bajas se presentaron en Corea, Japón, Francia y Países Bajos, aproximadamente una tercera parte del promedio de la OCDE, y alrededor de una décima parte de las tasas en Lituania y Rusia (Figura 3.11). Entre 2000 y 2019, las tasas de mortalidad por IHD disminuyeron en casi todos los países de la OCDE, con una reducción promedio de 47%. Las disminuciones más importantes, de más de 60%, se presentaron en Francia, Estonia, Países Bajos, Israel, Noruega y Australia. México es el único país donde las tasas de mortalidad por IHD han aumentado, lo que está estrechamente relacionado con los índices crecientes de obesidad y la prevalencia de diabetes. Las tasas de sobrevivencia a un infarto también son mucho más bajas en México que en todos los demás países de la OCDE (véase el indicador "Mortalidad por infarto agudo de miocardio" en el Capítulo 6).

Los accidentes cerebrovasculares fueron la causa subyacente de 7% de las muertes en todos los países de la OCDE en 2019. La interrupción del flujo de sangre al cerebro causa un accidente cerebrovascular. Además de causar muchas muertes, los accidentes cerebrovasculares tienen una carga de discapacidad significativa. Las tasas de mortalidad fueron particularmente elevadas en Letonia, más del triple del promedio de la OCDE. Las tasas también fueron altas en países socios como Sudáfrica y Rusia (Figura 3.12). La brecha de género en las tasas de mortalidad (estandarizadas por edad) por accidente cerebrovascular no es tan pronunciada como para IHD.

Las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular han decrecido 52% en promedio en todos los países de la OCDE y países socios desde 2000. La disminución ha sido menor en República Eslovaca, de menos de 15%. Para accidentes cerebrovasculares, así como para IHD, la reducción de algunos factores de riesgo –principalmente el tabaquismo– ha contribuido a que haya menos muertes, junto con la mejora de los índices de sobrevivencia después de un episodio agudo, lo que refleja una mejor calidad de la atención (véanse los indicadores "Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico" y "Mortalidad por infarto agudo de miocardio" en el Capítulo 6).

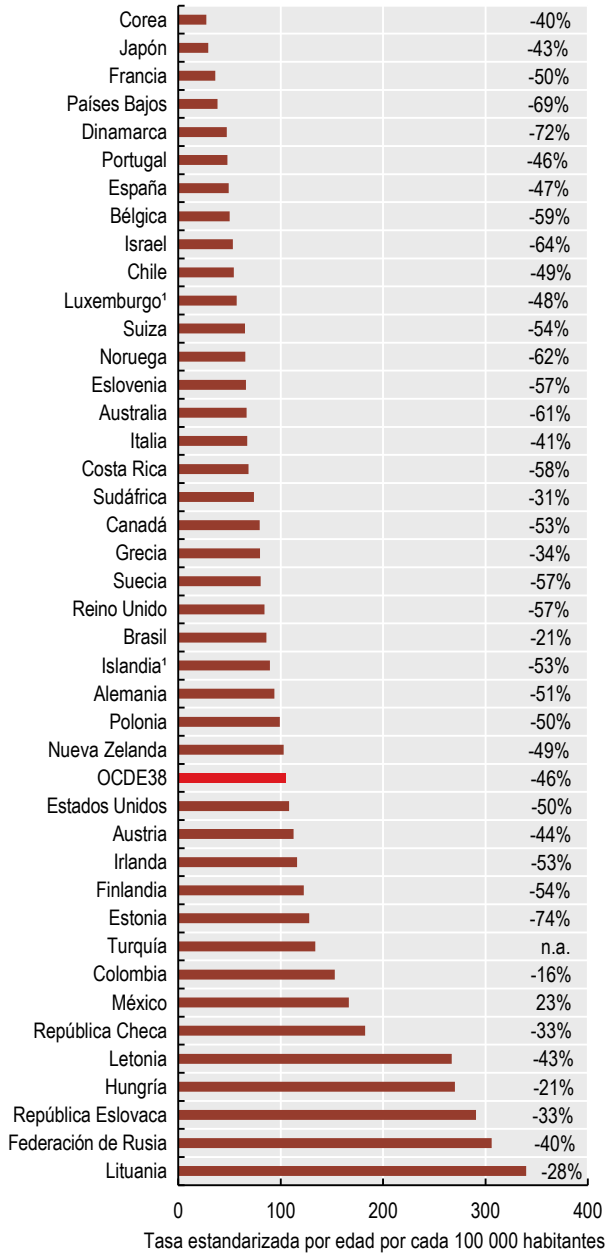
Existen grandes desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por enfermedades circulatorias en la mayoría de los países de la OCDE, lo que refleja mayormente diferencias socioeconómicas en los principales factores de riesgo. Muchas de estas muertes podrían ser prevenidas, pero las tendencias de varios factores de riesgo apuntan en la dirección equivocada. Mientras que los índices de tabaquismo han decrecido en general, el colesterol, presión arterial, sedentarismo, obesidad y diabetes van en aumento en muchos países de la OCDE (OECD/The King's Fund, 2020[12]). Las políticas públicas de salud, fiscales y regulatorias pueden incentivar a los ciudadanos a adoptar estilos de vida más saludables, y así reducir la carga que las enfermedades cardiovasculares representan para las sociedades.

Definición y comparabilidad

Las tasas de mortalidad se basan en el número de muertes registradas en un país en un año, dividido entre el tamaño de la población correspondiente. Las tasas están estandarizadas directamente por edad para la población de la OCDE en 2010 (disponible en *http://oe.cd/mortality*), para eliminar variaciones que surgen de las diferentes estructuras de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) *Mortality Database*.

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

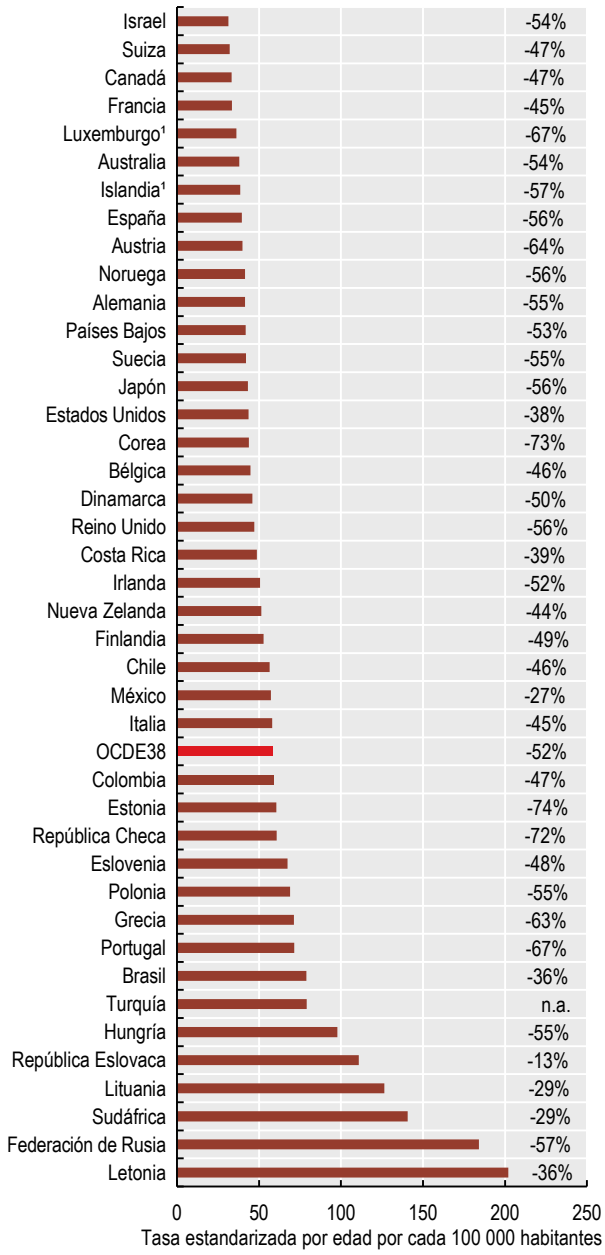
Figura 3.11. **Mortalidad por infarto y otras cardiopatías isquémicas, 2019 y cambio 2000-2019 (o año más cercano)**



Nota: Las cifras muestran el cambio porcentual entre 2000 y 2019.
1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/

Figura 3.12. **Mortalidad por accidente cerebrovascular, 2019 y cambio 2000-2019 (o año más cercano)**



Nota: Las cifras muestran el cambio porcentual entre 2000 y 2019.
1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/o9tasv

Incidencia y mortalidad por cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte más importante en países de la OCDE después de las enfermedades circulatorias, y representó 24% del total de fallecimientos en 2019. Las principales causas de mortalidad relacionadas con el cáncer incluyen el cáncer de pulmón (21%), el cáncer colorrectal (11%), el cáncer de mama (15% entre mujeres) y cáncer de próstata (10% entre hombres). Estos cuatro tipos representan 44% de todos los diagnósticos de cáncer en países de la OCDE. Las tasas de mortalidad por cáncer han decrecido desde 2000 en los países de OCDE, aunque en promedio la disminución ha sido más modesta que la de enfermedades circulatorias.

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte para hombres y mujeres, y representa 24% de las muertes por cáncer de hombres, y 17% entre mujeres (Figura 3.13). El tabaquismo constituye el principal factor de riesgo de cáncer de pulmón. El cáncer colorrectal también es una importante causa de muerte para hombres y mujeres, y representa 11% de las muertes por cáncer para ambos. Los programas generalizados de diagnóstico de cáncer colorrectal para las poblaciones de adultos mayores han generado una disminución de la incidencia de este tipo de cáncer en este grupo de edad. Sin embargo, en muchos países de la OCDE se ha observado una creciente incidencia de cáncer colorrectal en pacientes más jóvenes en años recientes. Además de la edad y factores genéticos, la exposición a radiación ultravioleta, una dieta alta en grasas y baja en fibra, la ausencia de actividad física, la obesidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol, incrementan el riesgo de desarrollar la enfermedad.

El cáncer de mama es la segunda causa más común de mortalidad por cáncer entre mujeres (14.6% de las muertes). Aunque las tasas de incidencia de cáncer de mama se han incrementado en la última década, las tasas de mortalidad han decrecido o se han estabilizado –lo que indica un diagnóstico y tratamiento más oportunos– en consecuencia, los índices de sobrevivencia son más altos (véase el indicador "Atención de cáncer de mama" en el Capítulo 6). El cáncer de próstata es la tercera causa más común de mortalidad por cáncer entre hombres, y representa 10% del total de las muertes por cáncer.

Las tasas de incidencia varían entre los países miembros de la OCDE, de más de 400 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en Australia y Nueva Zelanda, a menos de 200 casos en México, Chile, Colombia y Costa Rica (Figura 3.14). La incidencia de cáncer también es comparativamente baja en los países socios de la OCDE. Las variaciones de las tasas de incidencia entre países, sin embargo, reflejan diferencias no solo en los nuevos casos que se presentan cada año, sino también en las políticas nacionales para programas de diagnóstico, calidad del control y reporte. Las altas tasas en Australia y Nueva Zelanda se deben principalmente a la alta incidencia de cáncer de piel melanoma.

Las tasas de mortalidad por cáncer promediaron 191 muertes por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE en 2019 (Figura 3.14). Las más altas se presentaron en Hungría, República Eslovaca y Letonia (más de 230) y las más bajas en México, Turquía y Colombia (menos de 145).

El diagnóstico y tratamiento oportunos incrementan significativamente las tasas de sobrevivencia. Esto explica en parte por qué, por ejemplo, Australia y Nueva Zelanda tienen tasas de mortalidad inferiores al promedio a pesar de tener las tasas más altas de incidencia de cáncer. En ambos países, la sobrevivencia neta de cinco años a tipos comunes de cáncer también es superior al promedio de la OCDE (véanse los indicadores "Atención de cáncer de mama" y "Sobrevivencia a otros tipos importantes de cáncer" en el Capítulo 6).

Las tasas de incidencia de cáncer son más altas para hombres que para mujeres en todos los países miembros de la OCDE y países socios. Las tasas de mortalidad por cáncer también son más altas para hombres excepto en México, Islandia, Indonesia e India. La mayor prevalencia de factores de riesgo entre hombres –principalmente el tabaquismo y el consumo de alcohol– explican mucho de esta brecha de género en la incidencia y mortalidad por cáncer.

La pandemia de COVID-19 alteró gravemente los programas de los países de la OCDE para el diagnóstico y el tratamiento oportunos de cáncer, y en muchos países se observaron disminuciones en el diagnóstico de cánceres de mama y colorrectal (véase el Capítulo 2 para un análisis más detallado). El impacto de largo plazo de la pandemia en la atención de cáncer probablemente se verá solo en el mediano plazo, con la posibilidad de que se produzcan descensos en las tasas de sobrevivencia asociados a los retrasos en el diagnóstico y tratamiento relacionados con la pandemia.

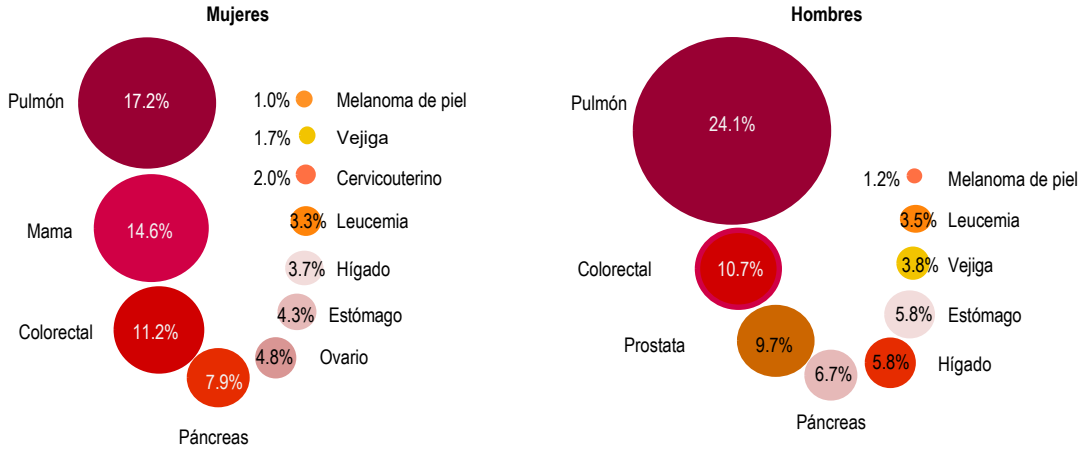
Definición y comparabilidad

Las tasas de incidencia de cáncer se basan en el número de nuevos casos de cáncer registrados en un país en un año, divididos entre la población. Los datos incluyen cáncer de piel no melanoma, y proceden de la *International Agency for Research on Cancer* (IARC) (GLOBOCAN 2018[13]). Estos datos pueden diferir de los estimados nacionales debido a diferencias en metodología. Las diferencias en la calidad del control y reporte de cáncer entre países pueden afectar más la comparabilidad de los datos. La incidencia de todos los tipos de cáncer se clasifica según los códigos C00-C97 de ICD-10. Las tasas de mortalidad por cáncer se han estandarizado por edad con base en la población de la OCDE para evitar variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países a lo largo del tiempo, mientras que las tasas de incidencia se han estandarizado por edad con base en la población mundial de Segi.

Las tasas de mortalidad se basan en el número de defunciones registradas en un país en un año, divididas entre el tamaño de la población correspondiente. Han sido directamente estandarizadas por edad según la población de la OCDE de 2010 (disponible en *http://oe.cd/mortality*). La fuente es la base de datos de la Organización Mundial de la Salud *(WHO) Mortality Database*.

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

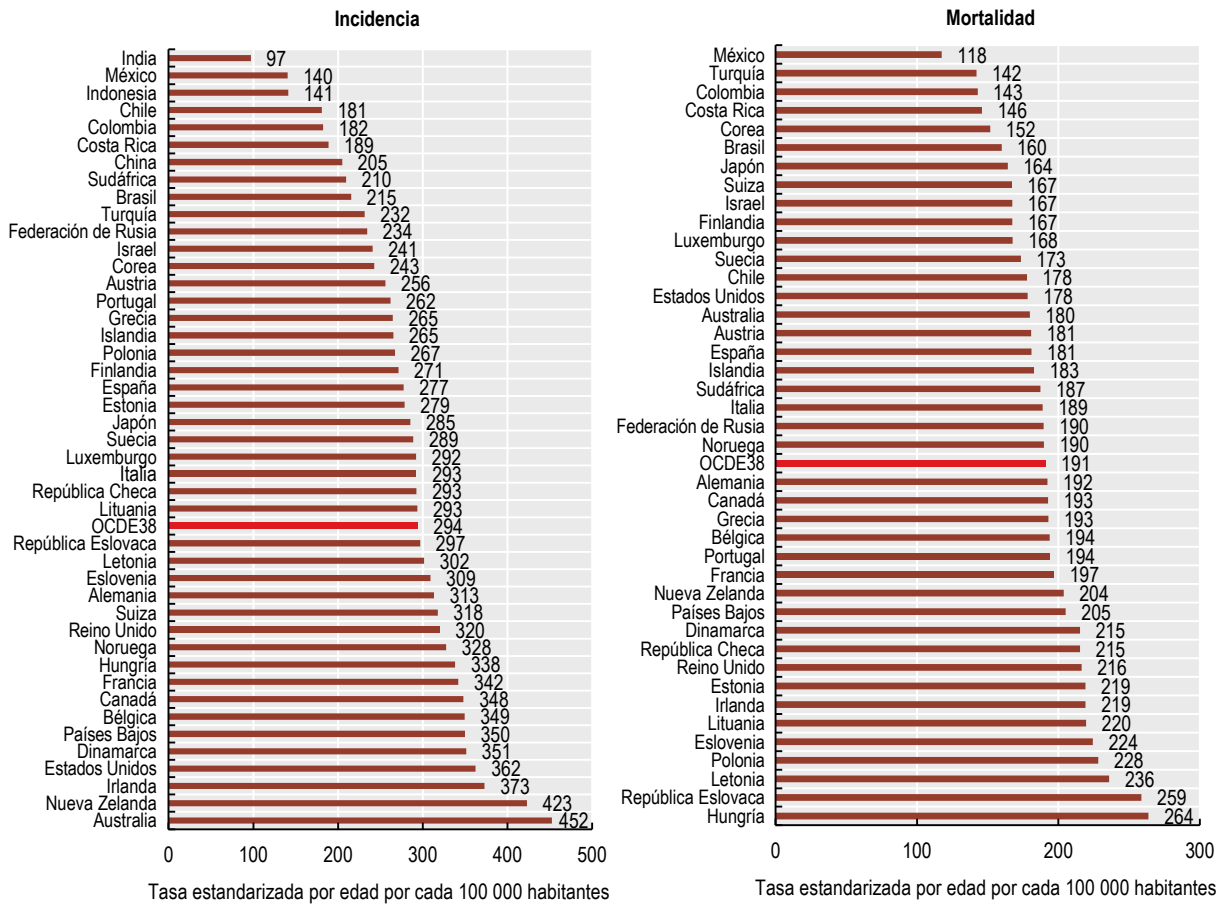
Figura 3.13. **Principales causas de mortalidad por cáncer en los países de la OCDE, por género, 2019**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/2d4t7v

Figura 3.14. **Incidencia de cáncer (estimada), 2020, y mortalidad, 2019**



Fuente: IARC GLOBOCAN 2020, OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/hkenr4

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas como el cáncer, los problemas respiratorios crónicos y la diabetes no solo son las principales causas de muerte en los países de la OCDE, también representan una importante carga de discapacidad entre quienes las padecen. Muchas enfermedades crónicas son prevenibles, modificando los principales factores de riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo. La pandemia de COVID-19 ha resaltado el impacto de las condiciones crónicas en los resultados de otras enfermedades. Las enfermedades crónicas representan una carga importante de morbilidad en todos los países de la OCDE –incluyendo diabetes, EPOC, enfermedades cardiovasculares y cáncer– y se han asociado con un riesgo más alto de padecer COVID-19 de manera grave, hospitalización y muerte.

Más de una tercera parte de la población de 16 años y mayores reportaron padecer una enfermedad o problema de salud de larga duración en 26 países de la OCDE en 2019 (Figura 3.15). Esta cifra se eleva a casi una de cada dos personas en Finlandia, mientras que en Luxemburgo, Grecia e Italia uno de cada cuatro adultos, o menos, reportaron tener una enfermedad o problema de salud de larga duración. A medida que las poblaciones envejecen, la prevalencia de condiciones crónicas es mayor –incluyendo morbilidades múltiples. Los sistemas de salud deben estar cada vez más preparados para proporcionar atención de alta calidad para condiciones crónicas y satisfacer las necesidades de las poblaciones que envejecen.

Las desigualdades socioeconómicas también son considerables. En los países de la OCDE, un promedio de 43% de las personas en el quintil de menores ingresos reportan enfermedades o problemas de salud de larga duración, en comparación con 26% de las personas en el quintil de ingresos más altos (Figura 3.15). Este gradiente de ingresos es más pronunciado en Letonia, República Checa e Irlanda, donde las personas en el quintil de menores ingresos son más de dos veces y media más propensos a reportar que tienen al menos una enfermedad o problema de salud de larga duración, en comparación con las personas en el quintil de ingresos más altos. El gradiente de ingresos más pequeño se observa en Islandia, Italia y Francia, donde los individuos en el quintil de ingresos más bajos son solo 20% más propensos a reportar padecer una enfermedad o problema de salud de larga duración en comparación con los del quintil de ingresos más altos.

La diabetes es una condición crónica con una carga particularmente importante de discapacidad, pues causa enfermedades cardiovasculares, ceguera, falla renal y amputación de extremidades inferiores. Se presenta cuando el organismo es incapaz de regular niveles excesivos de glucosa en la sangre. En 2019, 6.7% de la población de adultos en los países de la OCDE padecían diabetes (Figura 3.16). Además, se estima que otros 39 millones de adultos padecen diabetes no diagnosticada (International Diabetes Federation, 2017[14]).

Entre los países miembros de la OCDE, la prevalencia de diabetes más alta se observa en México, Turquía y Estados Unidos, con más de 10% de los adultos con diabetes (datos estandarizados por edad). Para los países socios de la OCDE, la prevalencia de diabetes también es alta en Sudáfrica, India y Brasil, alrededor de 10% o más.

Las tasas de prevalencia de diabetes estandarizadas por edad se han estabilizado en muchos países miembros de la OCDE, especialmente en Europa del este, pero se han incrementado marcadamente en Turquía y la mayoría de los países socios de la OCDE. Esta tendencia al alza se debe en parte al crecimiento de las tasas de obesidad, mala nutrición y sedentarismo, así como a sus interacciones con el envejecimiento de la población (NCD Risk Factor Collaboration, 2016[15]).

La diabetes es mucho más común entre las personas mayores, y la padecen un poco más hombres que mujeres. La diabetes también afecta de forma desproporcionada a aquellos de grupos socioeconómicos más desfavorecidos. La carga económica de la diabetes es sustancial. En los países de la OCDE se estima un gasto de 572 mil millones de dólares en el tratamiento de la diabetes y la prevención de sus complicaciones (International Diabetes Federation, 2017[14]).

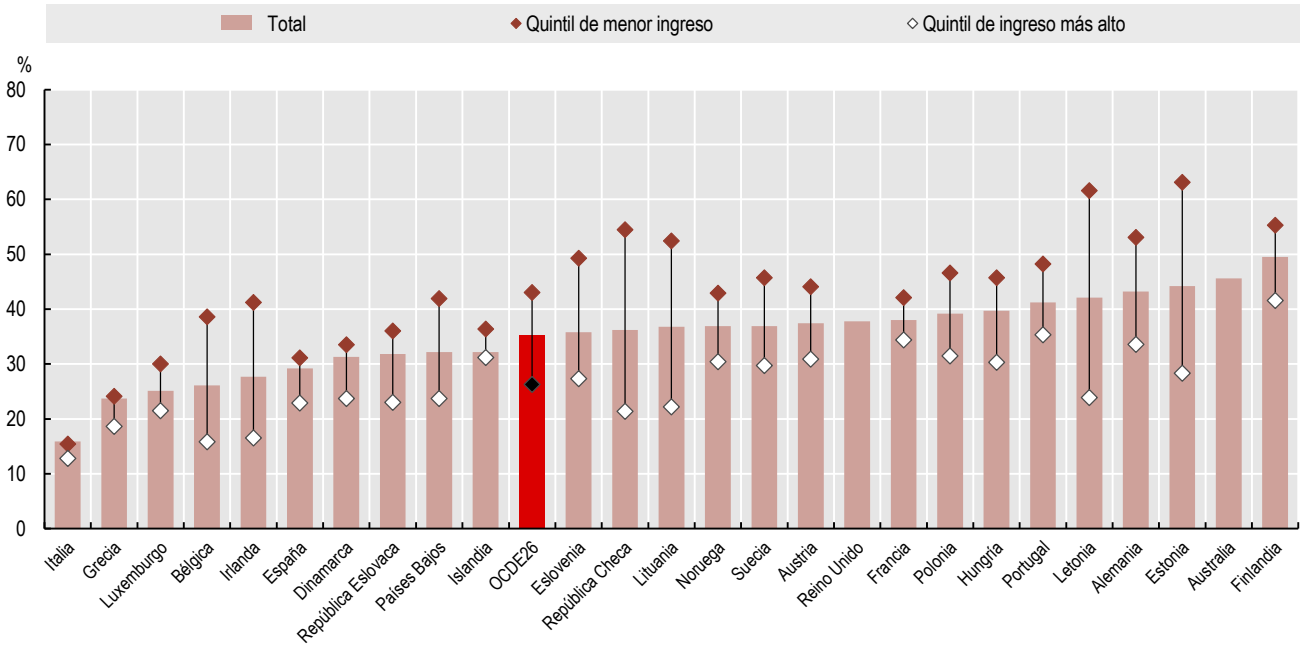
Definición y comparabilidad

Los datos de enfermedades y problemas de salud de larga duración se basan en los resultados del instrumento *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC). La comparabilidad de los datos está limitada por el hecho de que el indicador se deriva de datos autoreportados, que pueden estar afectados por la valoración subjetiva de las personas de su propia salud, y por factores sociales y culturales.

Las fuentes y métodos de la *Non-communicable Disease (NCD) Risk Factor Collaboration* se describen en el artículo de *Lancet* y su apéndice (NCD Risk Factor Collaboration, 2016[15]). Las fuentes fueron seleccionadas de estudios de población que recabaron datos de medidas de marcadores biológicos para diabéticos tipo 1 y tipo 2. La prevalencia en las fuentes se convirtió para coincidir con la definición de diabetes diagnosticada según se define en el *WHO Global Monitoring Framework* para enfermedades no transmisibles (NCDs, por sus siglas en inglés). Se aplicaron entonces modelos jerárquicos bayesianos para estimar las tendencias de la prevalencia. La población adulta abarca a los mayores de 18 años.

Las fuentes y métodos usados por la *International Diabetes Federation* (IDF, por sus siglas en inglés) se describen en el *Diabetes Atlas*, octava edición (International Diabetes Federation, 2017[14]). La IDF calcula estimados con base en una variedad de fuentes que cumplen con diferentes criterios de confiabilidad. La mayoría fueron encuestas nacionales de salud y artículos calificados por pares. Las tasas estandarizadas por edad se calcularon usando la población mundial con base en la distribución proporcionada por la OMS. Esto puede resultar en una subestimación de la prevalencia en comparación con la estandarización por edad basada en la población de la OCDE. La población de adultos considerada abarca a quienes tienen de 20 a 79 años de edad diagnosticados con diabetes tipo 1 o tipo 2.

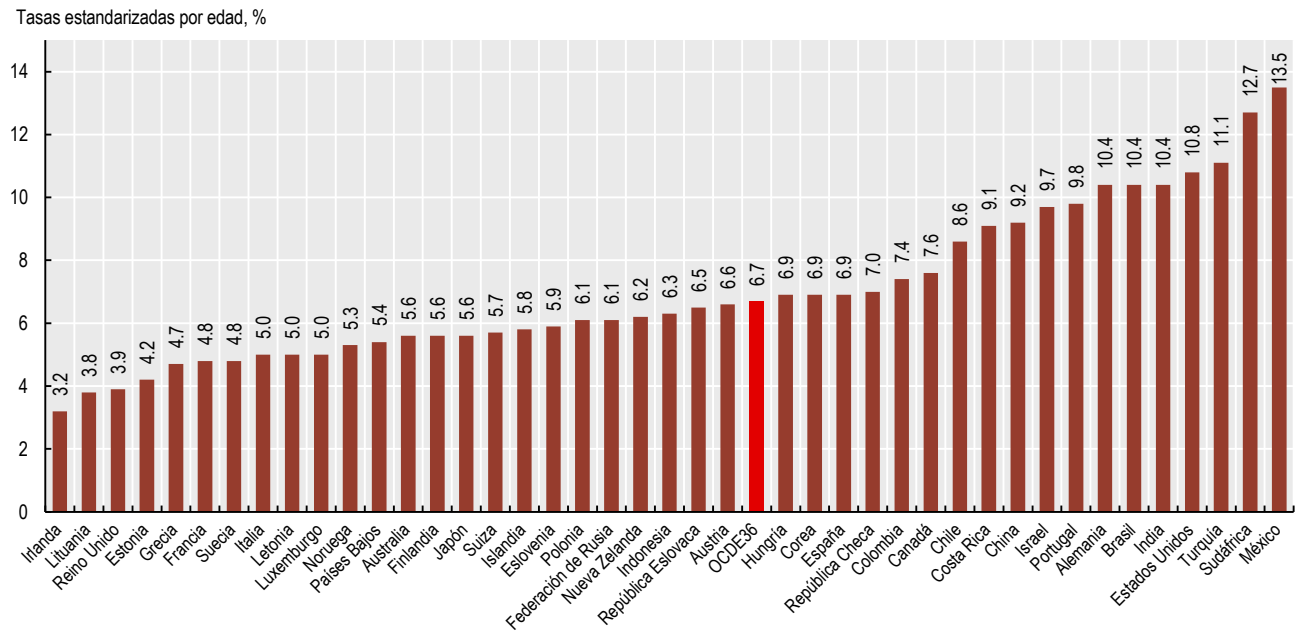
Figura 3.15. **Población que reporta enfermedades o problemas de salud de larga duración, por quintil de ingreso, 2019 (o año más cercano)**



Notas: Los datos de Australia se refieren a personas de 18 años y mayores que padecen de al menos una condición crónica, y se refieren a 2017-2018.
Fuente: EU-SILC 2021 y encuestas nacionales de salud

StatLink https://stat.link/w0nxzi

Figura 3.16. **Prevalencia de diabetes tipo 1 y tipo 2 en adultos, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: IDF Diabetes Atlas, novena edición, 2019.

StatLink https://stat.link/bz8gcl

Salud de infantes, niños y adolescentes

Las condiciones de vida inadecuadas, la pobreza extrema y otros factores socioeconómicos afectan la salud de las madres y los recién nacidos. Sin embargo, los sistemas de salud efectivos pueden reducir significativamente el número de muertes de recién nacidos, atendiendo las cuestiones que amenazan la vida durante el periodo neonatal. Alrededor de dos terceras partes de las defunciones durante el primer año de vida ocurren antes de que el recién nacido cumpla 28 días (mortalidad neonatal), principalmente por anomalías congénitas, alumbramiento prematuro y otras condiciones que surgen durante el embarazo. Las muertes que ocurren después de estas primeras semanas críticas (mortalidad posneonatal) suelen deberse a una mayor variedad de causas –de las cuales la más común es el síndrome de muerte infantil súbita, defectos congénitos, infecciones y accidentes. Las tasas de mortalidad infantil –que se refieren a fallecimientos de niños de menos de cinco años de edad– se han reducido dramáticamente en décadas recientes, y la mayoría de las muertes ocurren durante la primera infancia.

Las tasas de mortalidad infantil son bajas en la mayoría de los países de la OCDE, aunque siete países miembros reportaron al menos cinco muertes por cada 1 000 nacidos vivos: República Eslovaca, Estados Unidos, Chile, Costa Rica, Turquía, México y Colombia (Figura 3.17). Entre los países miembros de la OCDE, las tasas de mortalidad infantil con frecuencia son más altas entre las poblaciones indígenas, minorías étnicas y otros grupos vulnerables –como se observa en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos (Smylie et al., 2010[16]). En países socios la mortalidad infantil permanece por encima de 20 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en Indonesia, Sudáfrica e India, y por encima de diez muertes en Brasil. Las tasas de mortalidad infantil han decrecido en todos los países de la OCDE y países socios desde 2000, con las mayores reducciones en países con tasas históricamente altas. A pesar de estos avances en la reducción de la mortalidad infantil, el número creciente de infantes con bajo peso al nacer es una preocupación en algunos países de la OCDE. Los infantes con bajo peso al nacer tienen un riesgo más alto de salud frágil o muerte, requieren de un período más largo de hospitalización al nacer, y tienen mayores probabilidades de desarrollar importantes discapacidades durante su vida.

El incremento de factores de riesgo de enfermedades crónicas entre niños y adolescentes –que incluyen sedentarismo, mala nutrición y tabaquismo– puede afectar negativamente los comportamientos y resultados de salud en la adultez. Sin embargo, para un número significativo de niños, la mala salud comienza incluso antes de la edad adulta. Los problemas de salud mental, por ejemplo, representan la mayor carga de enfermedad para los jóvenes, con una prevalencia al menos tan alta entre los niños como entre los adultos, y el desarrollo de la mitad de las enfermedades mentales antes de los 14 años (OECD, 2018[17]). La intervención oportuna es fundamental para mitigar el desarrollo de la mala salud y su impacto en el desarrollo y la salud de los jóvenes a largo plazo.

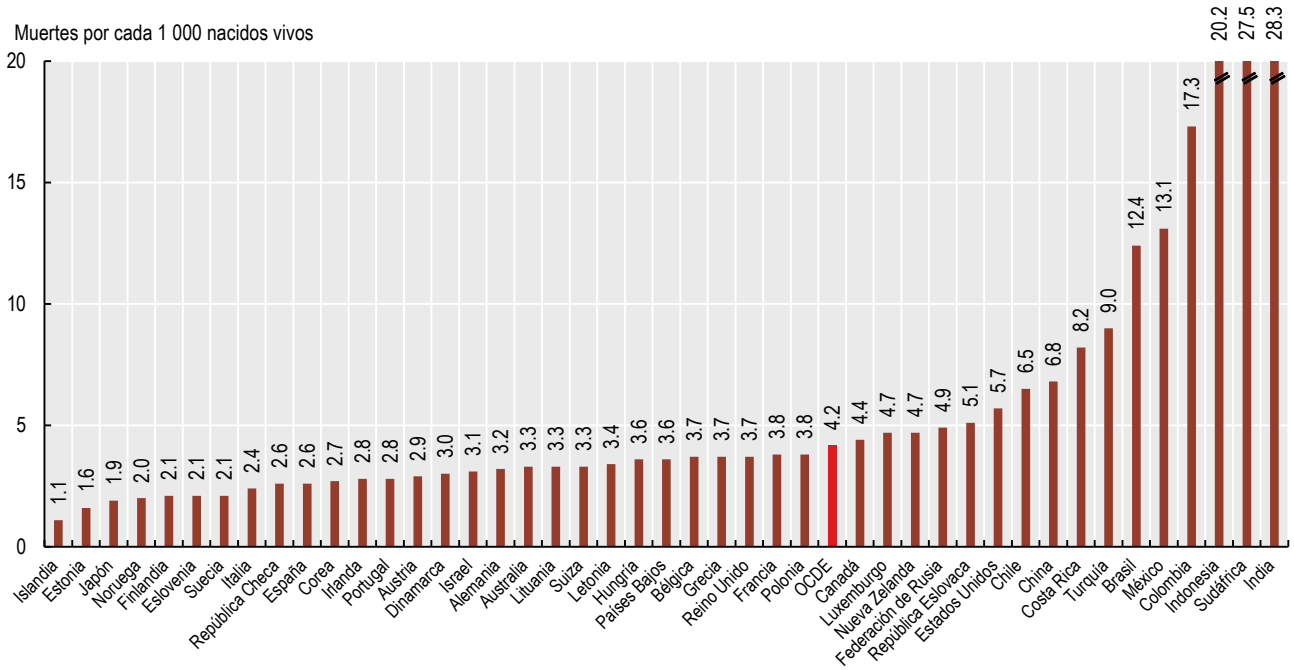
En 27 países de la OCDE, en promedio 28% de los niños de 11 años de edad y 41% de los jóvenes de 15 años de edad reportaron múltiples problemas de salud, incluyendo síntomas de mala salud física y mental, más de una vez a la semana (Figura 3.18). En Noruega, Eslovenia y España, menos de uno de cada cinco niños de 11 años reportaron tener múltiples problemas de salud más de una vez a la semana. A los 15 años de edad, al menos tres de cada diez adolescentes reportaron tenerlos, aún en España, Alemania y Países Bajos, los países con mejor desempeño. En República Eslovaca, Francia y Suecia, 36% de los niños de 11 años reportaron tener múltiples problemas de salud, y 45% en Italia. A los 15 años de edad, casi o más de la mitad de los adolescentes reportaron múltiples problemas de salud en Suecia, Polonia, Grecia e Italia, incluyendo tres de cada 5 adolescentes de 15 años en Italia. En estas dos edades en todos los países de la OCDE con datos disponibles, las niñas y adolescentes eran más propensas a reportar padecer de múltiples problemas de salud más de una vez a la semana que los varones.

Definición y comparabilidad

La tasa de mortalidad infantil es el número de muertes de infantes de menos de un año de edad por cada 1 000 nacidos vivos. Algunas de las variaciones internacionales en las tasas de mortalidad infantil se deben a las diferentes prácticas de registro de infantes muy prematuros. Mientras que algunos países registran a todos los nacidos vivos, incluyendo bebés muy pequeños con pocas probabilidades de sobrevivir, varios países aplican un umbral mínimo de 22 semanas de gestación (o umbral de peso al nacer de 500 gramos) para ser registrados como nacidos vivos (Euro-Peristat Project, 2018[18]). Para eliminar esta limitación de comparabilidad de datos, la información presentada en esta sección se basa en un umbral mínimo de 22 semanas de gestación (o umbral de peso al nacer de 500 g) para la mayoría de los países de la OCDE que han proporcionado estos datos. Sin embargo, la información de diez países (Australia, Canadá, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, México, Noruega y Portugal), sigue estando basada en el registro de todos los nacidos vivos (sin umbral mínimo de período de gestación o de peso al nacer), lo que resulta potencialmente en una sobreestimación.

Los datos provienen de las encuestas *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) 2013-2014 y 2017-2018. Los datos se derivan de muestras de escuelas de 1 500 niños y adolescentes en cada grupo de edad (11, 13 y 15 años de edad) en la mayoría de los países. Se preguntó a los participantes si habían padecido diferentes condiciones de salud (dolor de cabeza, de estómago, de espalda, desgano, irritabilidad o mal humor, nerviosismo, dificultades para dormir o mareos) en los seis meses previos. Se consideró que quienes identificaron más de un problema de salud más de una vez por semana en los seis meses previos, reportaron múltiples problemas de salud. La comparabilidad de los datos está limitada por el hecho de que el indicador se deriva de datos autoreportados, que pueden ser afectados por la valoración subjetiva que los sujetos hacen de su salud, y por factores sociales y culturales.

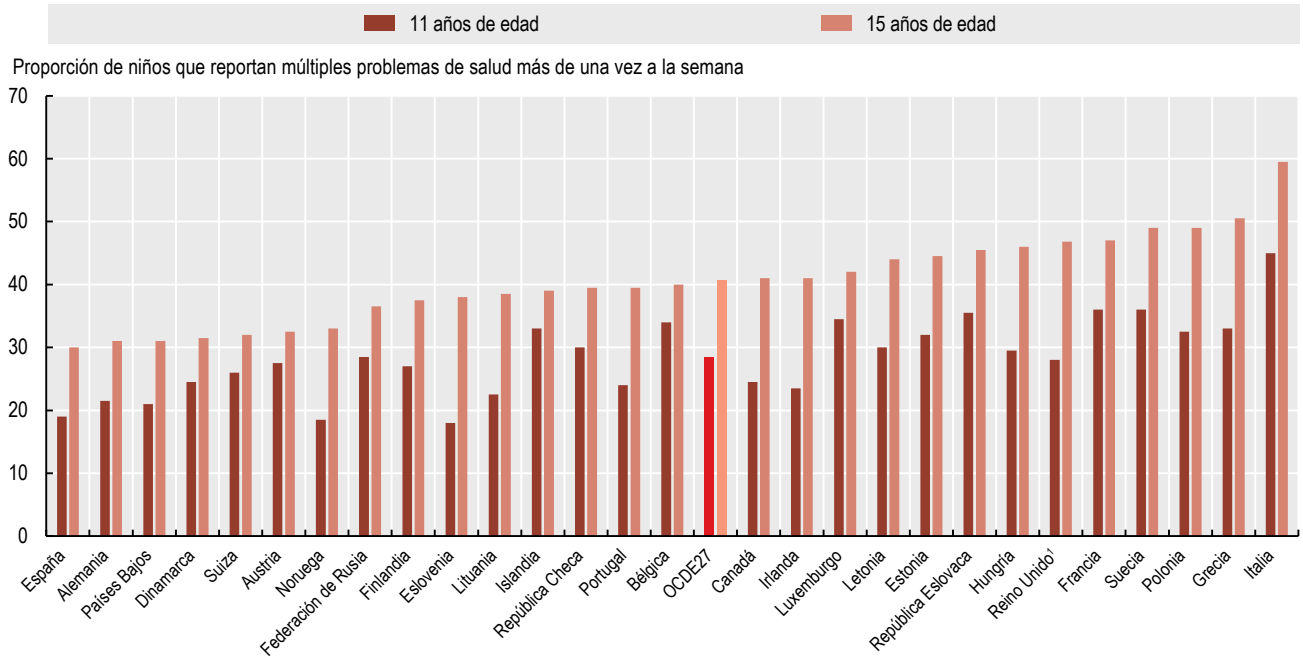
Figura 3.17. **Mortalidad infantil, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/xgbwi1

Figura 3.18. **Proporción de niños de 11 años y adolescentes de 15 años que reportaron múltiples problemas de salud, 2018**



1. Reino Unido incluye datos de Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Encuesta HBSC, 2018.

StatLink https://stat.link/zh9onx

Salud mental

La buena salud mental es indispensable para que la gente pueda disfrutar de una vida productiva y saludable (OECD, 2021[19]). Durante la crisis de COVID-19, cuando las poblaciones de los países de la OCDE vivieron alteraciones significativas de su forma de vida, estudio y trabajo, se han observado impactos sustanciales en la salud mental (véase el Capítulo 2 para un análisis profundo sobre el impacto en salud mental de la COVID-19). En marzo y abril de 2020, los niveles de ansiedad y depresión registrados en la población general fueron más altos en casi todos los países en comparación con los años previos (Figura 3.19 y 3.20). Estos incrementos de la angustia mental no han sido consistentes a lo largo de la crisis de salud o en todos los grupos de población. En países como Canadá, Francia, Países Bajos y Reino Unido, donde se dio seguimiento al estado de la salud mental a lo largo de la pandemia, esta mejoró en el período de junio a septiembre de 2020, lo que coincidió con índices más bajos de casos de COVID-19, y menos medidas de contención de contagios (OECD, 2021[20]). Las personas que estaban desempleadas o teniendo dificultades financieras reportaron índices más altos de ansiedad y depresión que la población en general durante la crisis de COVID-19, que es una tendencia anterior, pero parece haberse acelerado en algunos países (OECD, 2021[20]). La salud mental de los jóvenes también fue particularmente afectada durante la pandemia, y la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión se incrementó drásticamente, especialmente a finales de 2020 y principios de 2021 (OECD, 2021[21]).

Sin tratamiento y apoyo efectivos, los problemas de salud mental pueden tener un efecto devastador en la vida de las personas. Aunque hay razones sociales y culturales complejas que afectan el comportamiento suicida, el riesgo se incrementa al padecer un problema de salud mental (OECD, 2021[19]). El índice de muertes por suicidio varió casi seis veces en los países de la OCDE en 2019. El más bajo se observa en Turquía (4.4 por cada 100 000 habitantes) y Grecia (4.7 por cada 100 000 habitantes). Entre 2000 y 2019, las muertes por suicidio disminuyeron en general 29% (Figura 3.21). El índice de muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes disminuyó o se mantuvo bastante estable en todos los países de la OCDE, excepto cinco (Grecia, México, Portugal, Estados Unidos, Corea). En Lituania y Corea, donde se presentaron los índices de suicido más altos (21.6 por cada 100 000 en Lituania, y 24.6 por cada 100 000 en Corea), la tendencia fue muy diferente. En Corea, las muertes por suicidio se incrementaron 46% entre 2000 y 2019. En cambio, en Lituania, las muertes por suicidio decrecieron 55% entre 2000 y 2019. Como en muchos países vecinos, los índices de suicidio en Lituania se incrementaron durante el período de cambios sociales y económicos significativos que siguieron a la caída de la Unión Soviética, y alcanzaron un nivel de 51.0 muertes por cada 100 000 habitantes en 1996. El gobierno de Lituania está comprometido con seguir abatiendo los índices de suicidio a través de campañas de prevención y fortalecimiento del sistema de salud mental (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019[22]). A la fecha, no se han observado cambios significativos en el índice de muertes por suicidio en los países de la OCDE desde el inicio de la crisis de COVID-19.

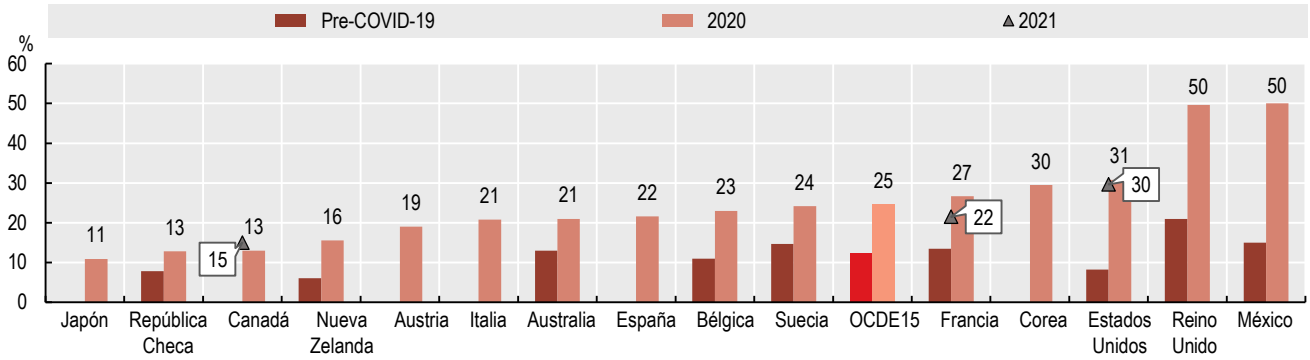
Los países de la OCDE han mejorado de manera importante la atención de la salud mental desde el inicio de la crisis de COVID-19. La mayoría de los países han difundido información nueva y/o creado líneas telefónicas de apoyo donde se dan consejos sobre medidas de adaptación, y algunos han aumentado el acceso a servicios de salud mental y/o fondos para atención de la salud mental (OECD, 2021[20]). Por ejemplo, Canadá introdujo *Wellness Together Canada* en abril de 2020, que ofrece autoevaluación de bienestar sin costo y apoyo y asesoramiento por texto o teléfono, mientras que Australia duplicó el derecho al reembolso de las sesiones de terapia conversacional. En 2021 Chile –que en 2018 asignó solo 2.1% del gasto gubernamental en salud a la salud mental– anunció que el presupuesto para salud mental se incrementaría 310% (OECD, 2021[19]). A pesar de las importantes repercusiones sociales y laborales de las enfermedades mentales, el apoyo a la salud mental sigue estando escasamente integrado en las políticas de bienestar social, trabajo y juventud. De acuerdo con la Recomendación de la OCDE sobre la Política Integrada de Salud Mental, Competencias y Trabajo, es necesario un enfoque de la salud mental que abarque a toda la sociedad (OECD, 2015[23]).

Definición y comparabilidad

El registro de un suicidio es un procedimiento complejo, afectado por factores como el método con el que se lleva a cabo, quién es responsable de emitir el 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 estandarizadas por edad se basan en el número de muertes dividido entre el tamaño de la población correspondiente. La fuente es *WHO Mortality Database*; en la que los suicidios se clasifican bajo ICD-10 códigos X60-X84, Y870.

Las Figuras 3.19 y 3.20 usan datos de fuentes nacionales de varios años, que pueden no ser directamente comparables entre países. Los instrumentos de encuesta usados para medir depresión y ansiedad difieren entre países, y por lo tanto pueden no ser directamente comparables, además de que algunas encuestas pueden emplear muestras pequeñas o no usar muestras representativas a nivel nacional. Las diferencias en la apertura de las poblaciones para discutir su estado mental también afectan la comparabilidad entre países. Donde ha sido posible, se han seleccionado encuestas que usan el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) para medir la prevalencia de depresión. Donde ha sido posible, se han seleccionado encuestas que usan el instrumento *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7). Los datos para el año 'pre-COVID' varían con base en la disponibilidad de datos nacionales, y se utilizaron los datos más recientes disponibles hasta 2019. Para todas las fuentes nacionales de datos, véase OECD (2021[20]). Se utilizaron datos nacionales actualizados o adicionales para Canadá (Statistics Canada SCMH survey), y Reino Unido (ONS Statistical Bulletin –Coronavirus and depression in adults, mayo 2021; ONS Statistical Bulletin –Personal and economic well-being in Great Britain: mayo 2020).

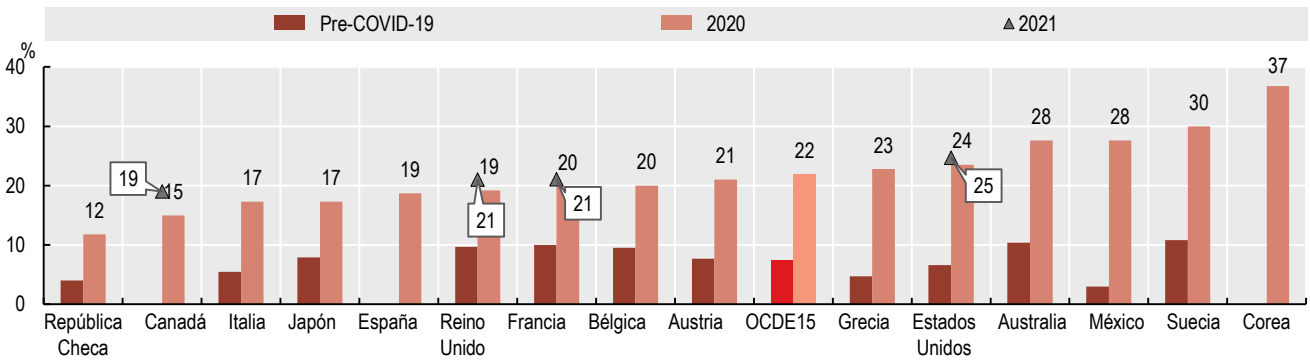
Figura 3.19. **Estimados nacionales de prevalencia de ansiedad o síntomas de ansiedad, pre-COVID-19, 2020 y 2021**



Nota: Los datos de 2020 y 2021 son de marzo/abril 2020 y 2021 donde ha sido posible. Los instrumentos de encuesta y las muestras de población difieren entre países y en algunos casos entre años, lo que limita la comparabilidad directa.
Fuente: Fuentes nacionales de datos reportadas en OECD (2021[20]), "Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response", *https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en*. Se incluyen datos nacionales actualizados para Canadá y Reino Unido.

StatLink https://stat.link/9kunb6

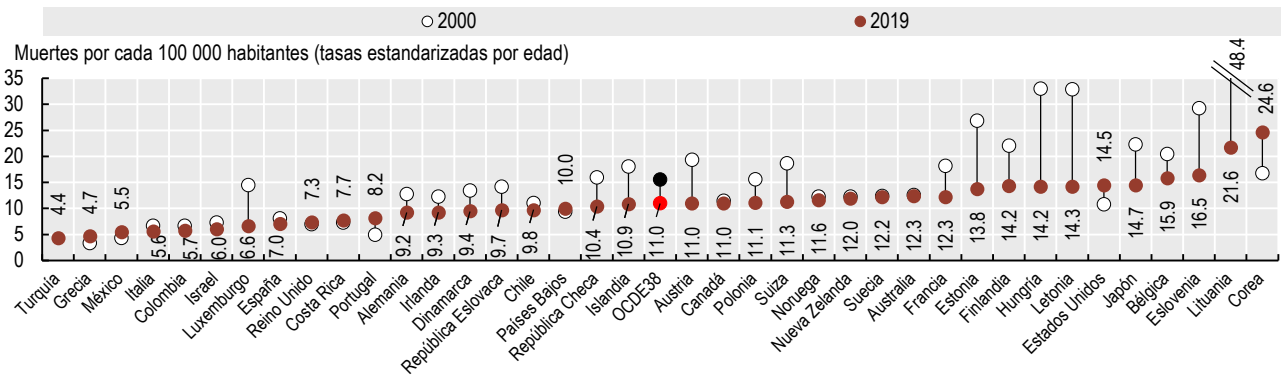
Figura 3.20. **Estimados nacionales de prevalencia de depresión o síntomas de depresión, pre-COVID-19, 2020 y 2021**



Nota: Los datos de 2020 y 2021 son de marzo/abril 2020 y 2021 donde ha sido posible. Los instrumentos de encuesta y las muestras de población difieren entre países y en algunos casos entre años, lo que limita la comparabilidad directa.
Fuente: Fuentes nacionales de datos reportadas en OECD (2021[20]), "Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response", *https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en*. Se incluyen datos nacionales actualizados para Canadá y Reino Unido.

StatLink https://stat.link/mw2xro

Figura 3.21. **Muerte por suicidio, 2000 y 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/32avy1

Percepción de la salud

La percepción que tienen los individuos de su propio estado de salud proporciona una visión holística de la salud física y mental. Esta perspectiva de la calidad de vida complementa los indicadores de esperanza de vida y mortalidad, que solo miden sobrevivencia. Además, a pesar de su naturaleza subjetiva, la percepción del estado de salud ha probado ser un buen pronóstico de las necesidades de servicios de salud en el futuro y de mortalidad (Palladino et al., 2016[24]).

La mayoría de los países de la OCDE llevan a cabo regularmente encuestas de salud que incluyen preguntar a los encuestados cómo calificarían su salud en general. Las diferencias socioculturales entre países pueden dificultar las comparaciones internacionales de la percepción del estado de salud. Las diferencias en la formulación de las preguntas de las encuestas, principalmente la escala empleada, también afectan la comparabilidad de las respuestas. Finalmente, en vista de que la gente mayor generalmente reporta estados de salud más frágiles y más enfermedades crónicas que los más jóvenes, es más probable que los países con una mayor proporción de adultos mayores tengan una menor proporción de gente que reporta un buen estado de salud.

Tomando en cuenta estas limitaciones, en 2019 en promedio casi 9% de los adultos en los países de la OCDE consideraron tener mala salud (Figura 3.22). Este porcentaje varió de más de 15% en Corea, Lituania, Letonia y Portugal, a menos de 4% en Colombia, Nueva Zelanda, Canadá, Irlanda, Estados Unidos y Australia. Sin embargo, las categorías de respuesta empleadas en países de la OCDE fuera de Europa y Asia son asimétricas hacia el lado positivo, lo que introduce un sesgo comparativo hacia una percepción más positiva del estado de salud (véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). Corea, Japón y Portugal se destacan como países con una alta esperanza de vida, pero autopercepción del estado de salud relativamente mala.

Entre los pocos países con datos disponibles para 2020, casi todos reportaron una disminución en la proporción de población que consideraron tener mala o muy mala salud en comparación con 2019, solo Finlandia no reportó cambios, y ningún país reportó incrementos. Aunque los datos deben ser interpretados con cautela –hay datos disponibles para solo siete países, algunos donde la pandemia de COVID-19 no puso a prueba severamente los sistemas de salud– pueden ser una indicación de la influencia del contexto en la percepción del estado de salud: problemas de salud que previamente podrían haber sido considerados más serios, pueden ser minimizados en el contexto de la pandemia.

En todos los países de la OCDE, las personas con ingresos más bajos generalmente son menos positivas sobre su estado de salud que aquellas con ingresos superiores (Figura 3.23). En promedio en la OCDE, casi 80% de los adultos en el quintil de ingresos más altos calificó su salud como buena o muy buena en 2019, en comparación con menos de 60% de adultos en el quintil de ingresos más bajos. Las disparidades socioeconómicas son particularmente marcadas en Letonia, Estonia, República Checa y Lituania, con una brecha de 40 puntos porcentuales o más entre adultos de ingresos bajos y altos. Las diferencias en tabaquismo, consumo dañino de alcohol y otros factores de riesgo podrían explicar en buena medida tal disparidad en estos países. Las disparidades socioeconómicas son relativamente bajas en Australia, Colombia, Grecia, Israel e Italia, de menos de 10 puntos porcentuales.

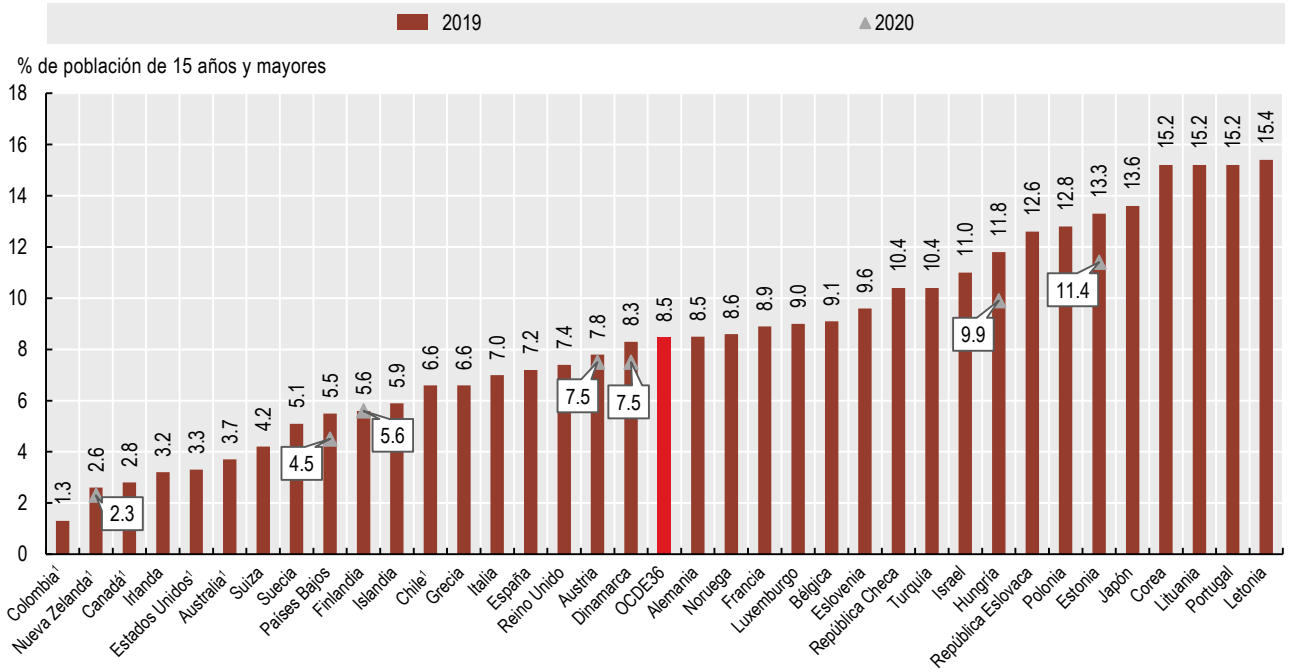
La autopercepción del estado de salud tiende a empeorar con la edad. En muchos países, existe un declive muy marcado en cómo la gente valora su salud cuando llegan a la mitad de sus cuarenta años, y uno aún más marcado cuando alcanzan la edad de retiro. Es más probable que los hombres califiquen su salud como buena, que las mujeres.

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 tres razones al menos. En primer lugar, la valoración que hace la gente de su salud es subjetiva, y las respuestas pueden ser sistemáticamente diferentes entre y dentro de los países debido a diferencias socioculturales. En segundo lugar, como la autopercepción generalmente se empeora con la edad, los países con una mayor proporción de gente mayor pueden tener menos gente reportando un buen estado de salud. En tercer lugar, existen variaciones en las categorías de preguntas y respuestas utilizadas en las encuestas entre 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, mala". En la mayoría de los demás países de la OCDE, la escala de respuesta es simétrica, con las categorías "muy buena, buena, razonable, mala, muy mala". Estas diferencias en las categorías de respuestas pueden introducir un sesgo comparativo hacia una percepción más positiva del estado de salud en los países que usan una escala asimétrica. En Corea, las diferencias en la metodología de las encuestas pueden sesgar la percepción del estado de salud negativamente en comparación con otras encuestas generales en los hogares.

La percepción del estado de salud por nivel de ingresos se reporta para el quintil de ingresos más bajos (el 20% con ingresos más bajos) y el quintil de ingresos más altos (20% más alto). Dependiendo de la encuesta, el ingreso puede referirse al del individuo o el familiar (en cuyo caso se calcula ingreso equivalente para tomar en cuenta el número de personas en la familia).

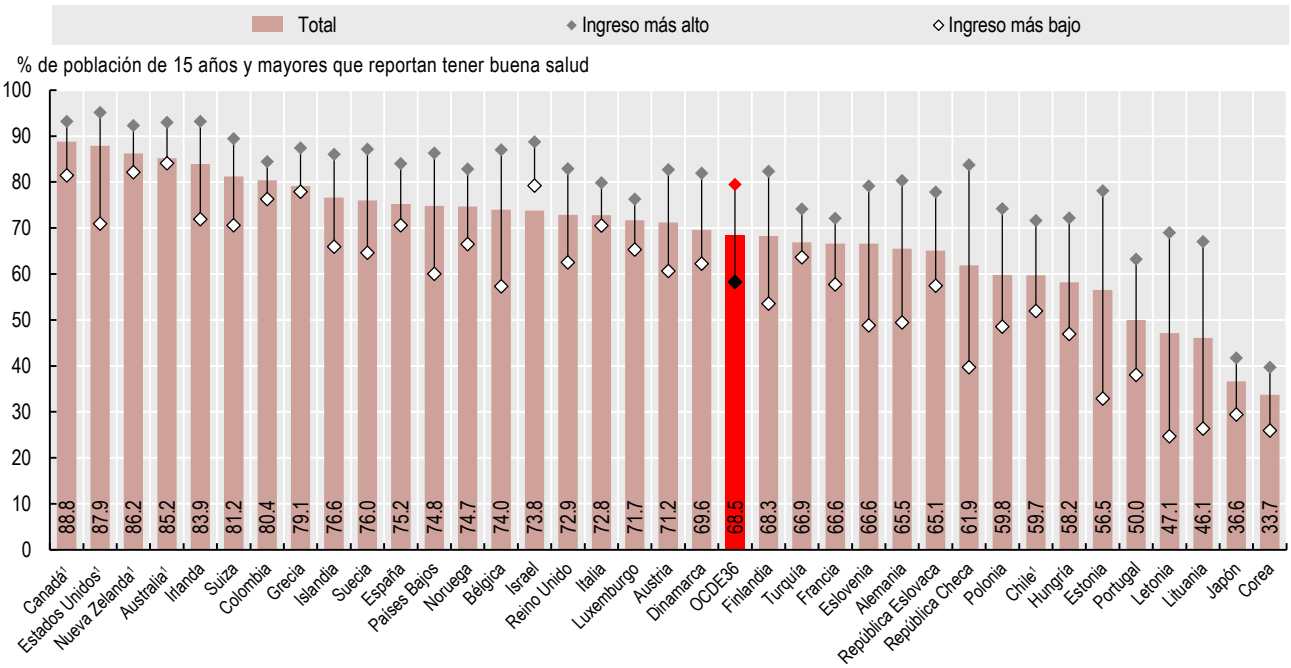
Figura 3.22. **Adultos que califican su salud como mala o muy mala, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Los resultados de estos países no son directamente comparables con los de otros, debido a diferencias metodológicas en el cuestionario de la encuesta, lo que resulta en un sesgo hacia una evaluación más positiva de la salud.
Fuente: OECD Health Statistics 2021 (EU-SILC para países de la Unión Europea).

StatLink https://stat.link/kmjhp5

Figura 3.23. **Adultos que califican su salud como buena o muy buena, por quintil de ingresos, 2019 (o año más cercano)**



1. Los resultados de estos países no son directamente comparables con los de otros, debido a diferencias metodológicas en el cuestionario de la encuesta, lo que resulta en un sesgo hacia una evaluación más positiva de la salud.
Fuente: OECD Health Statistics 2021 (EU-SILC para países de la Unión Europea).

StatLink https://stat.link/smvjp5

Referencias

[18] Euro-Peristat Project (2018), *European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*.

[13] GLOBOCAN (2018), *Cancer Today*, *https://gco.iarc.fr/today/home*.

[9] Health System Tracker (2021), *COVID-19 continues to be a leading cause of death in the U.S. in June 2021, https://www.healthsystemtracker.org/brief/covid-19-continues-to-be-a-leading-cause-of-death-in-the-u-s-in-june-2021/*.

[14] International Diabetes Federation (2017), *IDF Diabetes Atlas, 8a edición*, International Diabetes Federation, Bruselas.

[1] James, C., M. Devaux y F. Sassi (2017), "Inclusive growth and health", *OECD Health Working Papers*, núm. 103, OECD Publishing, París, *https://dx.doi.org/10.1787/93d52bcd-en*.

[25] Lumsdaine, R. y A. Exterkate (2013), "How survey design affects self-assessed health responses in the survey of health, ageing and retirement in Europe", *European Economic Review*, vol. 63, pp. 299-307, *http://dx.doi.org/I:10.1016/j.euroecorev.2013.06.002*.

[8] 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 and Medicine,* vol. 127, pp. 51-62, *http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.021*.

[5] Morgan, D. et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", *OECD Health Working Papers*, núm. 122, OECD Publishing, París, *https://dx.doi.org/10.1787/c5dc0c50-en*.

[4] 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, París, *http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en*.

[15] NCD Risk Factory Collaboration (2016), "Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants", *Lancet*, vol. 387, pp. 1513-1530, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8*.

[19] OECD (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health,* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, *https://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en*.

[21] OECD (2021), "Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, *https://doi.org/10.1787/84e143e5-en*.

[20] OECD (2021), "Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, *https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en*.

[26] OECD (2019), *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Publishing, París, *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

[17] OECD (2018), "Children & Young People's Mental Health in the Digital Age", OECD, París, *https://www.oecd.org/els/health-systems/Childrenand-Young-People-Mental-Health-in-the-Digital-Age.pdf*.

[11] OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, París, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[23] OECD (2015), *Recommendation of the Council on Integrated Mental Health*, Skills and Work Policy, *http://legalinstruments.oecd.org* (obtenido el 22 de octubre, 2018).

[27] OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival,* OECD Publishing, París, *https://doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[22] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Lithuania: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas, *https://dx.doi.org/10.1787/35913deb-en*.

[10] OECD/Eurostat (2019), "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death", OECD, París, *http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf*.

[12] OECD/The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, OECD Publishing, París, *https://doi.org/ 10.1787/47a04a11-en*.

[24] Palladino, R. et al. (2016), "Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries", *Age and Ageing*, vol. 45/3, *http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw044*.

[3] Parmar, D., C. Stavropoulou y J. Ioannidis (2016), "Health Outcomes During the 2008 Financial Crisis in Europe: Systematic Literature Review", *British Medical Journal*, p. p. 354, *https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4588*.

[2] Raleigh, V. (2019), "Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: why are improvements slowing?", *OECD Health Working Papers*, núm. 108, OECD Publishing, París, *http://dx.doi.org/10.1787/223159ab-en*.

[6] Rossen, L. et al. (2020), "Excess Deaths Associated with COVID-19, by Age and Race and Ethnicity — United States, January 26 –October 3, 2020", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep,* vol. 69, pp. 1522–1527, *http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6*.

[7] Roth, G. et al. (2018), "Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", *The Lancet,* vol. 392/10159, pp. 1736-1788, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32203-7*.

[16] Smylie, J. et al. (2010), "Indigenous Birth Outcomes in Australia, Canada, New Zealand and the United States - an Overview", *The Open Women's Health Journal*, vol. 4/2, *http://dx.doi.org/10.2174/1874291201004020007*.

4. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Tabaquismo entre adultos

Consumo de alcohol entre adultos

Tabaquismo y consumo de alcohol entre adolescentes

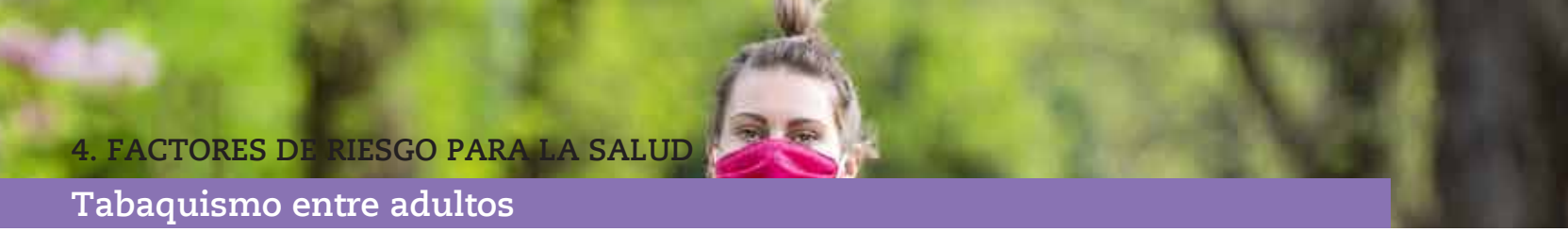
Dieta y actividad física entre adultos

Dieta y actividad física entre adolescentes

Sobrepeso y obesidad entre adultos

Sobrepeso y obesidad entre adolescentes

Contaminación del aire y degradación ambiental



Tabaquismo entre adultos

El tabaquismo es la causa principal de una variedad de enfermedades, incluyendo algunos cánceres, infartos, accidentes cerebrovasculares y enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El tabaquismo en mujeres embarazadas aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el consumo de tabaco mata a 8 millones de personas en el mundo cada año. Más de 1.2 millones de estas muertes se deben al tabaquismo pasivo, y 65 000 son niños (WHO, 2020[1]). En 2019, el tabaquismo causó un ajuste por discapacidad de 200 millones de años de vida en el mundo (Reitsma et al., 2021[2]). Aunque la prevalencia del tabaquismo ha decrecido en los últimos 30 años, el crecimiento de la población significa que el número total de fumadores ha crecido de 0.99 mil millones en 1990 a 1.14 mil millones en 2019 en todo el mundo (Reitsma et al., 2021[2]).

En los países de la OCDE, 16.5% de la población de más de 15 años fumaron tabaco diariamente en 2019 (Figura 4.1). Los índices de tabaquismo varían de más de 25% en Turquía, a menos de 10% en Costa Rica, México, Islandia y Noruega. En países socios, los índices son muy altos en Indonesia (27.6%) y la Federación de Rusia (Rusia) (25.8%); pero 10% o menos en Brasil e India. Los hombres fuman más que las mujeres en todos los países, excepto Islandia, Noruega y Suecia –en promedio en la OCDE, 20.6% de los hombres fuman diariamente, en comparación con 12.8% de las mujeres. La brecha de género en índices de tabaquismo es comparativamente alta en Corea y Turquía, así como en Indonesia, República Popular China (China) y Rusia. Entre los hombres, los índices más altos se encuentran en Indonesia (54.4%), Rusia (43.2%), China (41.5%) y Turquía (41.3%); y debajo de 10% en Costa Rica, Islandia y Noruega. Para mujeres, los índices más altos se encuentran en Hungría, Chile y Francia (superiores a 20%). Menos de 5% de las mujeres fuman en Indonesia, India, China, Costa Rica, México y Corea.

Los índices de consumo diario de tabaco disminuyeron en la mayoría de los países de la OCDE en la última década, de un promedio de 21.3% en 2009 a 16.5% en 2019 (Figura 4.2). Noruega tuvo la mayor reducción de índices de consumo diario de tabaco (12 puntos porcentuales), seguido de Irlanda (10 puntos porcentuales), Corea (9.2 puntos porcentuales) y Estonia (8.3 puntos porcentuales). Se redujeron significativamente también en Rusia, (13.6 puntos porcentuales), aunque los niveles siguen siendo altos. Las menores reducciones en los índices de consumo son las de Hungría, Eslovenia y Suiza, así como las de China, India y Sudáfrica (1-2 puntos porcentuales), mientras que permanecieron estables en México. Las tasas de tabaquismo crecieron ligeramente en el período 2009-2019 en República Eslovaca, Turquía e Indonesia (1-2 puntos porcentuales). Al momento de la elaboración de este informe, siete países de la OCDE habían reportado las tasas de tabaquismo en adultos en 2020. En seis, estas seguían decreciendo. En contraste, en Estonia, mientras que la proporción de adultos fumadores había decrecido de 21.3% en 2016 a 17.2% en 2018, se registró un ligero incremento en 2020 (17.9%).

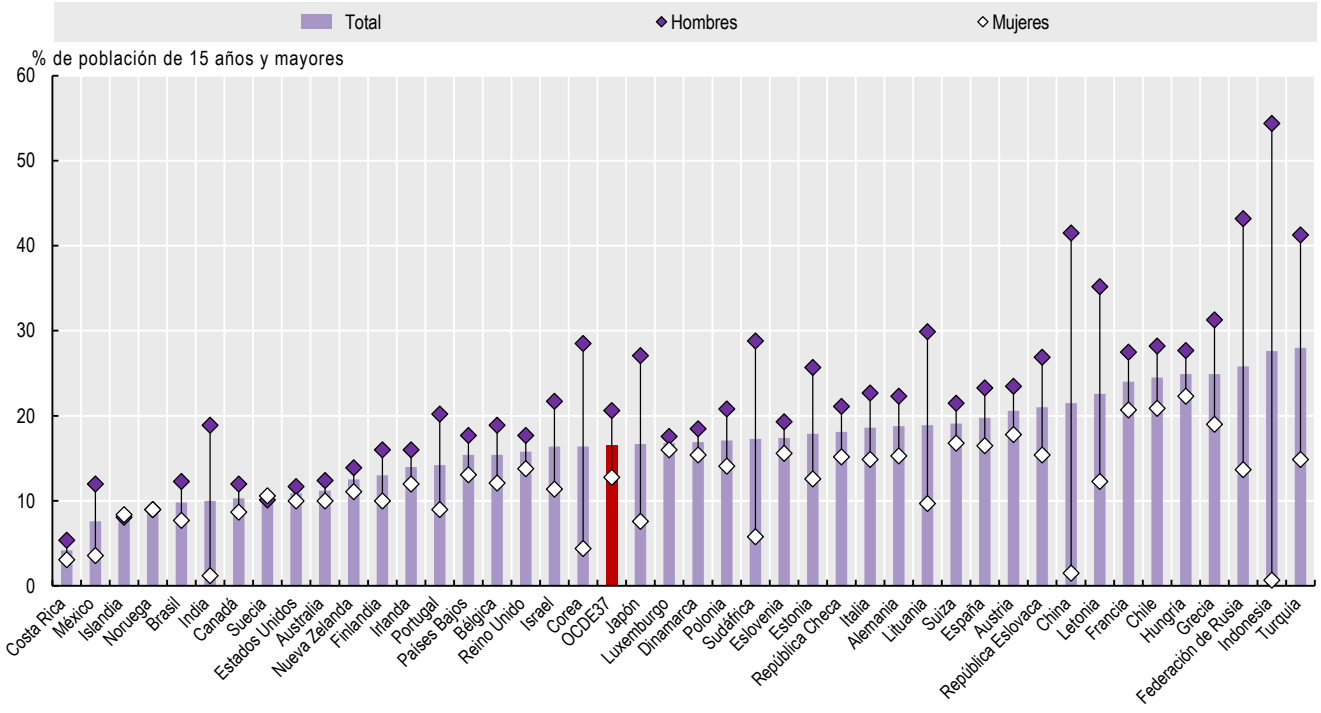
El efecto de la COVID-19 en los hábitos de consumo de tabaco fue mixto, dependiendo del grupo de población. Durante los períodos de confinamiento, algunos fumadores consumieron más cigarrillos por día en comparación con las cifras previas a la cuarentena, principalmente para manejar el estrés, aburrimiento, soledad y aislamiento durante este periodo, como se observó en Francia y Nueva Zelanda (Guignard et al., 2021[3]; Gendall et al., 2021[4]). Al mismo tiempo, las personas mayores redujeron el consumo de tabaco en países como Francia y Japón (Guignard et al., 2021[3]; Koyama et al., 2021[5]). La reducción y cese del tabaquismo podrían estar relacionados con el temor a peores resultados de salud al infectarse con el virus. Las estadísticas oficiales para el año 2020 (disponibles en cinco países) muestran que el número de cigarrillos consumidos permaneció relativamente igual en comparación con los años anteriores en tres países (Estonia, Francia y España), aumentó ligeramente en Noruega, y disminuyó ligeramente en Nueva Zelanda. Lo que es claro es que el tabaquismo se asocia tanto con el riesgo de desarrollar una forma grave de COVID-19, como una mayor posibilidad de morir por el virus (Reddy et al., 2021[6]; Sanchez-Ramirez y Mackey, 2020[7]; WHO, 2020[8]).

El aumento de los impuestos sobre el tabaco es una de las formas más efectivas de reducir su consumo. Los precios del tabaco en la mayoría de los países de la OCDE contienen más de 50% de impuestos. Otras políticas clave de control son las advertencias de riesgo en los paquetes de tabaco, las prohibiciones de promoción e información engañosa, y la restricción de publicidad de marcas. Otras formas de reducir el consumo de tabaco son la concientización y apoyo para fumadores, incluyendo tratamientos de reemplazo de nicotina y ayuda para dejar de fumar. La implantación de medidas de control de tabaco ha avanzado en años recientes, especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde se concentra la mayor carga del tabaquismo. Por ejemplo, más de la mitad de la población del mundo se beneficia ahora de claras advertencias gráficas de salud en los paquetes de tabaco, y un tercio tiene acceso a servicios para dejar de fumar proporcionados al nivel de las mejores prácticas (WHO, 2019[9]). Entre las iniciativas nacionales recientes, Nueva Zelanda realizó una consulta en 2021 sobre el plan de acción Smokefree Aotearoa 2025 para reducir la prevalencia y la disponibilidad de tabaco a niveles mínimos. Las propuestas incluyen varias medidas líderes en el mundo, como la reducción significativa de los puntos de venta de tabaco y la obligatoriedad de los cigarrillos de muy baja nicotina.

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. Los datos para Italia incluyen tanto a quienes fuman diariamente como a los fumadores ocasionales. Otras formas de productos de tabaco sin humo, como el rapé en Suecia, Noruega, Finlandia e Islandia, no se toman en cuenta. Este indicador es más representativo de la población fumadora que del número promedio de cigarrillos consumidos por día. 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*.

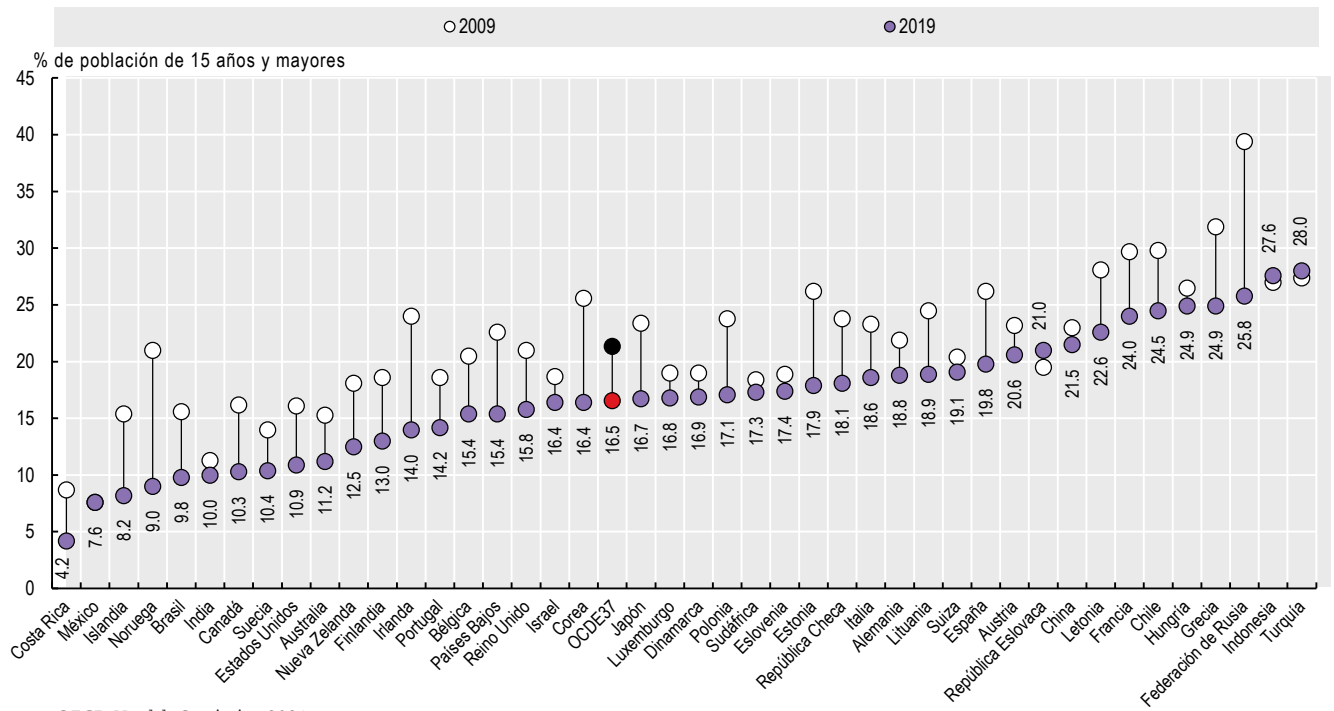
Figura 4.1. **Población de 15 años y mayores que fuman diariamente, por género, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

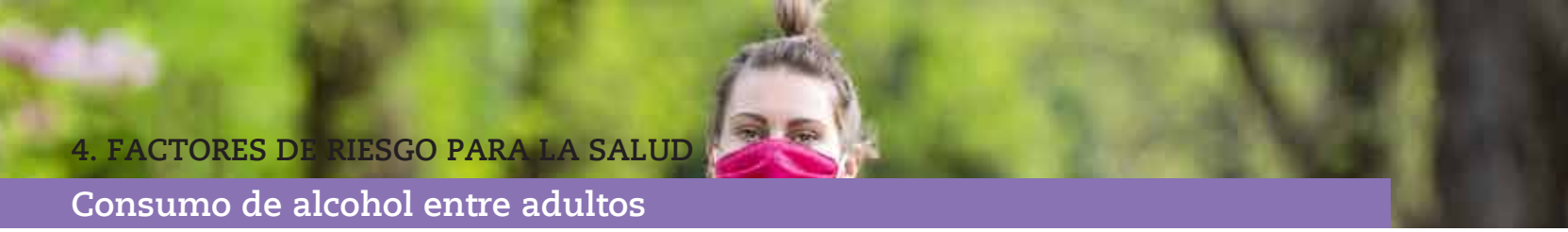
StatLink https://stat.link/3j48ai

Figura 4.2. **Población de 15 años y mayores que fuman diariamente, 2009 y 2019 (o años más cercanos)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/nd7z3f



Consumo de alcohol entre adultos

El consumo de alcohol es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, particularmente entre personas en edad laboral. El abuso del alcohol es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares, cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer, y aún el consumo bajo y moderado incrementa el riesgo de estas enfermedades en el largo plazo. El alcohol también contribuye a más accidentes de tránsito y lesiones, violencia, homicidios, suicidios y problemas de salud mental que cualquier otra sustancia psicoactiva, particularmente entre la gente joven. Las enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol representan un alto costo para la sociedad. La esperanza de vida es casi un año más baja en promedio en los países de la OCDE de lo que sería si la población consumiera menos alcohol. En promedio 2.4% del gasto en salud se destina al daño causado por el consumo de alcohol –y la cifra es mucho más alta en algunos países (OECD, 2021[10]). La pandemia de COVID-19 y las medidas gubernamentales asociadas para limitar la movilidad, afectaron los patrones y los lugares de consumo de alcohol. Algunos de los problemas asociados con el consumo dañino de alcohol se intensificaron con la crisis, como la violencia doméstica, o el consumo excesivo para manejar el estrés (OECD, 2021[11]).

Medido con datos de ventas, el consumo general de alcohol promedió 8.7 litros por persona en los países de la OCDE en 2019, a diferencia de 9.1 litros en 2009 (Figura 4.3). Letonia reportó el consumo más alto en 2019 (12.9 litros), seguido de República Checa, Austria, Francia, Hungría, Lituania y Eslovenia con más de 11 litros por persona. Turquía, Israel, Costa Rica, Colombia y México tuvieron niveles de consumo menores comparativamente (menos de 5 litros por persona). Entre los países socios, el consumo fue relativamente alto en Rusia (10.8 litros) y bajo en Indonesia, India y China (menos de 5 litros). El consumo promedio disminuyó en 29 países entre 2009 y 2019, con las reducciones más importantes en Lituania y Grecia (2 litros menos). El consumo también se redujo de forma marcada en Rusia (en 5 litros). Sin embargo, el consumo de alcohol se incrementó en más de 3 litros por persona en Letonia, y en más de 0.5 litros por persona en India, Polonia, Eslovenia y España. Al momento de la elaboración de este informe, cinco países de la OCDE habían reportado el nivel de consumo general de alcohol en 2020. Cuatro de ellos no tienen cambios significativos en comparación con los tres años previos, pero Noruega reportó un incremento de 18% (de 6.1 litros en 2019 a 7 litros en 2020).

Aunque los datos nacionales sobre el consumo general per cápita facilitan la evaluación de las tendencias a largo plazo, no identifican a las subpoblaciones que corren el riesgo de adoptar patrones de consumo perjudiciales. El alcohol es consumido de forma desproporcionada por una minoría de personas. Las personas que beben en exceso representan entre 4% y 14% de la población, pero beben entre 31% y 54% de todo el alcohol consumido, dependiendo del país (Figura 4.4). Por ejemplo, en Canadá, el 6% de los bebedores crónicos consumen 34% de todo el alcohol.

Existen disparidades significativas en los patrones de consumo de alcohol. En casi todos los países, es más probable que las personas con más alto nivel educativo (quienes han completado educación superior o universitaria) consuman alcohol semanalmente (Figura 4.5). Este efecto es considerablemente más importante en mujeres que en hombres. En promedio en 25 países de la OCDE, las mujeres con educación superior son 82% más propensas a beber semanalmente que las mujeres con menor nivel educativo. En Letonia las mujeres son hasta tres veces más propensas a beber semanalmente si cuentan con educación superior. Para los hombres la diferencia es menor, pues quienes tienen educación superior son 26% más propensos a beber alcohol semanalmente que los hombres con menor nivel educativo. En contraste, en República Eslovaca, Lituania, México y Portugal, los hombres con nivel educativo más bajo son más propensos a beber semanalmente. La asociación positiva entre la frecuencia del consumo de alcohol y el nivel educativo se explica principalmente por la dimensión económica, pues el alcohol es más asequible para las personas con más educación e ingresos más altos. Sin embargo, cuando se analiza el daño relacionado con el consumo de alcohol, el gradiente social muestra un patrón diferente de desigualdad. El consumo dañino de alcohol es más prevalente entre las personas con un estatus socioeconómico inferior.

Las políticas para abordar el consumo dañino de alcohol incluyen estrategias de base amplia y otras dirigidas a quienes beben en exceso. Los paquetes de políticas integrales basados en una "estrategia PPPP" –políticas de precios para limitar la asequibilidad del alcohol barato, políticas para contrarrestar conducir bajo los efectos del alcohol, asesoramiento basado en la atención primaria para las personas con patrones perjudiciales de consumo de alcohol y protección de los niños de la publicidad del alcohol– son eficaces y rentables para abordar el consumo dañino de alcohol (OECD, 2021[10]).

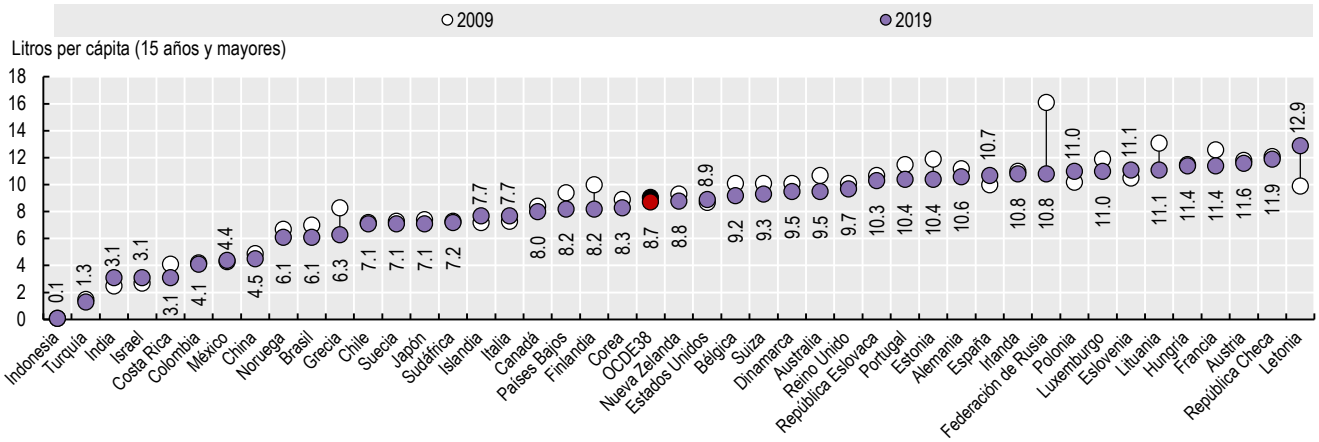
Definición y comparabilidad

El consumo de alcohol registrado se define como las ventas anuales de alcohol puro en litros por persona de 15 años o más (con algunas excepciones destacadas en la base de datos *OECD Health Statistics*). Los datos proceden de fuentes nacionales; en algunos casos pueden diferir de los datos mostrados en el informe de la OCDE 2021 sobre la prevención del consumo dañino de alcohol, que utiliza datos del *Global Information System on Alcohol* and Health de la OMS, con diferencias metodológicas.

La metodología para convertir las bebidas alcohólicas en alcohol puro puede diferir entre países. Las estadísticas oficiales no incluyen el consumo de alcohol no registrado, como la producción doméstica. En Estonia y Rusia, los datos incluyen una corrección por el consumo de los turistas, el comercio transfronterizo y el comercio y consumo ilegal de alcohol. En algunos países (por ejemplo, Luxemburgo), las ventas nacionales no reflejan con exactitud el consumo real de los residentes, ya que las compras de los no residentes pueden crear una diferencia importante entre las ventas nacionales y el consumo. Así, el consumo de alcohol en Luxemburgo se estima como la media del consumo de alcohol en Francia y Alemania.

Los datos de la proporción de alcohol consumido y las disparidades en el consumo semanal de alcohol se derivan de análisis de la OCDE basados en datos de encuestas nacionales: la *Canadian Community Health Survey* 2015-16 (Canadá); la *Health Survey for England* 2016 (Inglaterra, Reino Unido); *Baromètre santé 2017* (Francia); la *Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2018* (Corea); la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (México); la *National Health and Nutrition Examination Survey* 2015 (Estados Unidos);y la *European Health Interview Survey* 2014 (los restantes 25 países). Las disparidades en el consumo semanal de alcohol se miden comparando la proporción de bebedores semanales entre la población con y sin educación superior, para hombres y mujeres en forma separada. Los valores menores a cero indican que las personas sin educación superior son más propensas a beber semanalmente.

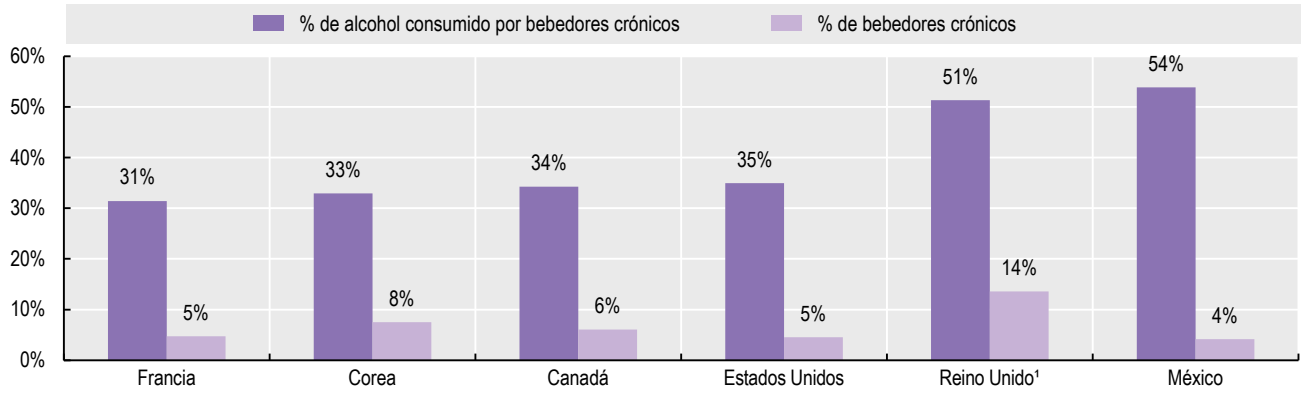
Figura 4.3. **Consumo registrado de alcohol entre la población de 15 años y mayores, 2009 y 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/u6dwko

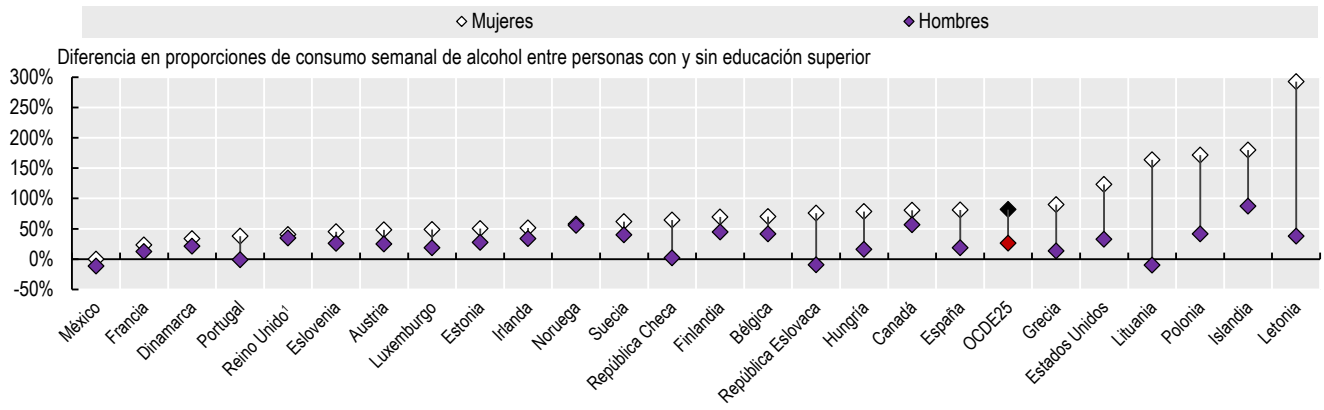
Figura 4.4. **Proporción de alcohol consumido por bebedores crónicos, 2015-2018**



1. Los datos solo incluyen Inglaterra.
Fuente: OECD (2021[10]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://dx.doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

StatLink https://stat.link/kr46bu

Figura 4.5. **Disparidades en el consumo semanal de alcohol, por nivel educativo y género, 2014-2017**



1. Los datos solo incluyen Inglaterra.
Fuente: OECD (2021[10]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://dx.doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

StatLink https://stat.link/ml3p4q

Tabaquismo y consumo de alcohol entre adolescentes

El tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia tienen consecuencias en la salud inmediatas y en el largo plazo. El tabaquismo durante la adolescencia tiene consecuencias adversas para la salud de forma inmediata, incluyendo la adicción a la nicotina, función pulmonar reducida y crecimiento pulmonar deficiente, y asma (Inchley et al., 2016[12]). Se asocia también con una mayor probabilidad de experimentar con otras drogas, y otros comportamientos riesgosos (O'Cathail et al., 2011[13]). El inicio precoz del hábito de beber y consumir alcohol en exceso se asocia con el consumo dañino en la juventud (Enstad et al., 2019[14]). El consumo precoz y frecuente de alcohol y la embriaguez se asocian a efectos psicológicos, sociales y físicos perjudiciales, como el abandono de la educación media superior sin graduarse (Chatterji y DeSimone, 2005[15]).

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

Más de 20% de la población de 15 años fumó al menos una vez al mes en el período 2017-2018 en Lituania, Italia, Hungría, Letonia y República Eslovaca (Figura 4.6). En el otro lado de la escala, menos de 10% reportaron haber fumado en el último mes en Islandia, Canadá y Australia. En todos los países de la OCDE, el promedio fue 16.4%. Las mujeres fumaron más que los hombres en 15 países de la OCDE, pero los índices de tabaquismo entre los hombres fueron más altos en nueve países, además de Rusia. Las brechas de género fueron particularmente amplias en Italia, República Checa y Hungría (una diferencia de 4-9 puntos porcentuales).

Más de 30% de la población de 15 años se han embriagado al menos dos veces en su vida en el período 2017-2018 en Dinamarca, Lituania, Austria, Hungría y Reino Unido (Figura 4.7). En Islandia, Rusia, Luxemburgo, Suecia, Francia, Portugal y Suiza, los índices estuvieron debajo de 15%. En los países de la OCDE, el promedio es 21.5% con una pequeña brecha entre hombres (22.6%) y mujeres (20.3%). Las disparidades de género –siendo los hombres más propensos a beber que las mujeres– fueron especialmente marcadas en Dinamarca, Austria, Hungría, Suiza, Bélgica, Grecia, Lituania y Noruega (una diferencia de más de 5 puntos porcentuales). Solo en Canadá, Irlanda, España, Suecia, Polonia y Reino Unido, las mujeres se embriagaron más a menudo que los hombres (una diferencia de 2-5 puntos porcentuales).

Tanto el tabaquismo como la embriaguez entre adolescentes decrecieron en promedio en todos los países entre 2014 y 2018 (Figura 4.8). El consumo de tabaco al menos una vez al mes decreció de 19.2% en 2014 a 16% en 2018 en promedio. 23 países reportaron esta reducción, que fue de más de 6 puntos porcentuales en Francia, Hungría, Luxemburgo, Países Bajos y Eslovenia. La embriaguez al menos dos veces en la vida decreció de 23.3% en 2014 a 21.5% en 2018. Esta reducción fue reportada por 20 países, y excedió 6 puntos porcentuales en República Checa, Hungría y Polonia. En contraste, los índices se incrementaron más de 8 puntos porcentuales de 2014 a 2018 en Austria (para hombres y mujeres) y Dinamarca (para hombres). Los datos del estudio ESPAD también muestran que el consumo de alcohol y la embriaguez en adolescentes han decrecido en la última década en Europa (ESPAD Group, 2020[16]).

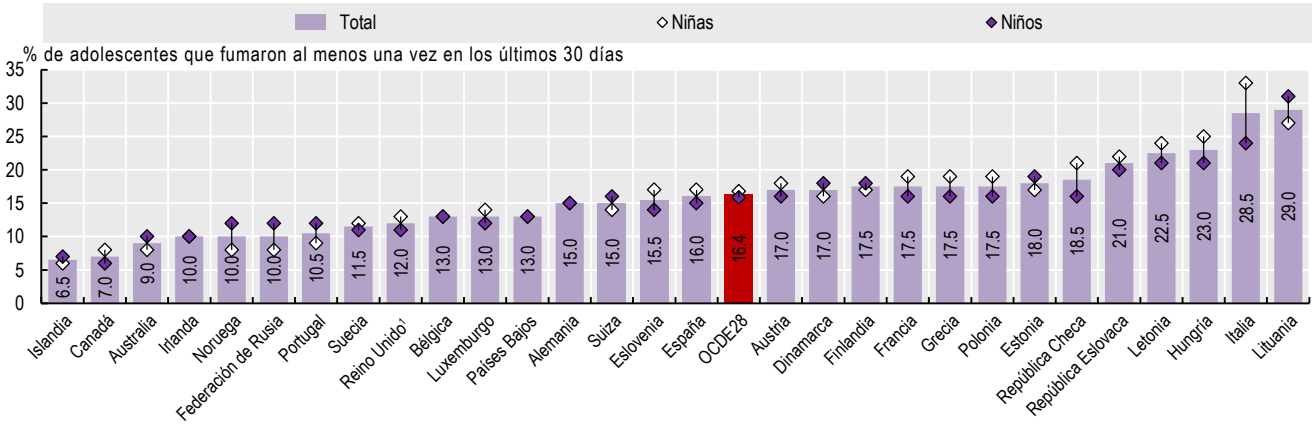
La protección de los niños y adolescentes de la publicidad de tabaco y alcohol y el patrocinio del deporte (a través de plataformas de medios de comunicación tradicionales y nuevos) es un pilar fundamental de las políticas de salud pública. Solamente cuatro países de la OCDE (España, Francia, Noruega y Turquía) han implantado prohibiciones oficiales al patrocinio de deportes de todas las bebidas alcohólicas (WHO, 2018[17]). Otros pilares de las políticas públicas incluyen políticas de precios, restricciones al acceso a tabaco y alcohol para menores, y más educación sobre efectos perjudiciales. La creación de ambientes libres de humo de tabaco también es importante para prevenir la exposición de niños al tabaquismo pasivo, y es uno de los aspectos de la labor de promoción de una generación futura libre de tabaco. En 2018 varios países de la OCDE –Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dinamarca, España, Grecia, Irlanda, Noruega, Reino Unido y Turquía– así como Brasil y Rusia, adoptaron legislaciones nacionales sobre espacios libres de humo que incluyen todos los lugares públicos interiores, todos los lugares de trabajo interiores, todo el transporte público y otros espacios públicos (exteriores o casi exteriores) (WHO, 2021[18]).

Definición y comparabilidad

Los cálculos de tabaquismo se refieren a la proporción de adolescentes que reportan haber fumado cigarrillos al menos una vez en los últimos 30 días. Los cálculos de embriaguez se refieren a la proporción de adolescentes de 15 años que reportan haberse embriagado dos o más veces en su vida.

Las encuestas *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) se llevaron a cabo cada cuatro años entre 1993-1994 y 2017-2018. Incluyen hasta 30 países de la OCDE y Rusia. En los períodos 2014-2015 y 2017-2018, se publicaron indicadores comparables sobre embriaguez y tabaquismo de adolescentes. Los datos se derivan de muestras de escuelas de 1 500 niños y adolescentes en cada grupo de edad (11, 13 y 15 años) en la mayoría de los países. Los cálculos de tabaquismo se complementaron con datos para Australia de la *Australian Secondary Students' Alcohol and Drug Survey 2017*.

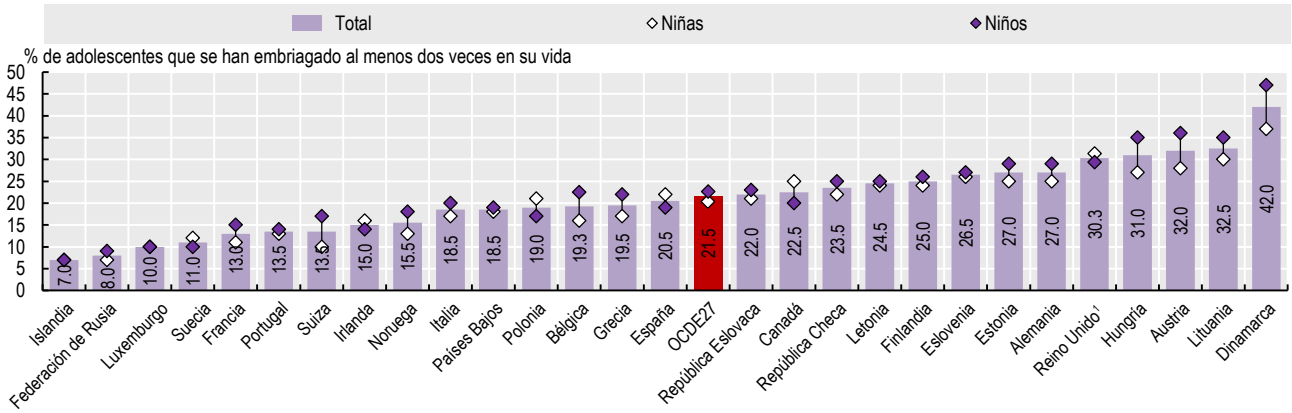
Figura 4.6. **Tabaquismo entre adolescentes de 15 años, por género, 2017-2018**



1. Los datos incluyen Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Inchley et al. (2020[19]), y para Australia: Guerin y White (2020[20]).

StatLink https://stat.link/oulvq5

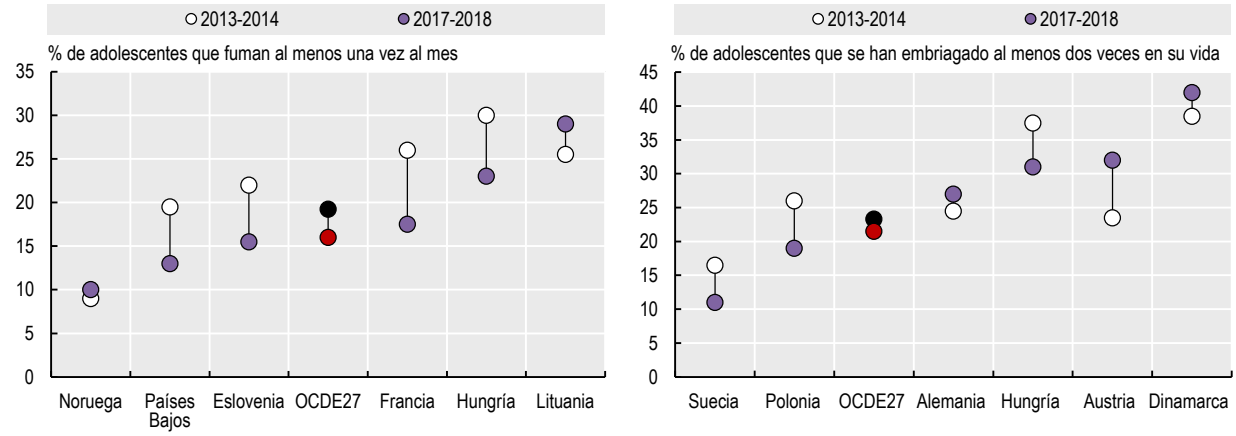
Figura 4.7. **Embriaguez entre adolescentes de 15 años, por género, 2017-2018**



1. Los datos incluyen Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Inchley et al. (2020[19]).

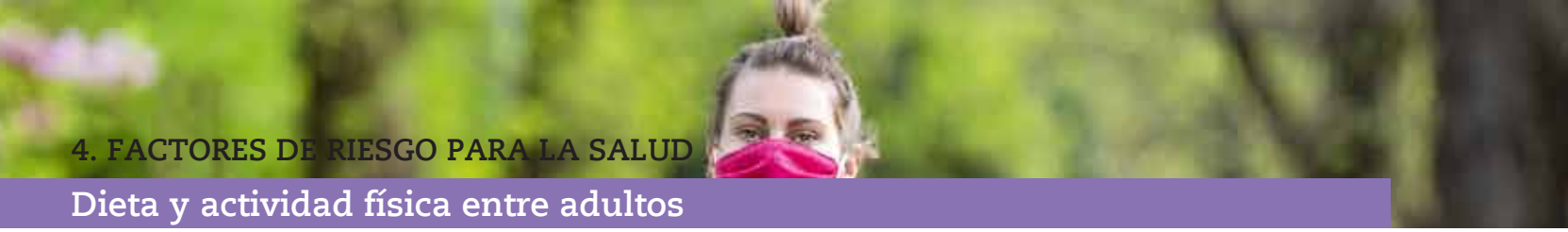
StatLink https://stat.link/f82blc

Figura 4.8. **Tendencias en tabaquismo y embriaguez entre adolescentes de 15 años, selección de países de la OCDE, 2013-2014 y 2017-2018**



Fuente: Inchley et al. (2020[19]); Inchley et al. (2016[12]).

StatLink https://stat.link/r94qe2



Dieta y actividad física entre adultos

Una dieta saludable está asociada a mejores resultados de salud. Los adultos que siguen una dieta rica en fruta y vegetales, y baja en grasas, azúcares y sal/sodio tienen un menor riesgo de desarrollar una o más enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer (Graf y Cecchini, 2017[21]). Una dieta saludable también reduce la probabilidad de sobrepeso y obesidad. En 2019, las dietas bajas en frutas, vegetales y legumbres causaron un total estimado de 2.7 millones de muertes en el mundo (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020[22]).

En 30 países de la OCDE, un promedio de 59.1% de la población de 15 años y mayores consumieron vegetales diariamente en 2019. Los países con los índices más altos de consumo de vegetales fueron Australia, Corea, Nueva Zelanda y Estados Unidos, todos con registros superiores a 90% (Figura 4.9). En el otro extremo de la escala, esta cifra fue inferior a 40% en Letonia y Países Bajos. Las mujeres tienen mayor inclinación que los hombres a comer al menos una porción de vegetales al día (64.2% de mujeres contra 53.6% de hombres en promedio). El consumo diario de vegetales fue más alto entre mujeres que entre hombres en todos los países. En cuanto a consumo de fruta, más de la mitad (56%) de los adultos consumieron en promedio al menos una pieza de fruta al día en 2019 en 31 países de la OCDE. Los valores más altos de esta medición se presentaron en Australia y Nueva Zelanda (superiores a 75%). En contraste, Chile, Luxemburgo y Letonia registraron valores inferiores a 40%. De la misma forma que con el consumo de vegetales, las mujeres tienen mayor inclinación a consumir fruta diariamente en todos los países. La brecha de género más amplia en el consumo de fruta se observó en Finlandia, Suecia y Luxemburgo, con una diferencia de más de 18 puntos porcentuales.

El consumo regular de bebidas azucaradas contribuye a que exista más obesidad y a la aparición de otros desórdenes metabólicos como la diabetes (Hu y Malik, 2010[23]). En 24 países de la OCDE, 8% de la población de 15 años y mayores consumieron bebidas azucaradas al menos una vez al día en 2019 (Figura 4.10). Esta proporción varía de 2 a 3% en Estonia, Lituania, Finlandia y Letonia, a 11% o más en República Checa, Hungría, Polonia y Alemania, y hasta 20% en Bélgica. En Estados Unidos, 49% de los adultos consumieron al menos una bebida azucarada en un día determinado durante el período 2011-2014, según los datos de NHANES (Rosinger et al., 2017[24]). En todos los países, los hombres tienen mayor inclinación que las mujeres a consumir estas bebidas. La brecha de género es relativamente amplia en Polonia, Alemania y Bélgica (una diferencia de 7 a 8 puntos porcentuales). Los grupos de menor edad tienen mayor tendencia a consumir bebidas azucaradas diariamente, particularmente aquellos entre 15 y 24 años.

Los niveles insuficientes de actividad física son factores de riesgo de enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular y la diabetes. La actividad física regular mejora la salud mental y musculoesquelética, y reduce el riesgo de depresión y de varias enfermedades no transmisibles (Warburton, Nicol y Bredin, 2006[25]). Aunque todos los países del mundo acordaron una meta global para revertir la actividad física insuficiente en 10% hacia 2025, el avance hacia esta meta ha sido lento (Guthold et al., 2019[26]). Además, durante la pandemia de COVID-19, mientras algunas personas incrementaron su nivel de actividad física, participando más en deporte, caminata y similares, la actividad física en general disminuyó y las conductas sedentarias se incrementaron debido al confinamiento (Stockwell et al., 2021[27]).

En 2016, más de uno de cada tres adultos (34.7%) en promedio, no siguió las recomendaciones de actividad física en 36 países de la OCDE (Figura 4.11). Los adultos fueron más propensos a no ser suficientemente activos en Portugal, Costa Rica, Alemania y Brasil (más de 45% de los adultos). En contraste, en Finlandia, China y Rusia, menos de 20% de la población de adultos no tuvieron suficiente actividad. Las mujeres tienen mayor tendencia a no ser suficientemente activas que los hombres en todos los países de la OCDE excepto Finlandia, donde la misma proporción de hombres y mujeres no cumplen con el nivel recomendado de actividad física. La mayoría de los países de la OCDE han implantado directrices nacionales para promover la actividad física, y planes de nutrición multisectoriales, estos últimos presentes en todos los países (OECD, 2019[28]).

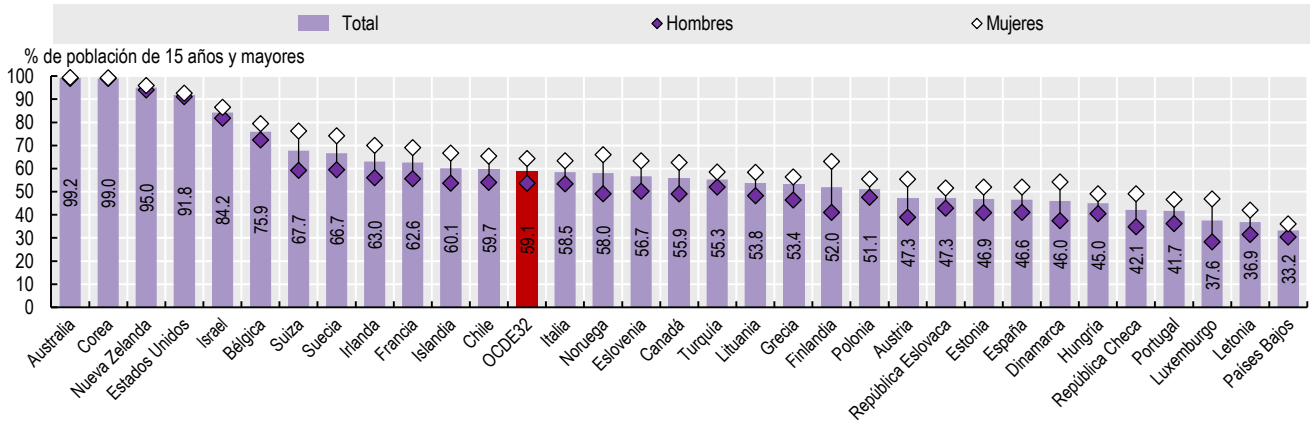
Definición y comparabilidad

El consumo de vegetales se define como la proporción de adultos que consumen al menos un vegetal al día, excluyendo jugos y papas. Las estimaciones de consumo de vegetales se derivan de encuestas nacionales de salud y son autoreportados (con algunas diferencias en los períodos de los reportes –véanse las notas específicas por país en la base de datos *OECD Health Statistics* para más detalles sobre definiciones, fuentes y métodos). Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas cuantitativas (más que de preguntas sobre frecuencia). Los valores para estos países por lo tanto pueden estar sobreestimados. Los datos para Países Bajos se refieren solo a vegetales cocinados u horneados, lo que puede subestimar el consumo. La mayoría de los países reportan datos para la población de 15 años y mayores, con algunas excepciones como se resalta en la fuente de datos de la base de datos *OECD Health Statistics*. Estas estadísticas se complementaron con la tercera entrega (2019) de la encuesta *European Health Interview Survey* para Dinamarca y Estonia.

Los datos de consumo de bebidas azucaradas provienen de la tercera entrega (2019) de la *European Health Interview Survey*, compilada por Eurostat. El indicador que se presenta aquí reporta la frecuencia de consumo de bebidas azucaradas, ya sean carbonatadas o no, té helado embotellado, bebidas energéticas, bebidas endulzadas con jarabes y similares, y cualquier otra bebida no alcohólica con alto contenido de azúcar. Las bebidas endulzadas artificialmente no están incluidas, y tampoco el café ni el té, aún si son endulzados con azúcar.

El indicador de actividad física insuficiente se define como alcanzar menos de 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana, o menos de 75 minutos de actividad física vigorosa a la semana. Las estimaciones de actividad física insuficiente provienen de *Global Health Observatory* de la OMS, y se basan en autoreportes del *Global Physical Activity Questionnaire*, el *International Physical Activity Questionnaire* u otro cuestionario similar que considere la actividad en el trabajo, el hogar, como transporte o durante el tiempo libre. Se trata de estimaciones brutas, no estandarizadas por edad.

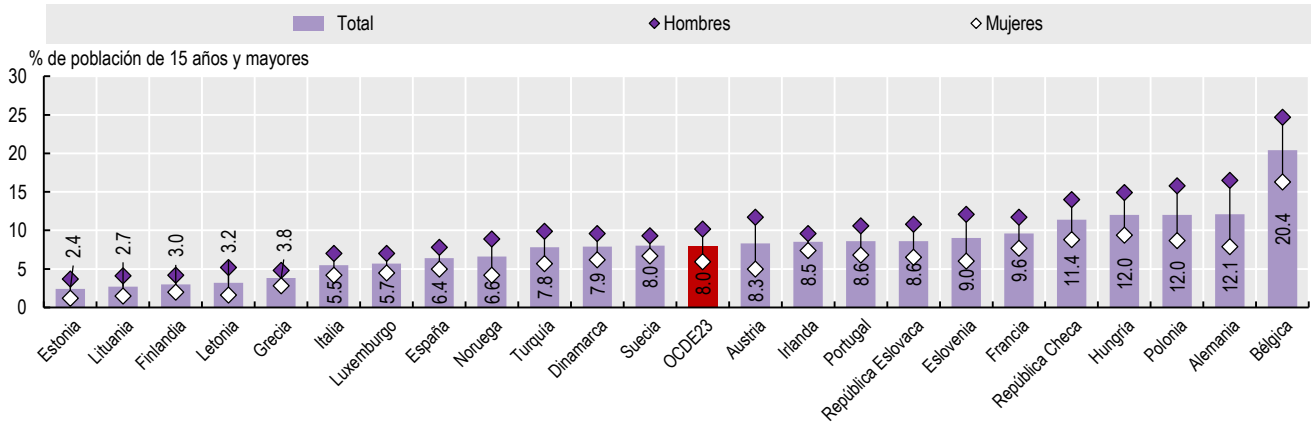
Figura 4.9. **Consumo diario de vegetales entre la población de 15 años y mayores, por género, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021, complementado con datos de EHIS-3 para Dinamarca y Estonia.

StatLink https://stat.link/3gcsxl

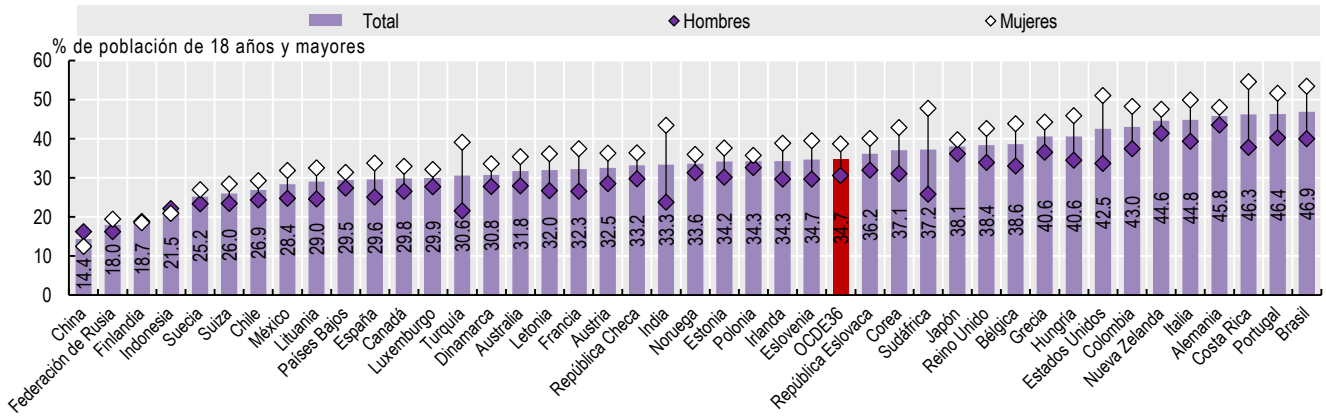
Figura 4.10. **Consumo diario de bebidas azucaradas entre la población de 15 años y mayores, por género, 2019**



Fuente: Base de datos de Eurostat, con base en la encuesta European Health Interview Survey (EHIS-3).

StatLink https://stat.link/hai5fs

Figura 4.11. **Actividad física insuficiente entre adultos, por género, 2016**



Fuente: WHO Global Health Observatory 2020.

StatLink https://stat.link/oxnlk3

Dieta y actividad física entre adolescentes

Una dieta saludable y la actividad física regular durante la juventud pueden crear hábitos que promueven un estilo de vida saludable en la vida adulta. El consumo diario de frutas y verduras puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares y ciertos tipos de cáncer (Hartley et al., 2013[29]; World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research, 2018[30]). La recomendación más común es consumir al menos cinco porciones de fruta y vegetales diariamente. Durante el confinamiento por COVID-19, los niños y adolescentes consumieron más fruta y vegetales, ya que las familias tuvieron más tiempo para cocinar, aunque no mejoró la calidad general de las dietas. Los adolescentes también consumieron mayores cantidades de golosinas, probablemente debido al aburrimiento y al estrés producido por el confinamiento (Ruiz-Roso et al., 2020[31]).

Más de 60% de los adolescentes de 15 años no consumieron fruta o verduras diariamente en el período 2017-2018 en Finlandia, Hungría, Letonia, Alemania y Lituania. Esta proporción fue inferior a 40% en Bélgica y Canadá (Figura 4.12). Los índices fueron superiores a 65% para los hombres en Finlandia, Alemania, Letonia y Hungría, y superiores a 60% para mujeres en Hungría y Letonia. En Bélgica, Canadá y Dinamarca, los índices fueron inferiores a 40% para mujeres, pero solo en Bélgica fueron inferiores a 40% para hombres. En Estados Unidos, 36% de los adolescentes entre 12 y 19 años de edad no consumieron fruta en un día determinado, y alrededor de 8% no consumieron vegetales en un día determinado en el período 2015-2018 (Wambogo et al., 2020[32]). En todos los países de la OCDE, casi 55% de los adolescentes de 15 años no consumen fruta o vegetales diariamente, con 50% de las mujeres y 59% de los hombres. Las mujeres consumieron más fruta y vegetales que los hombres en todos los países. Las brechas de género más amplias son las de República Checa, Finlandia, Alemania, Dinamarca e Italia (una diferencia de 13 a 16 puntos porcentuales).

Más de uno de cada cinco adolescentes de 15 años consumieron bebidas azucaradas diariamente en el período 2017-2018 en Bélgica, Francia, Luxemburgo, Suiza, República Eslovaca, Hungría y Países Bajos, mientras que menos de 1 en 15 lo hicieron en Estonia, Islandia, Finlandia, Canadá, República Checa, Suecia y Grecia (Figura 4.13). En todos los países de la OCDE, casi 13.6% de los adolescentes de 15 años consumieron bebidas azucaradas diariamente durante el período 2017-2018, una cifra inferior a la de 2013-2014 (17.1%). Entre 2014-2015 y 2017-2018, se observaron las disminuciones más importantes en Países Bajos, República Checa, Hungría y España (8 a 12 puntos porcentuales), mientras que en Finlandia y Lituania se presentaron pequeños incrementos (2 a 3 puntos porcentuales). En Estados Unidos, casi dos tercios de los menores de 2 a 19 años consumieron al menos una bebida azucarada en un día determinado en el período 2011-2014 (Rosinger et al., 2017[33]).

La OMS recomienda 60 minutos de actividad física de moderada a intensa diariamente para los jóvenes. La mayoría de los adolescentes no cumplen esta recomendación, aun cuando la actividad física durante la adolescencia mejora la capacidad cardiorrespiratoria y muscular, la salud ósea y cardiometabólica, y tiene efectos positivos en el peso, el desarrollo cognitivo y la socialización (Guthold et al., 2019[26]). Durante el confinamiento por COVID-19, la actividad física de los menores disminuyó (Stockwell et al., 2021[27]).

La proporción de niños de 11 años que cumplen con la recomendación de 60 minutos de actividad física de moderada a intensa diariamente, sobrepasó 30% en el período 2017-2018 en Finlandia, Irlanda y Canadá, pero fue inferior a 15% en Dinamarca, Portugal, Italia y Francia (Figura 4.14). En general, los niveles de actividad física disminuyen con la edad en todos los países. En todos los países de la OCDE, 13.7% de los adolescentes de 15 años cumplieron con los niveles recomendados, en comparación con 22.6% de los niños de 11 años. Las diferencias más importantes (con los más pequeños siendo más activos físicamente que los mayores), se observaron en Finlandia, Irlanda, Austria y Hungría (13 a 28 puntos porcentuales). En Estados Unidos, 27.2% de los estudiantes en el noveno grado (14 a 15 años de edad) y 20% de los de doceavo grado (17 a 18 años) tuvieron actividad física durante al menos 60 minutos diarios en 2019 (U.S. Department of Health and Human Services, n.d.[34]). Las tasas de actividad física de moderada a intensa fueron más altas entre los hombres que entre las mujeres en ambos grupos de edad. A los 11 años, 26.1% de los niños tuvieron al menos 60 minutos de actividad diaria, en comparación con 19.5% de las niñas (a los 15 años, las tasas fueron 17.7% contra 9.7%). La brecha de género –los hombres son más activos físicamente que las mujeres– se incrementó con la edad en 17 de 28 países.

La mayoría de los países de la OCDE, si no todos, ya tienen –o han tenido en el pasado– al menos una campaña nacional en medios de comunicación para fomentar el consumo de frutas y verduras, como el conocido objetivo de "5 al día" (por ejemplo, en Chile, Alemania, Italia, México, Nueva Zelanda y España), el objetivo de "6 al día" en Dinamarca o la campaña "2&5" en Australia Occidental (OCDE, 2019[28]). También hay ejemplos de programas gubernamentales que fomentan la actividad física, como la campaña *Manger Bouger* en Francia, la campaña *Change4Life* en Inglaterra y Gales (Reino Unido) o *Move Your Way* en Estados Unidos. Recientemente, los Estados miembros de la OMS aprobaron un plan de acción mundial sobre la actividad física, con el objetivo de lograr una reducción relativa del 15% de la actividad física insuficiente entre los adolescentes para 2030 (OMS, 2018[35]). El plan recomienda 20 acciones de políticas públicas construidas en torno a cuatro áreas: creación de sociedades activas, entornos activos, sistemas activos y personas activas.

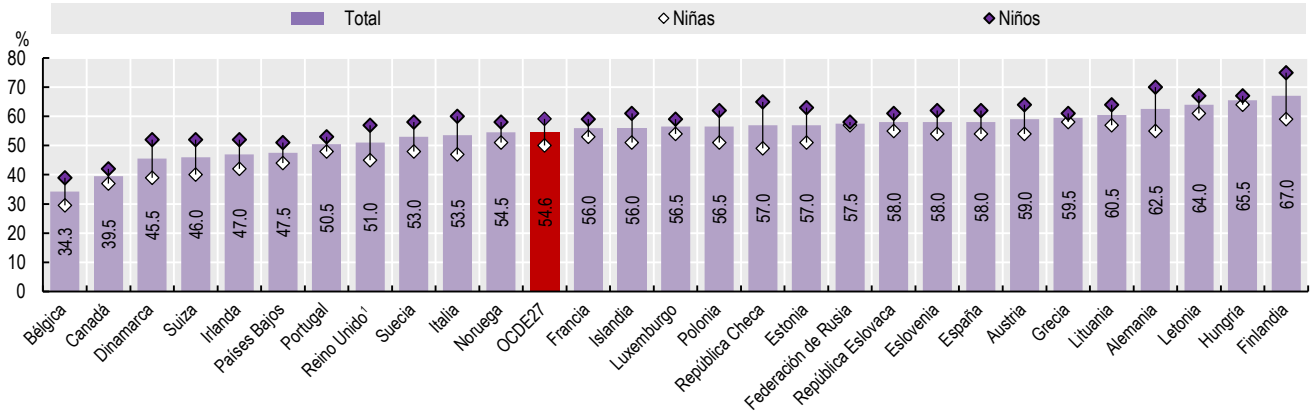
Definición y comparabilidad

Los datos provienen de las encuestas *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2013-2014 y 2017-2018. Los datos se derivan de muestras de escuelas de 1 500 niños y adolescentes en cada grupo de edad (11, 13 y 15 años) en la mayoría de los países.

Los hábitos alimenticios se miden en términos de la proporción de jóvenes que reportan no consumir fruta ni vegetales (al menos una vez) diariamente, y la proporción de aquellos que reportan consumir bebidas azucaradas (al menos una vez) diariamente. Se preguntó a los jóvenes con qué frecuencia comen fruta y vegetales y consumen bebidas azucaradas. Las opciones de respuesta variaron de "nunca" a "diariamente, más de una vez". No se mencionan referencias a no incluir jugos, sopa o papas en las preguntas de la encuesta. Además de las frutas y los vegetales, y las bebidas azucaradas, la nutrición sana incluye otros tipos de comida.

Los datos para actividad física consideran la proporción de jóvenes que reportan al menos 60 minutos de actividad física de moderada a intensa todos los días. Esto se refiere a ejercicio que aumenta la frecuencia cardiaca, y en ocasiones deja al niño sin aliento, practicado al menos una hora diariamente.

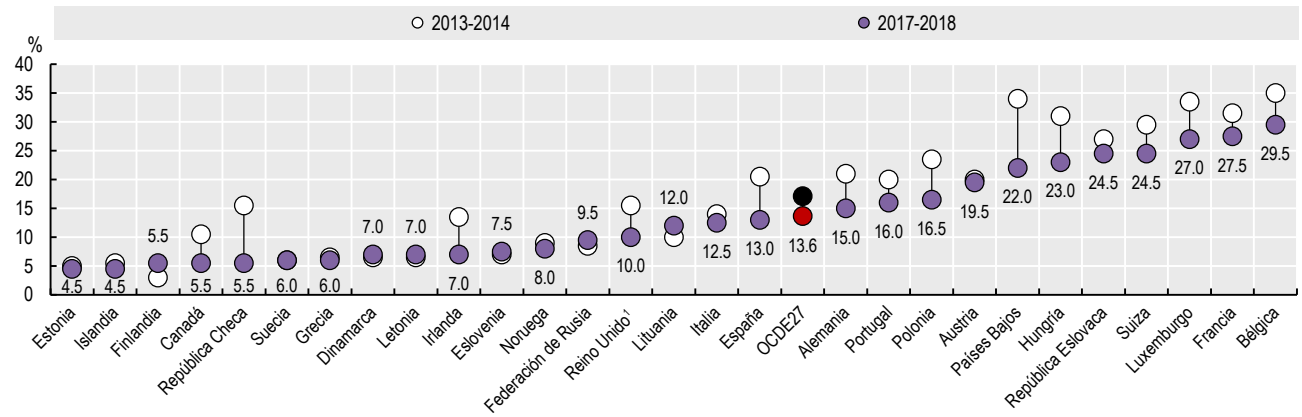
Figura 4.12. **Proporción de adolescentes de 15 años que no consumen fruta o vegetales diariamente, por género, 2017-2018**



1. Los datos incluyen Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/fmnshw

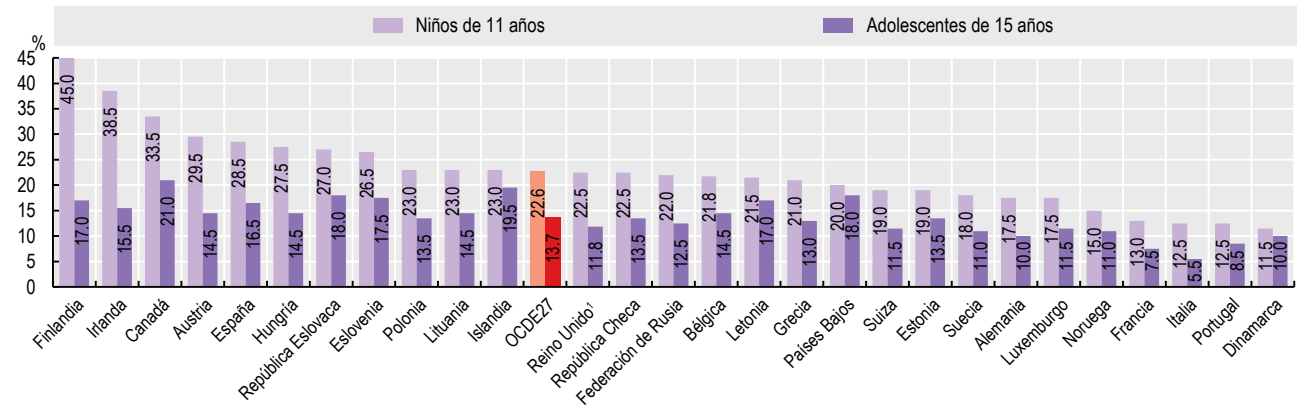
Figura 4.13. **Proporción de adolescentes de 15 años que consumen bebidas azucaradas diariamente, 2013-2014 y 2017-2018**



1. Los datos incluyen Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Inchley et al. (2020[19]); Inchley et al. (2016[12]).

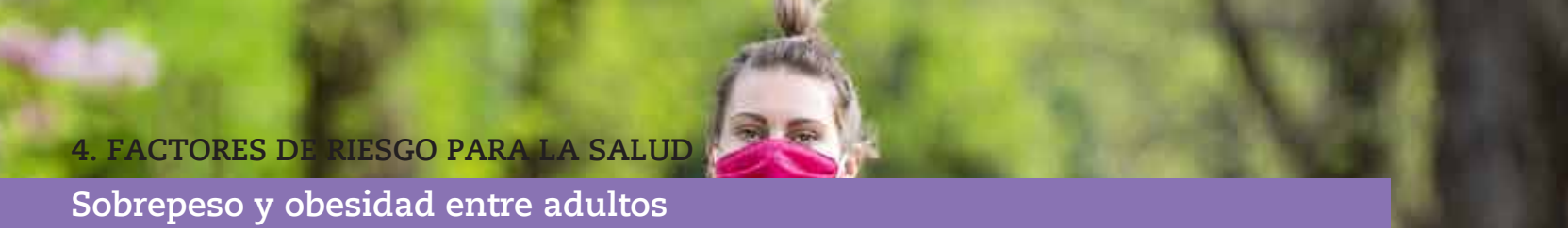
StatLink https://stat.link/zdex61

Figura 4.14. **Proporción de adolescentes de 15 años y niños de 11 años que reportan al menos 60 minutos de actividad física de moderada a intensa diariamente, 2017-2018**



1. Los datos incluyen Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/rjt0zi



Sobrepeso y obesidad entre adultos

Tener sobrepeso, incluyendo la pre-obesidad y la obesidad, es un factor de riesgo muy importante de varias enfermedades no transmisibles, incluyendo la diabetes, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer (OECD, 2019[28]). Se prevé que las enfermedades relacionadas con el sobrepeso disminuyan la esperanza de vida en 2.7 años en promedio en los países de la OCDE durante los próximos 30 años; y también se espera que generen costos de tratamiento equivalentes a 8.4% del gasto en salud (OECD, 2019[28]). El consumo elevado de alimentos altamente calóricos, grasas trans y saturadas, y los estilos de vida cada vez más sedentarios han contribuido al incremento de los índices mundiales de obesidad. Se estima que el índice de masa corporal alto causó 5 millones de muertes en el mundo en 2019 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020[36]). Además, la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar síntomas graves de COVID-19 y de morir a causa de esta enfermedad (Katz, 2021[37]; Tartof et al., 2020[38]). Más allá de las condiciones médicas y de salud, la obesidad tiene repercusiones sociales y económicas más amplias. Las mujeres y los hombres con menores ingresos tienen más probabilidades de ser obesos, lo que refuerza la desigualdad. Las personas con al menos una enfermedad crónica asociada al sobrepeso tienen menos probabilidades de estar empleadas; cuando están trabajando, tienen más probabilidades de ausentarse o ser menos productivas que las personas sanas (OECD, 2019[28]).

Los datos medidos de estatura y peso en 20 países de la OCDE con datos comparables muestran que en promedio 60% de los adultos tenían sobrepeso u obesidad en 2019 (Figura 4.15). En 17 de estos 20 países para los que los datos medidos están disponibles, más de la mitad de la población de adultos tenía sobrepeso u obesidad en 2019. Para México, Chile y Estados Unidos, esta proporción rebasó 70%. En contraste, en Japón y Corea, menos de 35% de los adultos tenían sobrepeso u obesidad. Los hombres son más propensos que las mujeres a tener sobrepeso u obesidad en casi todos los países, excepto en Chile, Letonia, México y Turquía. La brecha de género fue relativamente amplia en Australia, Alemania y Hungría (una diferencia de 14 a 16 puntos porcentuales).

Como alternativa a los datos medidos, los países pueden monitorear la obesidad con datos autoreportados de esta tura y peso, aunque estos cálculos son menos confiables, y típicamente más bajos que los que se basan en datos medidos. En los 16 países de la OCDE que no disponen de datos medidos, los índices de sobrepeso autoreportado (incluyendo obesidad) variaron de 41.8% en Suiza a 58.4% en Islandia en 2019 (Figura 4.16). Como ocurre con los datos medidos, los hombres tienen mayor propensión que las mujeres al sobrepeso o la obesidad en todos los países. La brecha de género fue relativamente amplia en República Checa, Luxemburgo, República Eslovaca y Suiza (una diferencia de 18 a 20 puntos porcentuales).

La proporción de adultos con sobrepeso y obesos se incrementó entre 2009 y 2019 en casi todos los países de la OCDE, incluyendo aquellos en los que los índices eran relativamente bajos (Figura 4.17); como Japón, donde se incrementó en 2.1 puntos porcentuales; y Corea, donde hubo un incremento de 3.2 puntos porcentuales. En los países con índices relativamente altos de adultos obesos y con sobrepeso, la proporción también aumentó –en 10.1 puntos porcentuales en México, 9.7 puntos porcentuales en Chile y 9 puntos porcentuales en Turquía. Los índices de sobrepeso y obesidad en Canadá, Francia e Irlanda, permanecieron estables entre 2009 y 2019, y se incrementaron en una medida relativamente menor en Nueva Zelanda.

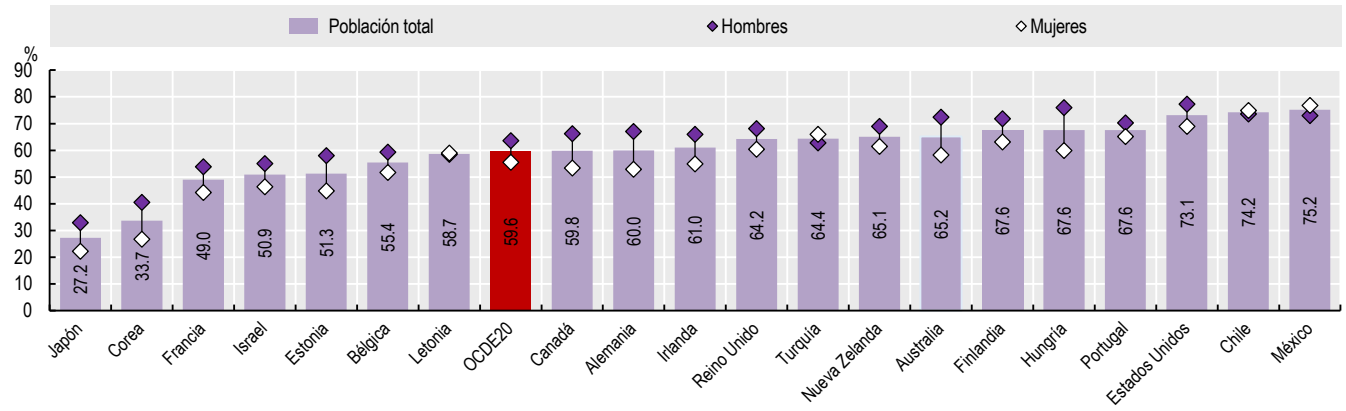
Los países miembros de la OCDE han implantado un conjunto de iniciativas regulatorias y no regulatorias para reducir los índices de población con sobrepeso. Los ejemplos más importantes incluyen campañas en medios para promover los beneficios de la alimentación sana, promoción de educación y habilidades para una buena nutrición, impuestos a las comidas y bebidas de alto contenido energético para desalentar su consumo, etiquetado simplificado de los alimentos para comunicar el valor nutricional, y acuerdos con la industria de alimentos para mejorar el valor nutricional de los productos. La promoción de la actividad física y la reducción del sedentarismo también ayudan a atender el problema de obesidad. Por ejemplo, un tercio de los países de la OCDE han implantado la prescripción de actividad física por parte de los médicos de atención primaria. Se pueden identificar iniciativas innovadoras de programas en los centros de trabajo para el bienestar y la reducción del comportamiento sedentario, por ejemplo, en Japón e Irlanda, aunque su implantación no es relativamente poco frecuente (OECD, 2019[28]).

Definición y comparabilidad

El sobrepeso se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa, que representa un riesgo para la salud. La medida más frecuentemente usada es el índice de masa corporal (IMC), que es un número simple que evalúa el peso de un individuo en relación con su estatura (dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado). Con base en las clasificaciones de la OMS, los adultos mayores de 18 años con un IMC igual o superior a 25 se definen como preobesos, y aquellos con un IMC igual o superior a 30, como obesos. Los datos provienen de fuentes nacionales –en algunos casos pueden diferir de los datos mostrados en el informe de la OCDE de 2019 sobre obesidad, que utiliza datos de *Global Health Observatory* de la OMS, con estimados estandarizados por edad y otras diferencias metodológicas. El sobrepeso incluye preobesidad y obesidad. El método de cálculo de IMC es el mismo para hombres y mujeres, y adultos de cualquier edad. Los datos de IMC también se pueden recolectar usando estimaciones autoreportadas de peso y estatura. Los cálculos de IMC basados en datos autoreportados son típicamente más bajos y menos confiables que los que se basan en datos medidos.

Este indicador presenta estadísticas oficiales recolectadas en la base de datos *OECD Health Statistics 2021*. Para índices de sobrepeso autoreportados (incluyendo obesidad), estas estadísticas se complementaron con datos de la tercera entrega del *European Health Interview Survey* (2019) para Dinamarca (los datos más recientes son de 2017) y Polonia (los datos más recientes son de 2014).

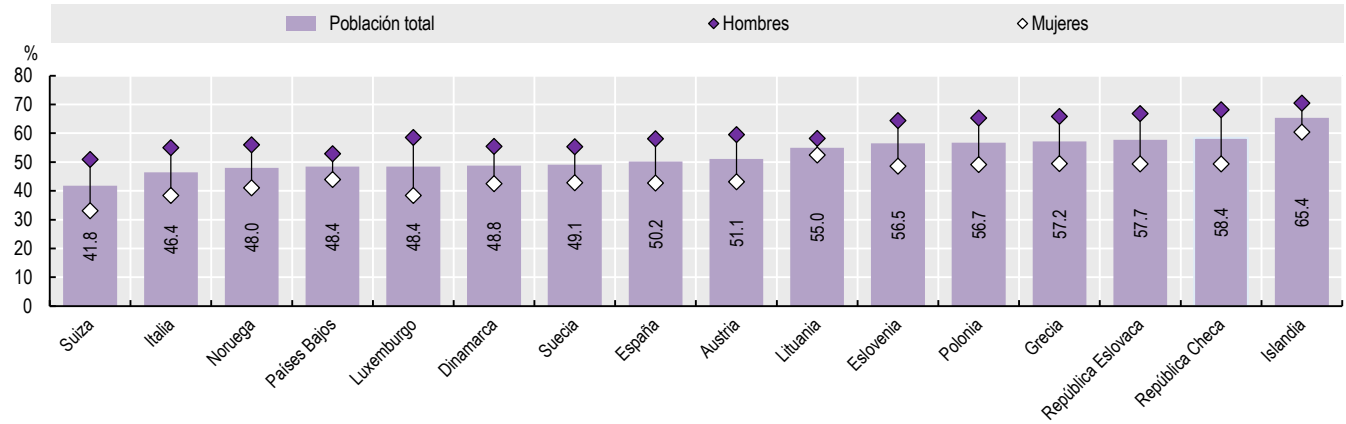
Figura 4.15. **Índices de sobrepeso medido (incluyendo obesidad) entre adultos, por género, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/oafmn2

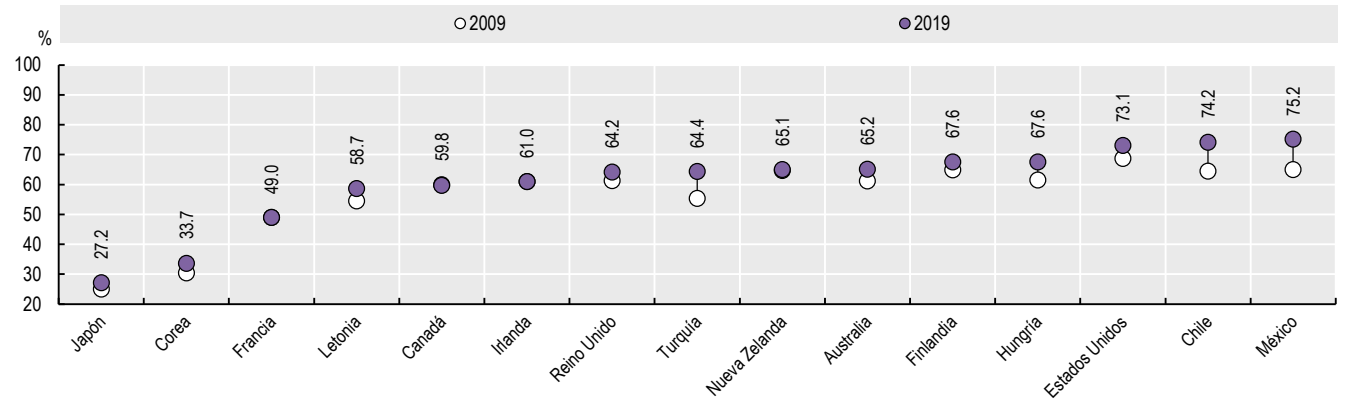
Figura 4.16. **Índices de sobrepeso autoreportado (incluyendo obesidad) entre adultos, por género, selección de países, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/4husfv

Figura 4.17. **Evolución de los índices de sobrepeso medido (incluyendo obesidad), 2009 y 2019 (o años más cercanos)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/fzgj1h

Sobrepeso y obesidad entre adolescentes

Los índices de sobrepeso infantil, incluyendo preobesidad y obesidad, han estado aumentando en todo el mundo en las últimas décadas. Los factores ambientales, preferencias de estilo de vida, configuración genética y cultura, pueden causar sobrepeso en los niños. Los niños obesos tienen un riesgo más alto de desarrollar hipertensión y desórdenes metabólicos. Psicológicamente, la obesidad puede causar baja autoestima, desórdenes de alimentación y depresión. Más aún, la obesidad puede ser una barrera para participar en actividades educativas y recreativas. La obesidad infantil es particularmente preocupante, pues es un pronóstico importante de obesidad en la edad adulta, que se asocia con diabetes, enfermedades cardiacas y ciertos tipos de cáncer (WHO, 2018[39]; OECD, 2019[28]). El confinamiento durante la pandemia de COVID-19 y los cierres de escuelas alteraron las vidas de niños y adolescentes, incluyendo sus hábitos alimenticios y actividades físicas. La evidencia de varios países, como China y Estados Unidos, muestra que los índices de obesidad en niños y adolescentes se incrementaron como resultado de la crisis de COVID-19 (Stavridou et al., 2021[40]).

El análisis de los datos pre-COVID-19 muestra que en promedio, 18.3% de los adolescentes de 15 años tenían sobrepeso u obesidad en 27 países de la OCDE en el período 2017-2018 (Figura 4.18). En Canadá, Hungría, Portugal, Luxemburgo, Grecia, Eslovenia, Alemania, Islandia, Austria y República Checa, esta cifra rebasó 20%. En contraste, en Países Bajos, Irlanda y Francia, los índices fueron inferiores a 15%. El índice de obesidad juvenil se incrementó en promedio de 16.6% a 18.3% entre 2009-2010 y 2017-2018 en 27 países de la OCDE. El índice se incrementó en 23 países de la OCDE, mientras que decreció de forma marginal en Polonia, Grecia e Italia (de 3 a 4 puntos porcentuales), y de forma más significativa en Irlanda (en 18 puntos porcentuales). El crecimiento fue mayor en Lituania, Bélgica, Estonia y Rusia, donde se incrementó en 40 y 60%. En el otro extremo de la escala, Islandia, Eslovenia y Canadá registraron incrementos del índice de 5% o menos. En Estados Unidos, 41.5% de los niños y adolescentes de 2 a 19 años tenían sobrepeso u obesidad en 2017-2018, en comparación con 37.4% en 2009-2010, según los datos de NHANES (Fryar, Carroll y Afful, 2020[41]). Se observó una evolución similar entre los niños más pequeños, con niveles más altos de sobrepeso. Casi un tercio de los niños de 5 a 9 años tenían sobrepeso u obesidad en los países de la OCDE en 2016. Esta proporción aumentó más de 10 puntos porcentuales entre 1990 y 2016 (OECD, 2019[42]).

La proporción de niños con sobrepeso rebasó la de niñas en los 27 países de la OCDE incluidos (Figura 4.19). En promedio, en todos los países, 22.1% de los niños de 15 años de edad tenían sobrepeso u obesidad, mientras que esta proporción fue de 14.5% entre las niñas en 2017-2018. Los países con las brechas de género más amplias –de niños con más sobrepeso que las mujeres– fueron Grecia, Polonia, Italia y República Checa (una diferencia de 12 a 18 puntos porcentuales). La brecha entre niños y niñas fue más angosta en Irlanda, Suecia y Portugal (menos de 3 puntos porcentuales).

Las desigualdades sociales en sobrepeso fueron visibles en todos los países incluidos, con sobrepeso y obesidad juvenil más prevalente entre aquellos con estatus socioeconómico inferior. En 27 países de la OCDE, 25.7% de los adolescentes de familias con menores ingresos tenían sobrepeso u obesidad en comparación con 15.7% de los de familias de ingresos más altos (Figura 4.20). Las diferencias más grandes se presentaron en Reino Unido, España, Bélgica, Grecia y Alemania (de 13 a 26 puntos porcentuales), mientras que en Irlanda, Finlandia, República Eslovaca y Rusia, las diferencias fueron relativamente menores (2 a 4 puntos porcentuales).

La obesidad infantil es un problema complejo, y sus causas son multifactoriales. Por ello, la respuesta ha sido la aplicación de un conjunto de políticas complementarias en las que participan las partes interesadas del gobierno, los líderes comunitarios, las escuelas, los profesionales de la salud y la industria. Las políticas más utilizadas para modificar los comportamientos individuales o el entorno obesogénico incluyen una regulación más estricta de la publicidad de alimentos y bebidas poco saludables dirigida a los niños; un mejor acceso a los parques y zonas de juego; políticas de reformulación de los alimentos; e intervenciones sobre los precios para promover un estilo de vida saludable (OECD, 2019[28]).

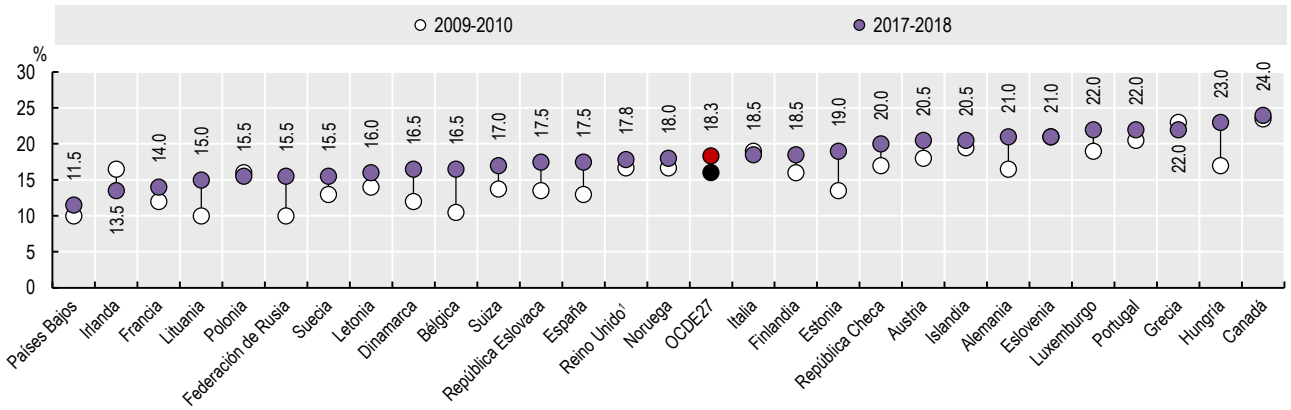
Definición y comparabilidad

Los datos provienen de las encuestas *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) que incluyen hasta 30 países de la OCDE y Rusia. En los períodos 2009-2010 y 2017-2018, se publicaron indicadores comparables de sobrepeso y obesidad juvenil. Los datos se derivan de muestras de escuelas de 1 500 niños y adolescentes en cada grupo de edad (11, 13 y 15 años de edad) en la mayoría de los países.

Los índices de sobrepeso y obesidad se calculan usando el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado. Se considera que los menores de 5 a 19 años tienen sobrepeso si su IMC por edad es superior a una desviación estándar por encima de la mediana de los estándares de crecimiento infantil de la OMS. Los menores con IMC por edad de dos desviaciones estándar por encima de la mediana se clasifican como obesos.

La Escala de Ingreso Familiar es una aproximación del estatus socioeconómico desarrollada dentro de las encuestas HBSC. La Escala incluye artículos que reflejan los bienes materiales del hogar. Esta medida supera el problema de los datos que faltan en la información recabada con los menores sobre las ocupaciones y los niveles de educación de sus padres.

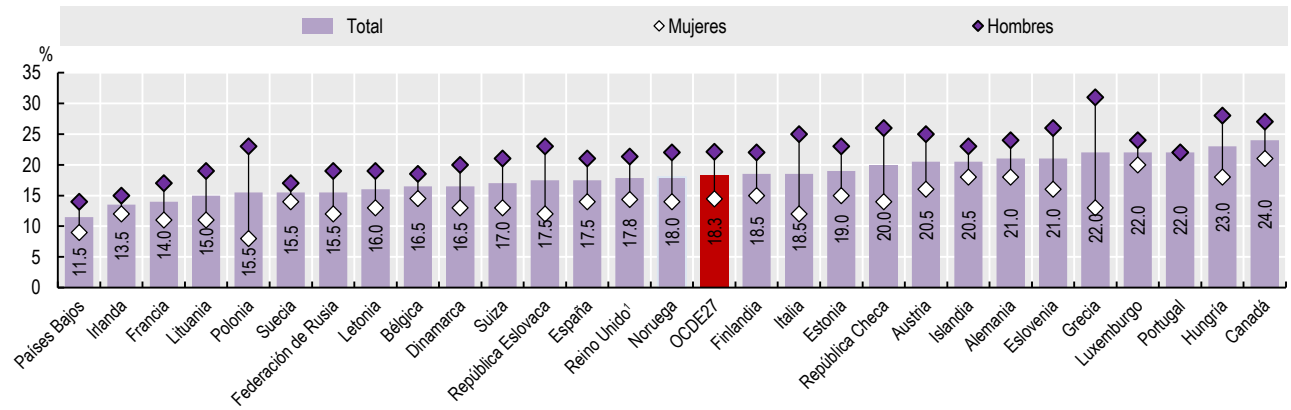
Figura 4.18. **Sobrepeso autoreportado (incluyendo obesidad) entre adolescentes de 15 años, 2009-2010 y 2017-2018**



1. Los datos incluyen Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Inchley et al. (2020[19]); Currie et al. (2012[43]).

StatLink https://stat.link/75k2tx

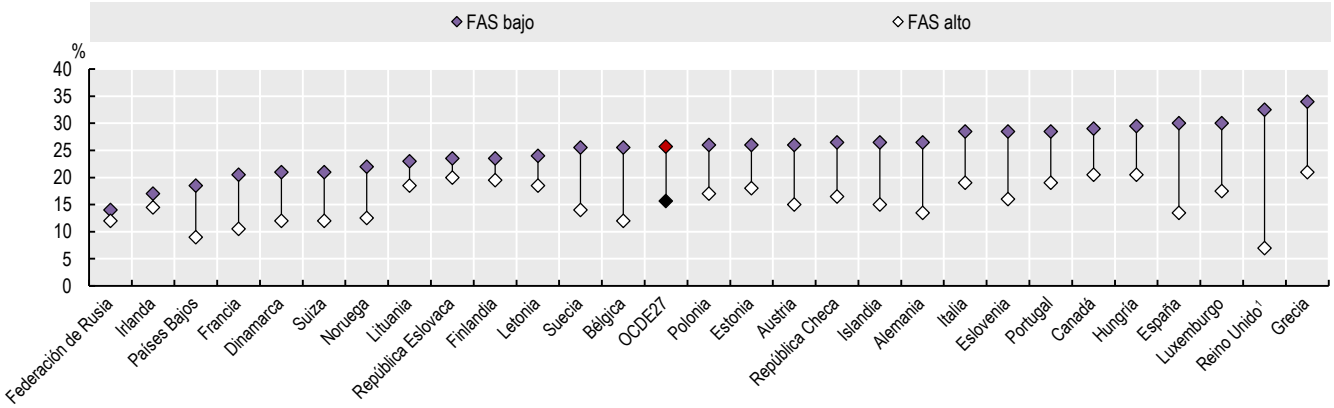
Figura 4.19. **Sobrepeso autoreportado (incluyendo obesidad) entre adolescentes de 15 años, por género, 2017-2018**



1. Los datos incluyen Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/l74tus

Figura 4.20. **Sobrepeso autoreportado (incluyendo obesidad) entre niños y adolescentes de 11, 13 y 15 años, por nivel de ingreso familiar, 2017-2018**



Nota: Escala de Ingreso Familiar (FAS, por sus siglas en inglés). 1. Los datos incluyen Inglaterra, Escocia y Gales.
Fuente: Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/g07xbm

Contaminación del aire y degradación ambiental

El cambio climático es uno de los más grandes desafíos para generaciones en el presente y el futuro. Está vinculado a muchos tipos diferentes de afectación ambiental, incluyendo contaminación del aire y temperaturas extremas. La contaminación del aire es ya el riesgo ambiental para la salud más significativo, una de las principales causas de muerte y discapacidad, y su impacto en el futuro será probablemente aún mayor sin acciones políticas adecuadas. Las proyecciones estiman que la contaminación exterior del aire puede causar entre 6 y 9 millones de muertes prematuras al año en todo el mundo hacia 2060, y costar 1% del producto interno bruto mundial (PIB) como resultado de permisos por enfermedad, gastos médicos y reducción de la producción agrícola (OECD, 2015[44]).

Entre los países de la OCDE, la contaminación (exterior) por partículas ambientales (especialmente PM 2.5) causó alrededor de 29 muertes por cada 100 000 habitantes en 2019 (Figura 4.21). Las tasas de mortalidad variaron de más de 60 muertes por cada 100 000 habitantes en República Eslovaca, Hungría y Polonia, a menos de 7 muertes por cada 100 000 habitantes en Suecia, Nueva Zelanda e Islandia. En países socios, las tasas de mortalidad fueron particularmente altas en India (alrededor de 72 muertes por cada 100 000 habitantes) y China (alrededor de 99 muertes por cada 100 000 habitantes); también fueron más altas en Rusia e Indonesia que en la mayoría de los países de la OCDE. Desde 2000, la mortalidad por cada 100 000 habitantes por la contaminación por partículas ambientales se ha reducido en forma notable –en 25% en promedio– en la mayoría de los países de la OCDE, aunque aumentó en siete países en ese período (Chile, Colombia, Costa Rica, México, Japón, Corea y Turquía). En el mismo período, la mortalidad creció rápidamente en varios países socios –43% en Indonesia, 58% en China y 97% en India.

Las temperaturas extremas son también una consecuencia del cambio climático. Tanto el calor como el frío extremos pueden causar problemas de salud y la muerte. En los países de la OCDE el frío extremo ha tenido en general un mayor impacto en la mortalidad que las olas de calor, particularmente en Europa del este y los países nórdicos –aunque las olas de calor han causado un número importante de muertes en algunos años. El récord de alta temperatura en el verano de 2003, por ejemplo, causó alrededor de 80 000 muertes en Europa, y las olas de calor del verano de 2015 causaron más de 3 000 muertes sólo en Francia. Más aún, la ola de calor de 2021 en el oeste de Canadá y Estados Unidos causó cientos de muertes, especialmente de adultos mayores. Se rompieron récords de temperatura, y los científicos han determinado que la ola de calor hubiera sido "virtualmente imposible" sin el cambio climático (Philip et al., 2021[45]).

Aunque los orígenes del SARS-CoV-2 no han sido determinados en forma definitiva, la pandemia ha llamado la atención sobre el impacto de la degradación ambiental y los posibles efectos de los cambios en el uso de la tierra en la propagación de enfermedades de los animales a los seres humanos. Aún antes de la COVID-19, se descubrió que varias pandemias recientes que causaron preocupación mundial –incluyendo SARS, la pandemia de influenza H1N1 de 2009, y síndrome respiratorio por el coronavirus del Medio Oriente– se originaron en animales antes de pasar a seres humanos. La degradación continua de los ecosistemas naturales, incluyendo la pérdida o el cambio de hábitats clave para la vida silvestre debido a los cambios en el uso de la tierra, ha supuesto una amenaza creciente para la biodiversidad y un aumento del riesgo de transmisión de nuevas enfermedades zoonóticas de la vida silvestre a los seres humanos (Plowright et al., 2021[46]).

Entre 2000 y 2014, las superficies edificadas aumentaron más de 15% en promedio en los países de la OCDE (Figura 4.22). Este aumento fue menor en Japón y Reino Unido –dos países cuya proporción total de suelo dedicado a zonas edificadas es superior al promedio de la OCDE– pero el incremento de zonas edificadas fue 30% en México y Noruega entre 2000 y 2014. El incremento fue notablemente alto en varios países de la OCDE con densidad de población relativamente baja, incluyendo Finlandia y Noruega. Los países socios de la OCDE también tuvieron índices altos de cambio en el uso del suelo, con un crecimiento de 34% en el área construida en China, y de 30% en India en el mismo periodo. En los países de la OCDE, el desarrollo de superficies mayormente artificiales, incluyendo edificaciones, se construyó principalmente en lo que solían ser tierras de cultivo, mientras que las áreas naturales y seminaturales permanecieron en su mayoría estables (OECD, 2021[47]).

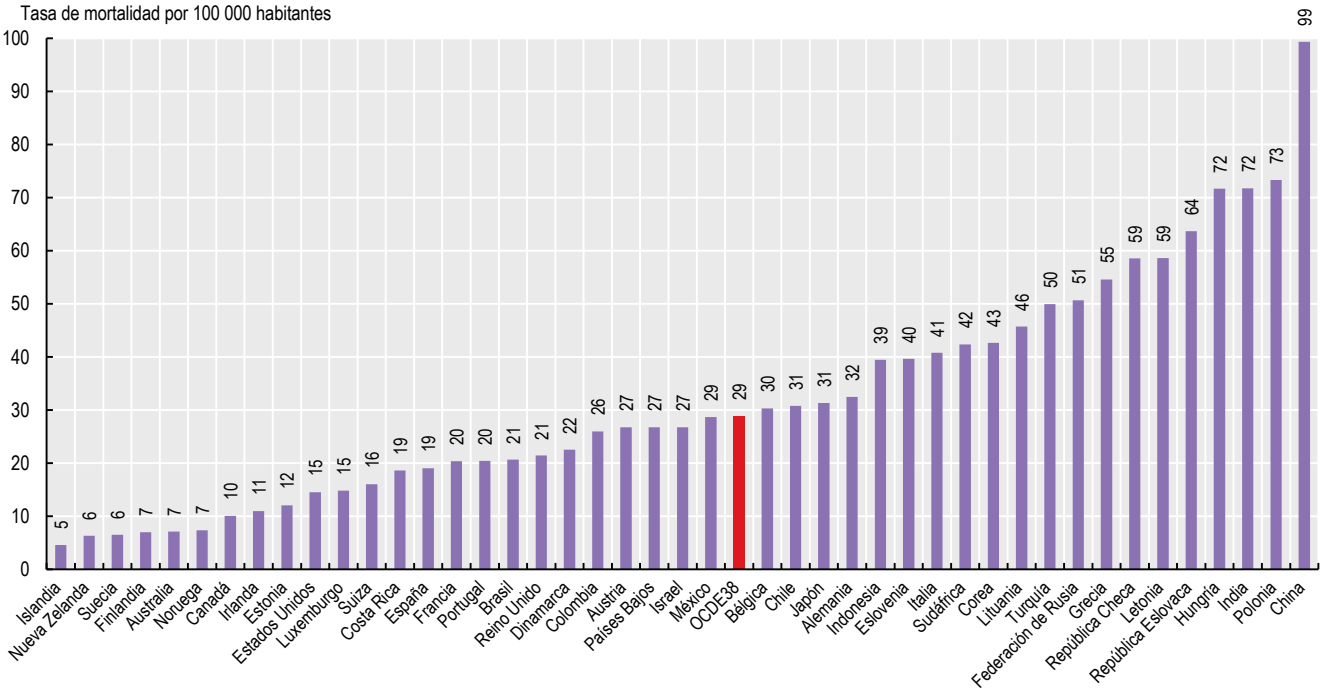
Se requieren políticas intersectoriales para abordar el impacto del cambio climático. Los países pueden comenzar la planeación para abordar la contaminación y sus impactos en la salud, por ejemplo, creando asociaciones con diferentes actores internacionales, nacionales y locales, incluyendo las autoridades locales en las ciudades y los ministerios de industria, ambiente, transporte y agricultura. La reducción de la quema de rastrojos y de emisiones de vehículos de motor e industrias podría disminuir la contaminación del aire en el ambiente. Los sistemas de salud también pueden contribuir, preparándose para las enfermedades nuevas que pueden desarrollarse con condiciones climáticas y de biodiversidad diferentes; promoviendo el consumo de alimentos cultivados y obtenidos de manera sustentable; y disminuyendo la huella de carbón de las instalaciones sanitarias. Adicionalmente, los proveedores de servicios de salud pueden reducir la huella ambiental en hospitales y casas de reposo, fomentando el consumo de comida más saludable, la reducción de residuos y el uso eficiente de energía (Landrigan et al., 2018[48]; OECD, 2017[49]).

Definición y comparabilidad

La contaminación (exterior) por partículas ambientales resulta de las emisiones de la actividad industrial, los hogares, autos y camiones, que son una mezcla compleja de contaminantes, muchos de los cuales son dañinos para la salud. De todos estos contaminantes, las partículas finas, incluso en niveles bajos, tienen el efecto más serio en la salud humana. Los combustibles contaminantes incluyen sólidos como madera, carbón mineral, estiércol animal, carbón de leña, rastrojos y queroseno. Los datos de mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad por exposición a riesgos ambientales, provienen de los resultados del estudio *Global Burden of Disease* (GBD) *Study* de 2019 (Abbafati et al., 2020[50]).

Los datos sobre las superficies edificadas provienen de *Land Cover Annual Maps* de la *Copernicus/European Space Agency* y la *Université catholique de Louvain Geomatics Climate Change Initiative*.

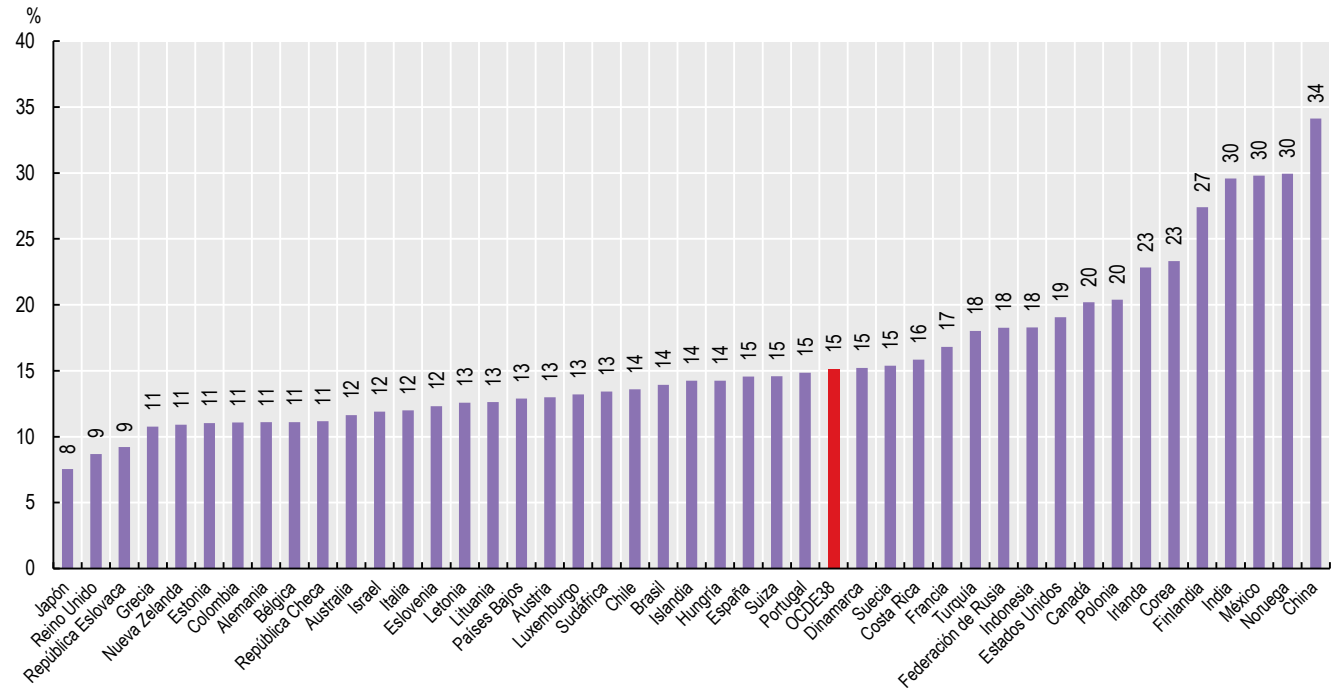
Figura 4.21. **Muertes prematuras atribuibles a contaminación por partículas ambientales, 2019**



Fuente: OECD Environment Statistics, 2020.

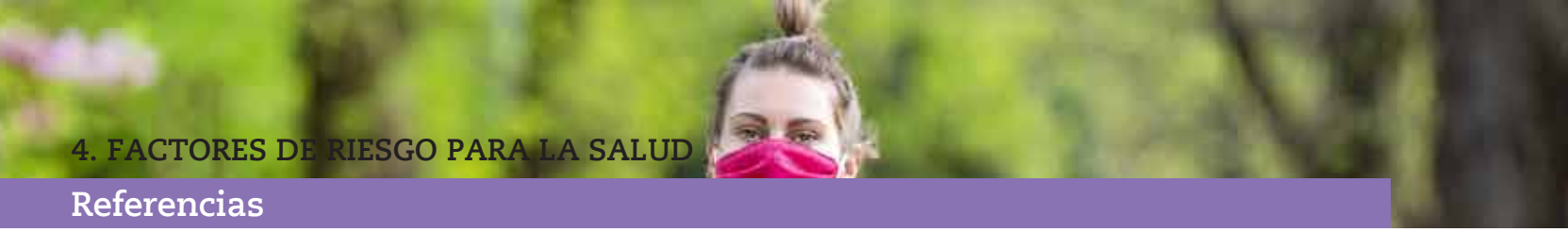
StatLink https://stat.link/isdgaw

Figura 4.22. **Cambio en el uso de suelo: incremento de zonas edificadas, 2000-2014**



Fuente: OECD Environment Statistics, 2020.

StatLink https://stat.link/m3fb1



Referencias

[50]Abbafati, C. et al. (2020), "Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet*, vol. 396/10258, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2*.

[15]Chatterji, P. y J. DeSimone (2005), *Adolescent Drinking and High School Dropout*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, disponible en *http://dx.doi.org/10.3386/w11337*.

[43]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*, World Health Organization, Copenague, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/326406*.

[16] EMCDDA Joint Publications, P. (ed.) (2020), *ESPAD Report 2019, Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, https://europa.eu/!Xy37DU* (obtenido el 17 de septiembre, 2021).

[14] Enstad, F. et al. (2019), "Predicting hazardous drinking in late adolescence/young adulthood from early and excessive adolescent drinking: A longitudinal cross-national study of Norwegian and Australian adolescents", *BMC Public Health*, vol. 19/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7099-0*.

[41] Fryar, C., M. Carroll y J. Afful (2020), *Prevalence of Overweight, Obesity, and Severe Obesity Among Children and Adolescents Aged 2-19 Years: United States, 1963-1965 through 2017-2018*, National Center for Health Statistics, Hayatsville, disponible en *http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.14590*.

[4] Gendall, P. et al. (2021), "Changes in Tobacco Use During the 2020 COVID-19 Lockdown in New Zealand", *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 23/5, pp. 866-871, disponible en *http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntaa257*.

[21] Graf, S. y M. Cecchini (2017), "Diet, physical activity and sedentary behaviours: Analysis of trends, inequalities and clustering in selected OECD countries", *OECD Health Working Papers*, núm. 100, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/54464f80-en*.

[20] Guerin, N. y V. White (2020), *ASSAD 2017 Statistics & Trends: Australian Secondary Students' Use of Tobacco, Alcohol, Over-the-counter Drugs, and Illicit Substances. Second Edition*, Cancer Council Victoria, Melbourne.

[3] Guignard, R. et al. (2021), "Changes in smoking and alcohol consumption during COVID-19-related lockdown: a cross-sectional study in France", *European Journal of Public Health*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckab054*.

[26] Guthold, R. et al. (2019), "Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants", *The Lancet child and Adolescent Health*, vol. 4, pp. 23-35, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2*.

[29] Hartley, L. et al. (2013), "Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2013/6, disponible en *http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009874.pub2*

[23] Hu, F. y V. Malik (2010), "Sugar-sweetened beverages and risk of obesity and type 2 diabetes: Epidemiologic evidence", *Physiology & behavior*, vol. 100/1, p. 47, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/J.PHYSBEH.2010.01.036*.

[19] Inchley, J. et al. (eds.) (2020), *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*, WHO Regional Office for Europe, Copenague, disponible en *https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-healthbehaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-2.-key-data*.

[12] Inchley, J. et al. (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, Copenague (DK), disponible en *http://apps.who.int/iris/handle/10665/326320*.

[22] Institute for Health Metrics and Evaluation (2020), *Diet low in Fruit, Vegetable and Legumes, http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/diet-low-in-legumes-level-3-risk* (obtenido el 15 de julio, 2021).

[36] Institute for Health Metrics and Evaluation (2020), *High body-mass index — Level 2 risk, http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/high-body-mass-index-level-2-risk* (obtenido el 15 de julio, 2021).

[37] Katz, M. (2021), *Regardless of Age, Obesity and Hypertension Increase Risks with COVID-19*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5415*.

[5] Koyama, S. et al. (2021), "Changes in Smoking Behavior Since the Declaration of the COVID-19 State of Emergency in Japan: A Cross-sectional Study From the Osaka Health App", *Journal of Epidemiology*, vol. 31/6, pp. 378-386, disponible en *http://dx.doi.org/10.2188/jea.je20200533*.

[48] Landrigan, P. et al. (2018), *The Lancet Commission on pollution and health*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0*.

[13] O'Cathail, S. et al. (2011), "Association of cigarette smoking with drug use and risk taking behaviour in Irish teenagers", *Addictive Behaviours*, vol. 36, pp. 547-550, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21315520/* (obtenido el 9 de junio, 2021).

[47] OECD (2021), *Environment at a Glance Indicators*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/ac4b8b89-en*.

[10] OECD (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en*.

[11] OECD (2021), "The effect of COVID-19 on alcohol consumption, and policy responses to prevent harmful alcohol consumption", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/53890024-en*.

[42] OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en*.

Referencias

[28] OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en*.

[49] OECD (2017), "Healthy people, Healthy planet: The role of health systems in promoting healthier lifestyles and a greener future", OECD, París, disponible en *https://www.oecd.org/health/healthy-people-healthy-planet.htm*.

[44] OECD (2015), *The Economic Consequences of Climate Change*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264235410-en*.

[45] Philip, S. et al. (2021), *Rapid attribution analysis of the extraordinary heatwave on the Pacific Coast of the US and Canada June 2021*.

[46] Plowright, R. et al. (2021), "Land use-induced spillover: a call to action to safeguard environmental, animal, and human health", *The Lancet Planetary Health*, vol. 5/4, pp. e237-e245, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s2542-5196(21)00031-0*.

[6] Reddy, R. et al. (2021), "The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Medical Virology*, vol. 93/2, disponible en *http://dx.doi.org/10.1002/jmv.26389*.

[2] Reitsma, M. et al. (2021), "Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990–2019", *The Lancet Public Health*, vol. 6/7, pp. e472-e481, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00102-x*.

[24] Rosinger, A. et al. (2017), *Sugar-sweetened beverage consumption among U.S. adults, 2011-2014 Examination Survey*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD, *https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db270_table.pdf#1*. (obtenido el 21 de septiembre, 2021).

[33] Rosinger, A. et al. (2017), *Sugar-sweetened beverage consumption among U.S. youth*, 2011–2014, National Center for Health Statistics, Hyattsville, *https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db271_table.pdf#2*. (obtenido el 21 de septiembre, 2021).

[31] Ruiz-Roso, M. et al. (2020), "Covid-19 confinement and changes of adolescent's dietary trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil", *Nutrients*, vol. 12/6, pp. 1-18, disponible en *http://dx.doi.org/10.3390/nu12061807*.

[7] Sánchez-Ramírez, D. y D. Mackey (2020), "Underlying respiratory diseases, specifically COPD, and smoking are associated with severe COVID-19 outcomes: A systematic review and meta-analysis", *Respiratory Medicine*, vol. 171, p. 106096, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106096*.

[40] Stavridou, A. et al. (2021), "Obesity in Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic", *Children*, vol. 8/2, p. 135, *http://dx.doi.org/10.3390/children8020135*.

[27] Stockwell, S. et al. (2021), "Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review", *BMJ Open Sp Ex Med*, vol. 7, p. 960, *http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000960*.

[38] Tartof, S. et al. (2020), "Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results From an Integrated Health Care Organization", *Annals of internal medicine*, vol. 173/10, disponible en *http://dx.doi.org/10.7326/M20-3742*.

[34] U.S. Department of Health and Human Services (n.d.), *Increase the proportion of adolescents who do enough aerobic physical activity*, Healthy People 2030, *https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/physical-activity/increase-proportion-adolescents-whodo-enough-aerobic-physical-activity-pa-06* (obtenido el 21 de septiembre, 2021).

[32] Wambogo, E. et al. (2020), *Fruit and Vegetable Consumption Among Children and Adolescents in the United States, 2015-2018*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, *https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm*. (obtenido el 21 de septiembre, 2021).

[25] Warburton, D., C. Nicol y S. Bredin (2006), "Health benefits of physical activity: the evidence", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174/6, p. 801, disponible en *http://dx.doi.org/10.1503/CMAJ.051351*.

[18] WHO (2021), *Tobacco control to improve child health and development: thematic brief*, Word Health Organization, Ginebra, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/340162*.

[8] WHO (2020), *Smoking and COVID-19: Scientific Brief*, World Health Organization, Ginebra, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/332895*.

[1] WHO (2020), *Tobacco - Fact sheets, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco* (obtenido el 22 de junio, 2021).

[9] WHO (2019), *WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use: executive summary*, World Health Organization, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/325968*.

[35] WHO (2018), *Global Action Plan On Physical Activity 2018-2030: More Active People For A Healthier World-2030*, World Health Organization, Ginebra, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/272721*.

[17] WHO (2018), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH): Sporting events by country*, World Health Organization, Ginebra, disponible en *https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1168?lang=en&showonly=GISAH*.

[39] WHO (2018), *Taking Action on Childhood Obesity*, World Health Organization, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/274792*.

[30] World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2018), *Wholegrains, vegetables and fruit and the risk of cancer. Continuous Update Project Expert Report 2018*.

5. ACCESO: ASEQUIBILIDAD, DISPONIBILIDAD Y USO DE SERVICIOS

Cobertura de población en servicios de salud

Necesidades de servicios de salud no atendidas

Alcance de la cobertura de servicios de salud

Dificultades financieras y gasto de bolsillo

Consultas médicas

Salud digital

Camas de hospital y ocupación

Altas hospitalarias y tiempo promedio de hospitalización

Tecnologías de diagnóstico

Reemplazo de cadera y rodilla

Cirugía ambulatoria

Tiempo de espera para cirugía electiva

Cobertura de población en servicios de salud

La proporción de una población cubierta por un conjunto básico de servicios de salud, ofrece una evaluación inicial del acceso a los servicios y protección financiera. Sin embargo, es solamente una medida parcial de cobertura y acceso. La cobertura universal de salud también depende de la variedad de servicios incluidos y el grado en que los costos para estos servicios se comparten. Estos servicios también deben ser de calidad. Los indicadores en este capítulo se enfocan en el acceso en términos de asequibilidad, disponibilidad y uso de servicios de salud, mientras que el Capítulo 6 proporciona indicadores de calidad y resultados del servicio.

La mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal (o casi universal) para un conjunto de servicios básicos, que normalmente incluye consultas médicas, análisis y estudios, y hospitalización (Figura 5.1). Los sistemas nacionales de salud o la seguridad social han sido normalmente los esquemas de financiamiento para alcanzar la cobertura universal de salud. Algunos países (Países Bajos y Suiza) han alcanzado universalidad a través de seguros médicos privados obligatorios –con respaldo de subsidios públicos y leyes sobre el ámbito y alcance de la cobertura.

En 2019, la cobertura de población para servicios básicos permaneció debajo de 95% en siete países de la OCDE, y debajo de 90% en México y Estados Unidos. México ha extendido la cobertura desde 2004, pero siguen habiendo brechas (OECD, 2016[1]). En Estados Unidos, la población sin seguro tiende a estar formada por adultos en edad laboral con niveles educativos y de ingresos más bajos –la proporción de personas sin asegurar decreció marcadamente de casi 13% en 2013, a 9% en 2015 (United States Census Bureau, 2018[2]), pero ha permanecido relativamente igual desde entonces. En Irlanda, aunque la cobertura es universal, menos de la mitad de la población está cubierta con el costo de las visitas de un médico general. Algunas propuestas recientes de reformas sugieren un despliegue gradual de cobertura de servicios básicos para toda la población (OECD/European Observatory of Health Systems and Policies, 2019[3]).

Más allá de los índices de cobertura de población, la satisfacción con la disponibilidad de servicios de salud de calidad ofrece más información sobre la efectividad de la cobertura. El sondeo mundial de Gallup recaba datos sobre la satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud y otros servicios públicos en el mundo. Aunque existen factores contextuales y culturales que tienen influencia en las respuestas a las encuestas, el sondeo permite comparar las opiniones de los ciudadanos a la misma pregunta. La satisfacción con la disponibilidad de servicios de salud de calidad promedió 71% en 37 países de la OCDE en 2020. Los ciudadanos en Noruega (93%), Bélgica y Países Bajos (ambos 92%) mostraron mayor tendencia a sentirse satisfechos, mientras que los de Polonia (26%), Grecia (38%) y Chile (39%) fueron los menos propensos a sentirse satisfechos (Figura 5.2).

En algunos países, los ciudadanos pueden adquirir cobertura de salud adicional con seguros médicos privados. Esto puede cubrir cualquier gasto compartido remanente después de la cobertura básica (seguro complementario), añadir servicios (seguro suplementario) o proveer acceso más rápido o mayor selección de proveedores (seguro duplicado). Entre 22 países de la OCDE con datos recientes comparables, siete tenían cobertura adicional de seguros privados para más de la mitad de la población en 2019 (Figura 5.3). Los seguros complementarios para cubrir costos compartidos son muy usados en Eslovenia y Corea (alrededor de 70% de la población). Israel y Países Bajos tuvieron el mercado más grande de seguros médicos suplementarios (más de 80% de la población), con seguros privados que cubren servicios dentales, fisioterapia, algunos medicamentos de prescripción y otros servicios que no son reembolsados por esquemas públicos. Irlanda y Australia tienen el mayor número de seguros duplicados privados. En Estados Unidos, un poco menos de 10% de la población tenía seguros médicos privados complementarios, además de 52.5% de la población norteamericana que tenía seguro médico privado para servicios básicos.

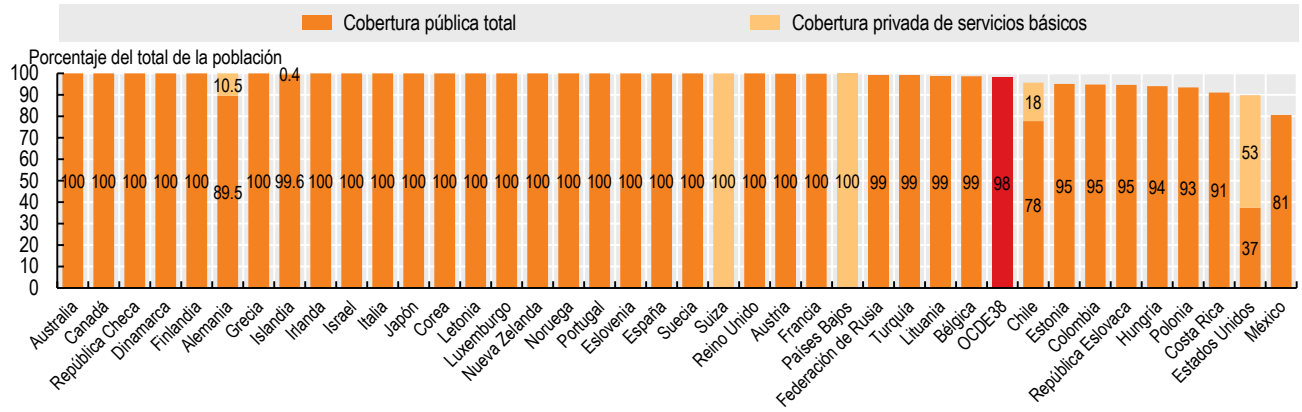
En la última década, la población cubierta por seguros médicos privados adicionales se ha incrementado en 20 de 25 países de la OCDE con datos comparables, aunque los incrementos son frecuentemente pequeños. Los cambios más marcados se han dado en Corea (20% adicional del total de la población). Existen diferentes factores que determinan la evolución de los seguros adicionales de gastos médicos privados, principalmente las disparidades en el acceso a servicios con financiamiento público e intervenciones gubernamentales en los mercados de seguros de gastos médicos privados.

Definición y comparabilidad

La cobertura de servicios de salud se define aquí como la proporción de la población elegible para recibir un conjunto básico de servicios para el cuidado de la salud –ya sea bajo esquemas públicos o seguro básico de gastos médicos privado. El conjunto de servicios es específico para cada país, pero normalmente incluye consultas médicas, análisis y estudios, y hospitalización. La cobertura pública incluye a los sistemas nacionales de salud y a la seguridad social. La mayor parte del financiamiento de los sistemas nacionales de salud proviene de recursos fiscales, mientras que en los sistemas de seguridad social, el financiamiento es normalmente una combinación de deducciones salariales e impuestos. En ambos, el financiamiento está vinculado con la posibilidad de pago. El seguro básico de gastos médicos privado se refiere a la cobertura de seguro para un conjunto de servicios básicos, y puede ser voluntario u obligatorio por ley (para algunos o toda la población). El seguro privado adicional es siempre voluntario. Las primas de los seguros voluntarios privados en general no están relacionadas con el ingreso, aunque la adquisición de cobertura privada puede estar subsidiada por el gobierno.

Los datos del sondeo mundial de Gallup usados en la Figura 5.2 se basan en general en una muestra representativa de al menos 1 000 ciudadanos en cada país de 15 años y mayores. Para 2020, los datos fueron recabados a partir de julio. Los encuestados respondieron a la pregunta "¿Está usted satisfecho o insatisfecho con la disponibilidad de servicios de salud de calidad en la ciudad o área donde vive?"

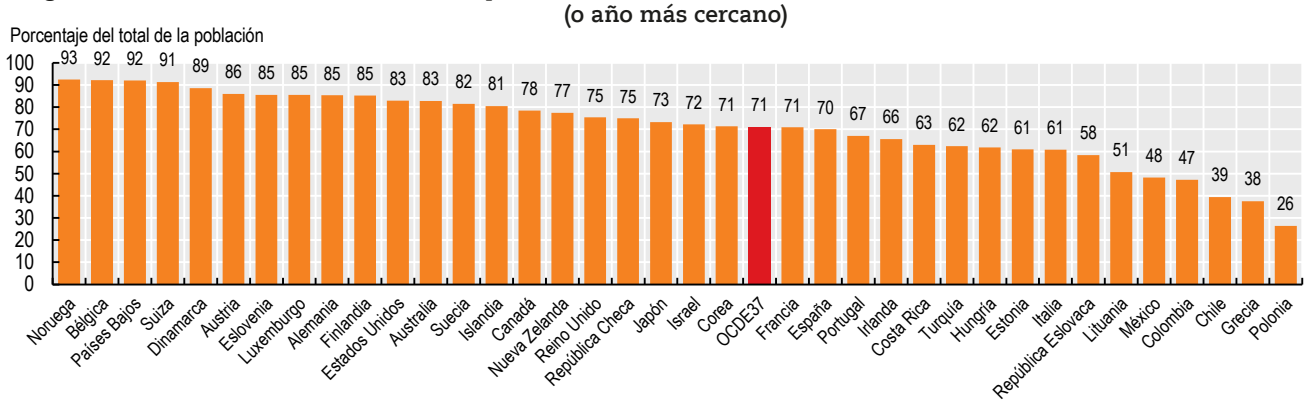
Figura 5.1. **Cobertura de población para un conjunto básico de servicios, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/q2ysgv

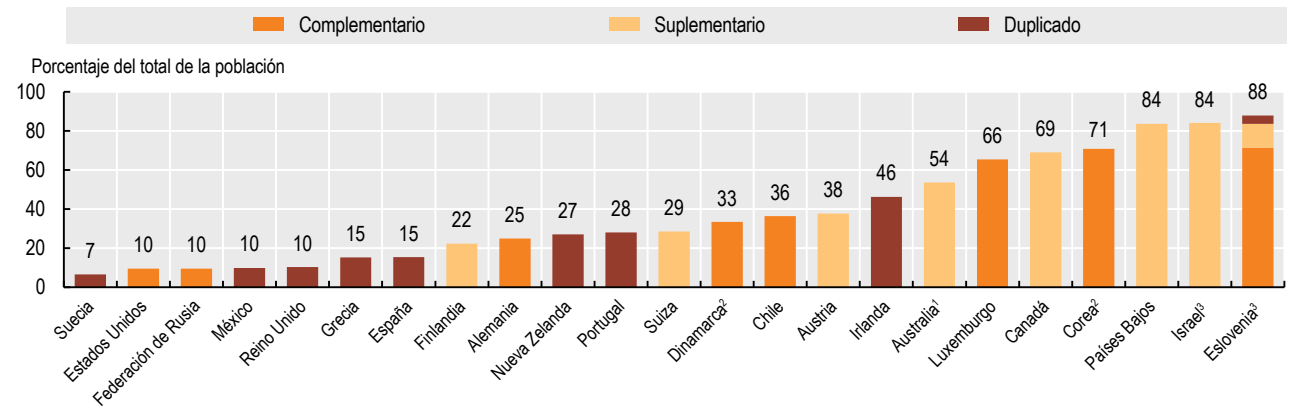
Figura 5.2. **Población satisfecha con la disponibilidad de servicios de salud de calidad en su área de residencia, 2020 (o año más cercano)**



Fuente: Gallup World Poll 2020 (base de datos).

StatLink https://stat.link/n1g468

Figura 5.3. **Cobertura de seguros médicos privados voluntarios, por tipo, 2019 (o año más cercano)**



Nota: Los valores se refieren a seguros médicos privados adicionales y voluntarios. Excluyen la cobertura de servicios básicos de seguros privados, que existe en Alemania, Chile, Estados Unidos, Países Bajos, y Suiza. 1. Puede ser duplicado y suplementario. 2. Puede ser complementario y suplementario. 3. Puede ser duplicado, complementario y suplementario.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/v8t3bm

Necesidades de servicios de salud no atendidas

Un principio fundamental en el que se sustentan todos los sistemas de salud en los países de la OCDE es proporcionar acceso a servicios de salud de alta calidad a toda la población, independientemente de sus circunstancias socioeconómicas. Sin embargo, el acceso puede ser limitado por diferentes razones, incluyendo la disponibilidad reducida o el costo de los servicios. Por lo tanto, las políticas públicas necesitan enfrentar los obstáculos financieros para la atención, y promover una provisión y distribución adecuada de la fuerza laboral dedicada a la salud y servicios de salud en todo el país (OECD, 2019[4]; 2020[5]).

En promedio en 27 países de la OCDE con datos comparables, solo 2.6% de la población en 2019 reportaron tener necesidades de servicios de salud no atendidas debido al costo, la distancia o los tiempos de espera (Figura 5.4). Sin embargo, en Estonia, más de 15% de la población reportó necesidades no atendidas. El acceso a los servicios de salud también fue limitado en Grecia, donde alrededor de 8% de la población reportó necesidades no atendidas. En España, Luxemburgo, Países Bajos, Alemania y Austria, menos de 0.5% de la población reportó necesidades de servicios de salud no atendidas. Las necesidades no atendidas suelen ser mayores en el caso de la atención dental que en el de la atención médica, lo que refleja el hecho de que la atención dental está solo parcialmente cubierta por los esquemas públicos en muchos países, y debe ser cubierta con gasto de bolsillo o con seguros médicos privados adicionales (véase el indicador "Alcance de la cobertura de servicios de salud").

Las disparidades socioeconómicas son significativas en la mayoría de los países: la población en el quintil de ingresos más bajos tiene más necesidades no atendidas que quienes tienen ingresos altos. El gradiente de ingreso más grande se observó en Grecia, Turquía, Letonia e Islandia en 2019, con una diferencia de más de 5 puntos porcentuales en la proporción de la población que reportó alguna necesidad no atendida entre los quintiles de ingresos más bajos y más altos. En Grecia, casi una de cada cinco personas (18%) en el quintil de ingresos más bajos reportó haber renunciado a algún servicio de salud que necesitaba, en comparación a solo 1% de la población en el quintil de ingresos más alto. En contraste, en Estonia, las personas en el quintil de ingresos más alto reportaron un poco más necesidades no atendidas que aquellos en el quintil de ingresos más bajo. Estos resultados se deben a que los individuos más acomodados tienden a señalar los tiempos de espera como causa de las necesidades insatisfechas.

A lo largo del tiempo, en 27 países de la OCDE, las necesidades de servicios de salud no atendidas han disminuido en los últimos años, desde que alcanzaron un pico alrededor de 2014 (Figura 5.5). Esta reducción ocurrió principalmente entre los grupos de población de menores ingresos (una disminución de casi 40% entre 2014 y 2019). Sin embargo, la brecha de necesidades de servicios de salud no atendidas entre grupos con diferentes niveles de ingreso sigue siendo amplia. En promedio en 2019, en 27 países de la OCDE, era casi tres veces más probable que la población en el quintil de ingresos más bajos reportara necesidades no atendidas que la población del quintil de ingresos más altos

La crisis de COVID-19 limitó el acceso a servicios de salud en 2020 en la mayoría de los países de la OCDE. En promedio, en 23 países de la OCDE con datos comparables, más de una de cada cinco personas reportó haber renunciado a un examen médico necesario o tratamiento durante los primeros 12 meses de la pandemia (Figura 5.6). Las necesidades de servicios de salud no atendidas fueron mayores en Hungría y Portugal, donde más de un tercio de la población declaró haber renunciado a un examen o tratamiento médico necesario durante la primera ola de la pandemia. La proporción de la población que renunció a la atención médica durante la pandemia fue comparativamente baja en Dinamarca, Austria y Alemania (menos del 15%). Una política de ajuste para mantener el acceso a los servicios durante la pandemia fue la adopción más amplia de servicios de telemedicina (véase el indicador "Salud digital"). Por ejemplo, en Canadá, la aplicación *Wellness Together* ayudó a mantener el acceso a los servicios durante la pandemia.

Definición y comparabilidad

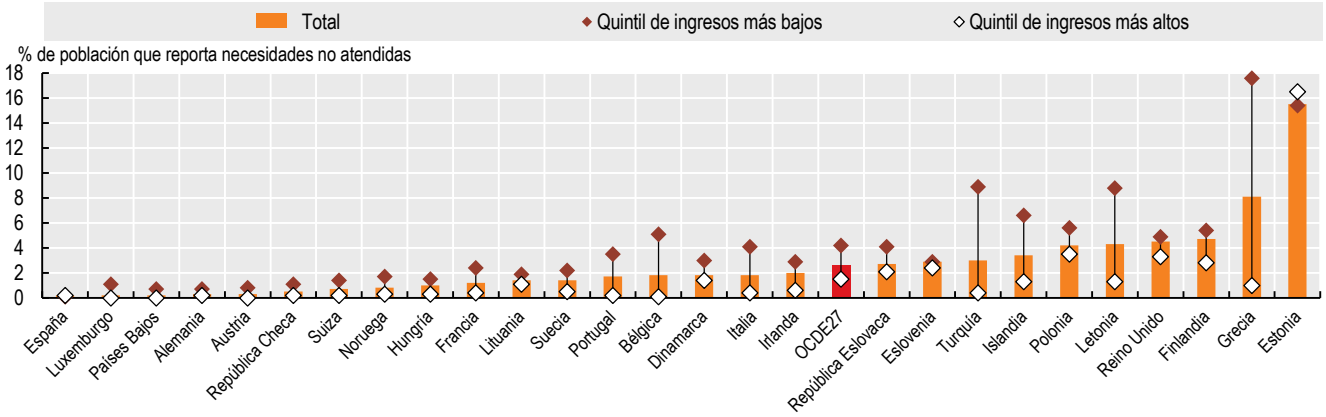
La encuesta *EU Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC), compilada por Eurostat, incluye preguntas sobre necesidades de servicios de salud no atendidas. Se pregunta a los encuestados si hubo una ocasión en los 12 meses previos cuando sintieron que necesitaban servicios de salud pero no los recibieron, seguida de una pregunta sobre la razón por la que la necesidad no fue atendida. Los datos que se presentan se enfocan en tres razones: los servicios eran muy caros, la distancia por recorrer muy grande, o los tiempos de espera muy largos. Debe notarse que otras encuestas de necesidades no atendidas –principalmente la *European Health Interview Survey*– reportan índices mucho más altos de necesidades no atendidas. Esto se debe a que excluyen a la población sin necesidades de atención, mientras que EU-SILC considera el total de la población encuestada.

Al hacer comparaciones entre países, los factores culturales pueden afectar las respuestas a preguntas sobre necesidades no atendidas. También existen algunas variaciones entre países en las preguntas de las encuestas: mientras que en la mayoría de los países se refieren tanto a estudios médicos como tratamientos, la pregunta en algunos países (República Checa, Eslovenia y España) se refiere solo a estudios o consultas médicas, lo que resulta en menos necesidades no atendidas. Debe tenerse cautela al comparar las variaciones entre países y a lo largo del tiempo.

Los grupos de quintiles de ingreso se calculan a partir del ingreso disponible total equivalente atribuido a cada miembro del hogar. El primer grupo de quintiles representa el 20% de la población con ingresos más bajos y el quinto grupo de quintiles el 20% de la población con ingresos más altos.

En la encuesta *Eurofound Living, Working and COVID-19* se preguntó a personas en 22 países de la OCDE si desde el inicio de la pandemia habían necesitado un examen médico o tratamiento que no recibieron. Los datos de Luxemburgo se excluyen debido a su baja confiabilidad de acuerdo a Eurostat. Los datos para Estados Unidos provienen de la encuesta *Household Pulse Survey* llevada a cabo por el *US Census Bureau* entre abril de 2020 y abril de 2021. Se preguntó a los participantes si habían necesitado atención médica por razones diferentes a COVID-19, pero no la recibieron debido a la pandemia.

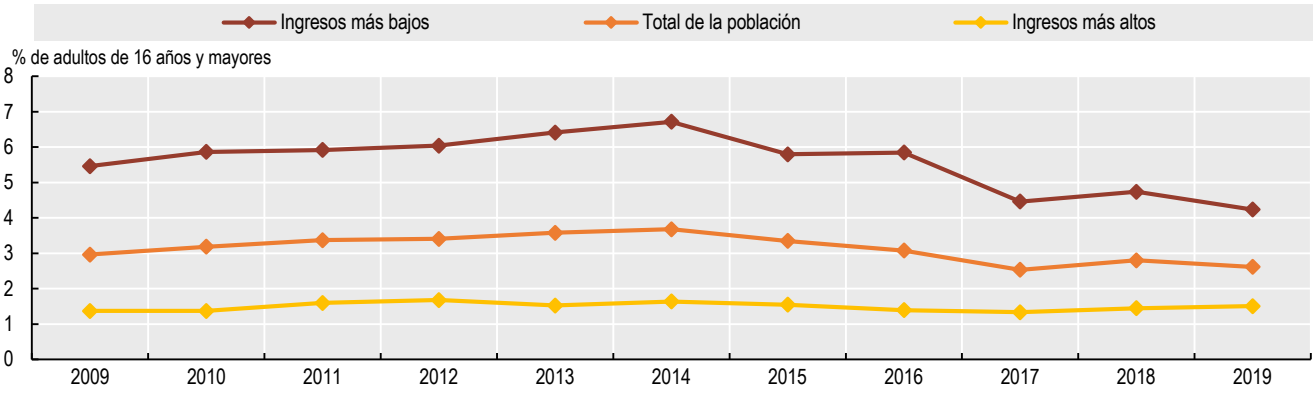
Figura 5.4. **Población que reporta necesidades de servicios de salud no atendidas, por nivel de ingresos, 2019**



Fuente: Base de datos Eurostat, basada en EU-SILC.

StatLink https://stat.link/uv9k1z

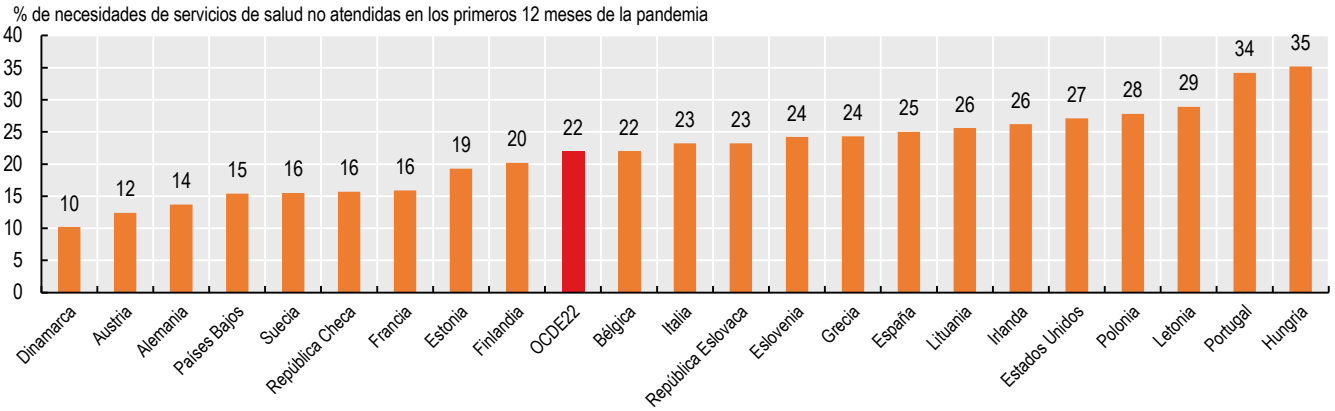
Figura 5.5. **Tendencias de necesidades de servicios de salud no atendidas, por nivel de ingresos, promedio OCDE27, 2009-2019**



Fuente: Base de datos Eurostat, basada en EU-SILC.

StatLink https://stat.link/snuexo

Figura 5.6. **Necesidades de servicios de salud no atendidas durante los primeros 12 meses de la pandemia, 2020-2021**



Fuente: Encuesta Eurofound Living, Working and COVID-19; Encuesta Household Pulse del United States Census Bureau.

StatLink https://stat.link/qsafm3

Alcance de la cobertura de servicios de salud

Además del porcentaje de población con derecho a servicios básicos, el alcance de la cobertura de servicios de salud se define según el rango de servicios incluidos en un paquete público de beneficios, y la proporción de los costos cubiertos. La figura 5.7 evalúa el alcance de la cobertura en general, así como el de una selección de servicios de salud, calculando la proporción de gasto cubierto por esquemas gubernamentales o seguro médico obligatorio. Las diferencias entre países en la proporción de la cobertura pueden deberse a los bienes y servicios específicos incluidos o excluidos del paquete público de beneficios (como un medicamento o tratamiento en particular), diferentes condiciones de costo compartido, o algunos servicios con cobertura para grupos específicos de población en un país (como el tratamiento dental).

En promedio en los países de la OCDE, alrededor de tres cuartas partes de los costos del total de servicios de salud fueron cubiertos por esquemas gubernamentales o de seguro médico obligatorio en 2019 (véase el indicador "Gasto en salud por esquema de financiamiento"). Esta proporción es de más de 80% en diez países (Noruega, Luxemburgo, Suecia, Alemania, Japón, Francia, Dinamarca, Islandia, Países Bajos y República Checa). Por otra parte, en Grecia, Letonia, Portugal y Corea, solo alrededor de 60% de los costos totales fueron cubiertos por esquemas públicos. En México, menos de la mitad del gasto en salud fue financiado por esquemas gubernamentales y obligatorios (49%).

En general, la protección financiera no es uniforme entre los diferentes tipos de servicios de salud, y hay una variación considerable entre países. En casi todos los países de la OCDE, los servicios para pacientes hospitalizados son cubiertos en forma más amplia que otros tipos de atención. En todos los países de la OCDE 87% de los costos de hospitalización fueron sufragados por esquemas gubernamentales o de seguro médico obligatorio en 2019. En muchos países, los pacientes tienen acceso a hospitalización con cuidados intensivos en forma gratuita, o con un copago reducido. Como resultado, los índices de cobertura son cercanos a 100% en Suecia, Noruega, Islandia y Estonia. En Australia, México, Grecia y Corea, la cobertura financiera del costo de atención hospitalaria fue solo alrededor de dos tercios del total de los costos. En algunos de estos países, los pacientes con frecuencia eligen tratarse en hospitales privados donde la cobertura no está incluida (totalmente) en el paquete público de beneficios. En Australia, los seguros médicos privados también pueden usarse para tratamiento en hospitales públicos.

Más de tres cuartas partes (77%) del gasto en atención médica ambulatoria en los países de la OCDE en 2019 fueron cubiertos por esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio. La cobertura varía de menos de 60% en Portugal, Letonia y Corea, a más de 90% en República Eslovaca, Dinamarca y Suecia. En algunos países la atención ambulatoria básica y de especialista son en general gratuitas en el punto de servicio, pero se pueden aplicar algunos cargos por servicios específicos si se consulta a proveedores privados sin contrato. Este es el caso, por ejemplo, en Dinamarca –donde 91% del total de los costos es cubierto, pero existen cargos por visitas a psicólogos y fisioterapeutas o para pacientes que ven a un especialista sin ser referidos– y Reino Unido (89%), donde la atención fuera de aquellos servicios comisionados por el Sistema Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) no está cubierta.

La cobertura pública para costos de atención dental es mucho más limitada en todos los países de la OCDE debido a las restricciones en los paquetes de servicio (frecuentemente limitados a niños) y niveles más altos de copago. En promedio, menos de un tercio de los costos de tratamiento dental son subvencionados por esquemas gubernamentales o de seguro obligatorio. Solo en tres países de la OCDE (Japón, Alemania y República Eslovaca) se cubre más de la mitad del gasto en atención dental. En Grecia y España, el costo de tratamiento dental para adultos sin ningún derecho específico no está cubierto. El seguro médico voluntario puede jugar un papel importante en proporcionar protección financiera cuando los servicios dentales no están incluidos en el paquete de beneficios –como es el caso de los adultos en Países Bajos, por ejemplo.

La cobertura de medicamentos también es normalmente menos completa que la atención hospitalaria y ambulatoria, ya que en los países de la OCDE, aproximadamente 58% de los costos de productos farmacéuticos son cubiertos por esquemas gubernamentales o de seguro médico obligatorio. La cobertura más generosa se observa en Alemania (82%), Francia (80%) e Irlanda (79%). Por otro lado, este porcentaje es menos de dos quintas partes en Canadá, Islandia, Polonia y Letonia. En Canadá, alrededor de un tercio del total del gasto en medicamentos se financia a través de seguros médicos privados, lo que es muy común, principalmente a través de contratos de los empleadores. Los medicamentos de libre acceso (OTC, por sus siglas en inglés) –que por su naturaleza no son normalmente cubiertos por esquemas públicos– juegan un papel importante en algunos países (véase el indicador "Gasto en medicamentos" en el Capítulo 9).

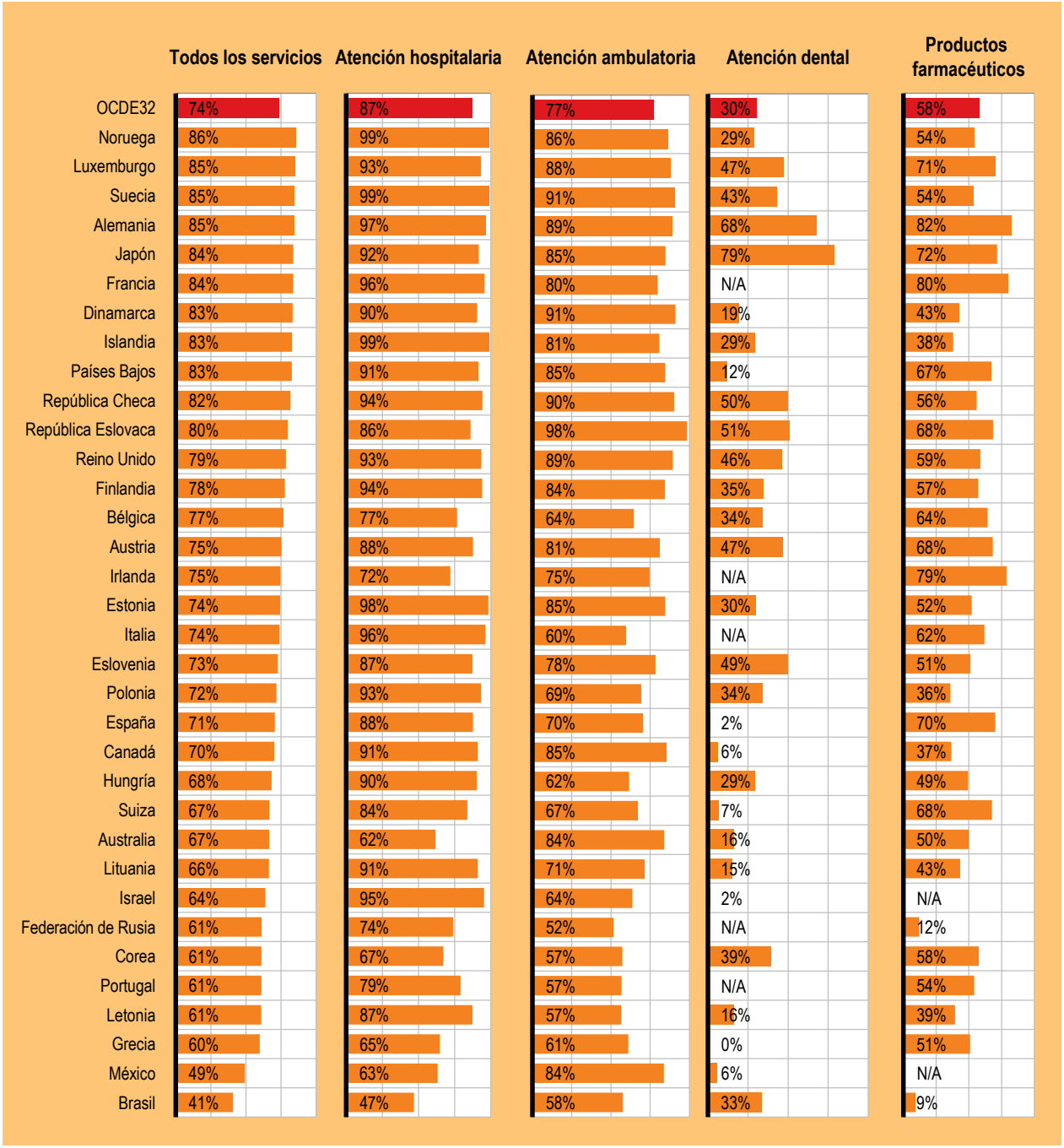
Durante la pandemia de COVID-19, los países han tratado de asegurar que el diagnóstico, las pruebas y el cuidado apropiado para pacientes de COVID-19 sean asequibles –principalmente en países donde existen segmentos de la población que no tienen cobertura. En Polonia, por ejemplo, el Fondo Nacional de Salud cubrió tanto a la población asegurada como a la no asegurada con servicios de salud para combatir la COVID-19 (OECD, 2021[6]).

Definición y comparabilidad

La cobertura de servicios de salud se define como el porcentaje de la población con derecho a recibir servicios sanitarios, la gama de servicios incluidos en un paquete público de beneficios y la proporción de los costos cubiertos por esquemas gubernamentales y de seguro médico obligatorio. No se considera la cobertura de seguros médicos voluntarios y otros esquemas voluntarios como la asistencia pública o de empleadores. Las funciones básicas analizadas aquí se explican con base en las definiciones de *System of Health Accounts 2011* (OECD/Eurostat/WHO, 2017[7]). El concepto de atención hospitalaria se refiere a los servicios de curación y rehabilitación (proporcionado principalmente en hospitales); atención ambulatoria, a todos los servicios de curación y rehabilitación ambulatorios, excluyendo tratamiento dental; y productos farmacéuticos, se refiere a medicamentos de prescripción y de libre acceso, incluyendo consumibles médicos.

La comparación de la proporción de costos cubierta por diferentes tipos de servicio es una simplificación. Por ejemplo, un país con una cobertura de población restringida pero un paquete generoso de beneficios puede presentar una proporción menor de cobertura que un país donde toda la población tiene derecho a servicios de salud con un paquete de beneficios más limitado.

Figura 5.7. **Alcance de la cobertura, 2019 (o año más cercano)**
Gasto gubernamental y de seguro médico obligatorio como proporción del gasto total en salud por tipo de atención



Nota: N/A significa datos no disponibles.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/dqvn2i

Dificultades financieras y gasto de bolsillo

Cuando los sistemas de salud no proporcionan protección financiera adecuada, es posible que la población enfrente dificultades financieras por tener que pagar servicios de salud, o simplemente no tenga suficientes recursos para pagar servicios sanitarios. En consecuencia, la falta de protección financiera puede reducir el acceso a servicios de salud, perjudicar el estado de salud de la población, profundizar la pobreza y exacerbar las desigualdades socioeconómicas y de salud. En los países de la OCDE en promedio, un poco más de una quinta parte del gasto en servicios de salud proviene directamente del gasto de bolsillo de los pacientes (OOP, por sus siglas en inglés) (véase el indicador "Financiamiento de los servicios de salud" en el Capítulo 7). La población enfrenta dificultades financieras cuando la carga del gasto de bolsillo es elevada en relación con su capacidad de pago. Los hogares de ingresos bajos y los que tienen que pagar tratamientos de largo plazo, como medicamentos para enfermedades crónicas, son particularmente vulnerables.

La proporción del consumo de un hogar destinada a servicios de salud proporciona una evaluación agregada de la carga financiera del gasto de bolsillo. En todos los países de la OCDE en 2019, alrededor de 3% del gasto total por hogar se destinó a bienes y servicios de salud, variando de aproximadamente 2% en Nueva Zelanda, Francia, Eslovenia, Luxemburgo, Colombia y Turquía, a más de 5% en Corea y Suiza (Figura 5.8).

Los sistemas de salud en los países de la OCDE difieren en el grado de cobertura de diferentes bienes y servicios de salud (véase el indicador "Alcance de la cobertura de servicios de salud"). Los productos farmacéuticos y otros consumibles médicos constituyeron la mayor parte del gasto de bolsillo de la población en 2019, seguido del gasto en atención ambulatoria (Figura 5.9). Estos dos componentes normalmente representan casi dos tercios del gasto de un hogar en servicios de salud. El gasto de bolsillo promedio de un hogar en atención dental (14% del gasto en salud) y cuidados de largo plazo (12%) también puede ser alto. Los servicios hospitalarios representan una proporción menos importante (9%) en la composición del gasto de bolsillo. Durante la pandemia de COVID-19, los países han tratado de asegurar que el diagnóstico, las pruebas y cuidados apropiados para pacientes con COVID-19 sean asequibles –principalmente en países donde existen segmentos de la población que no tienen cobertura (OECD, 2021[6]).

El indicador más ampliamente usado para medir las dificultades financieras asociadas con el gasto de bolsillo en los hogares es la incidencia de gastos catastróficos en salud (Cylus, J., Thomson y Evetovits, 2018[8]). Existe una variación considerable en este sentido en los países de la OCDE, de menos de 2% de hogares que tienen gastos catastróficos en salud en Suecia, España, Reino Unido, Irlanda, República Checa y Eslovenia,a más de 10% de los hogares en Lituania, Letonia, Hungría y Portugal (Figura 5.10). En todos los países, es más probable que los hogares de menores ingresos (aquellos en el quintil más bajo de consumo) tengan gastos catastróficos en salud, a pesar de que muchos países han implantado políticas para salvaguardar la protección financiera.

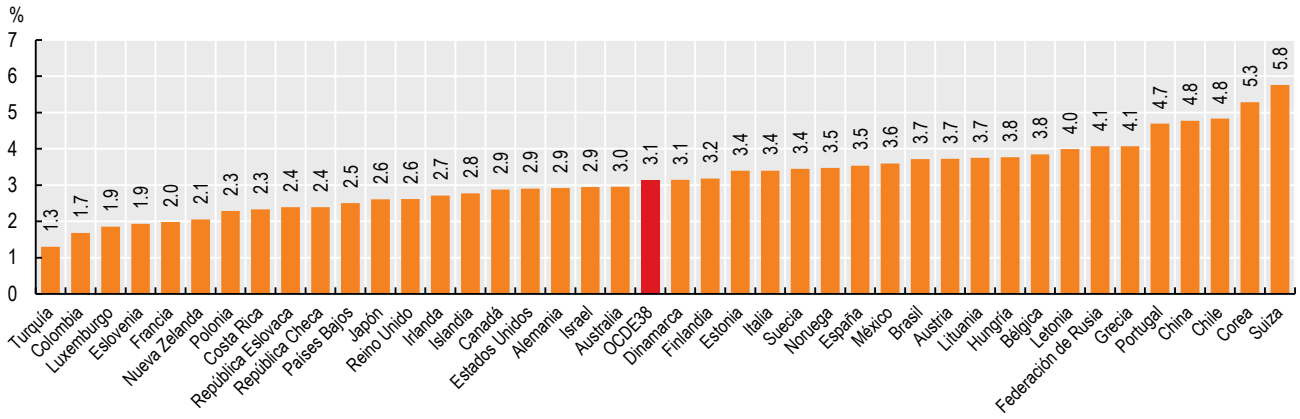
Los países con niveles comparativamente altos de gasto público en salud y niveles bajos de gasto de bolsillo, normalmente tienen una incidencia más baja de gasto catastrófico. Sin embargo, las opciones de políticas también son importantes, en particular las políticas de cobertura (WHO Regional Office for Europe, 2019[9]). El derecho de la población a servicios de salud con financiamiento público es un prerrequisito de protección financiera, pero no una garantía de la misma. Los países con una incidencia baja de gasto catastrófico en salud también suelen exentar de copago a la población de bajos ingresos y usuarios frecuentes de servicios; utilizar copagos fijos bajos en lugar de copagos porcentuales, especialmente para medicamentos de servicios ambulatorios; y limitar los copagos que los hogares deben hacer a un período de tiempo determinado (como por ejemplo en Austria, Irlanda y Reino Unido).

Definición y comparabilidad

El gasto de bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés) se refiere a los pagos realizados directamente por un paciente cuando ni el sistema público, ni un seguro privado cubren el costo total de un bien o servicio de salud. Incluyen los costos compartidos y otros gastos pagados directamente por los hogares y deberían idealmente incluir estimados de pagos informales a prestadores de servicios de salud.

El gasto catastrófico en salud es un indicador de protección financiera utilizado para monitorear el avance hacia la cobertura universal de servicios de salud. Se define como el gasto de bolsillo que sobrepasa un porcentaje predefinido de recursos disponibles en un hogar para servicios de salud. Los recursos disponibles en un hogar se pueden definir de diferentes formas, lo que genera variación en las medidas. En la información presentada en este informe, estos recursos se definen como el consumo del hogar menos una cantidad estándar que representa gasto básico en alimentos, renta y servicios (agua, electricidad, gas y otros combustibles). El umbral utilizado para definir a los hogares con gastos catastróficos es 40%. Para calcular este indicador se utilizan microdatos de presupuestos familiares de encuestas nacionales.

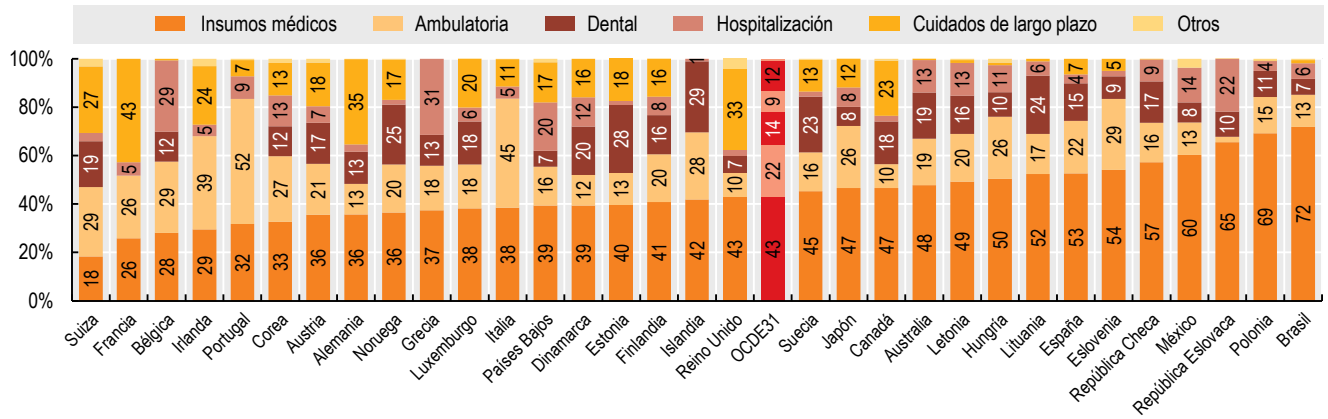
Figura 5.8. **Gasto de bolsillo como proporción del gasto total por hogar, 2019 (o año más cercano)**



Sources: OECD Health Statistics 2021, OECD National Accounts Database.

StatLink https://stat.link/zb3eya

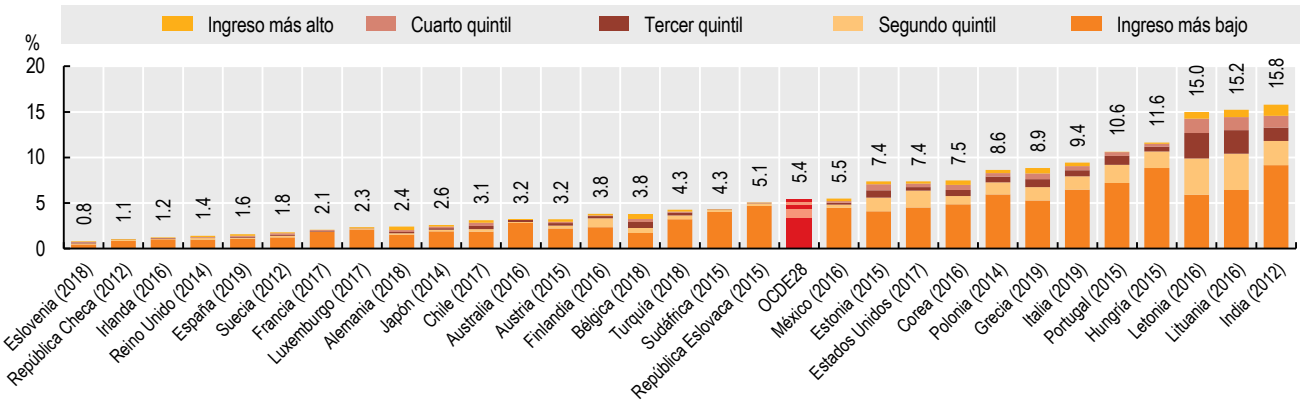
Figura 5.9. **Composición del gasto de bolsillo en servicios de salud, por tipo de servicio, 2019 (o año más cercano)**



Nota: la categoría "Insumos médicos" incluye productos farmacéuticos y equipos terapéuticos. La categoría "Otros" incluye cuidados preventivos, servicios administrativos y otros servicios no clasificados
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/8a9hp1

Figura 5.10. **Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud por quintil de consumo, último año disponible**



Fuentes: WHO Regional Office for Europe, 2021 (para países europeos); European Observatory on Health Systems and Policies, 2021 (para países fuera de Europa).

StatLink https://stat.link/4kqcrp

Consultas médicas

Las consultas con médicos generales son para muchas personas el contacto más frecuente con los servicios de salud, y son habitualmente un punto de entrada para el tratamiento médico subsecuente. Las consultas pueden llevarse a cabo en clínicas, departamentos de consulta externa de hospitales, o en algunos casos en los hogares de los pacientes. Cada vez más frecuentemente, las consultas ocurren en línea o por videollamada, a través del desarrollo de la teleconsulta (Oliveira Hashiguchi, 2020[10]). El uso de la teleconsulta se incrementó de forma importante durante la pandemia de COVID-19 como una forma de proteger a pacientes y médicos, y evitar la propagación del virus (véase el indicador "Salud digital").

Durante 2019 el número de consultas médicas presenciales varió de menos de 3 en México, Costa Rica, Suecia, Colombia y Chile, a más de 17 en Corea (Figura 5.11). El promedio de la OCDE fue de 6.8 consultas por persona por año, con reportes entre cuatro y diez consultas de la mayoría de los países. El número promedio de consultas médicas por persona en los países de la OCDE ha permanecido relativamente estable desde 2009. Sin embargo, algunos países han tenido incrementos importantes a lo largo del tiempo (como Turquía, Lituania y Colombia).

Las diferencias en las modalidades de prestación del servicio explican algunas de las variaciones entre países. En Canadá, Finlandia, Irlanda, Nueva Zelanda, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos, el número relativamente bajo de consultas médicas puede explicarse en parte por el hecho de que el personal de enfermería y otros profesionales de la salud desempeñan un papel importante en los servicios básicos –principalmente en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, y de pacientes con problemas menores de salud– lo que reduce la necesidad de consultas médicas (Maier, Aiken y Busse, 2017[11]).

Los métodos de pago de proveedores y los niveles de copago también tienen impacto en el número de consultas médicas. En algunos países, los pagos que los médicos reciben son principalmente una cuota por servicio (como en Alemania, Japón, Corea y República Eslovaca). Estos países tienden a tener índices de consulta más altos que aquellos donde los médicos son principalmente asalariados o pagados por capitación (como Dinamarca, Finlandia, México y Suecia). Sin embargo, en Suiza y Estados Unidos, los médicos reciben pagos de cuota por servicio, pero los índices de consulta son inferiores al promedio. En estos países, los copagos de pacientes son elevados para una gran proporción de la población, lo que puede resultar en que eviten consultar a un médico por el costo de la atención.

La COVID-19 también ha tenido un impacto sustancial en las consultas médicas. Las instrucciones de permanecer en casa y suspender los servicios no urgentes –particularmente al principio de la pandemia– contribuyeron a que hubiera menos consultas médicas, así como la renuencia a visitar centros de salud por la preocupación de contagiarse del virus (OECD, 2020[5]). Según datos preliminares para 2020, las consultas médicas per cápita disminuyeron en siete de ocho países de la OCDE en comparación con 2019. Las consultas presenciales disminuyeron alrededor de 30% en Chile y España, de 16% a 17% en Costa Rica, Israel y Noruega, un poco menos de 10% en Australia y México, y no se observaron cambios en Dinamarca. Sin embargo, esta disminución fue en cierta medida compensada por un número creciente de teleconsultas (véase el indicador "Salud Digital" y el Capítulo 2 para un análisis detallado del impacto de la COVID-19 en salud).

La información sobre el número de consultas médicas por persona puede ser usada para calcular el número anual de consultas por médico. Este indicador no debe ser considerado una medida de la productividad de los médicos, ya que la efectividad y tiempo de las consultas es variable, y porque se excluyen los servicios que los médicos prestan a pacientes hospitalizados, así como el tiempo que dedican a investigación y labores administrativas. Teniendo en cuenta estos puntos sobre comparabilidad, el número estimado de consultas más alto se presenta en Corea, Turquía y Japón (Figura 5.12). Los números más bajos son los de Grecia, Suecia y Costa Rica. En Suecia, las consultas con médicos en servicios básicos y contextos hospitalarios tienden a enfocarse en pacientes con casos más graves y complejos.

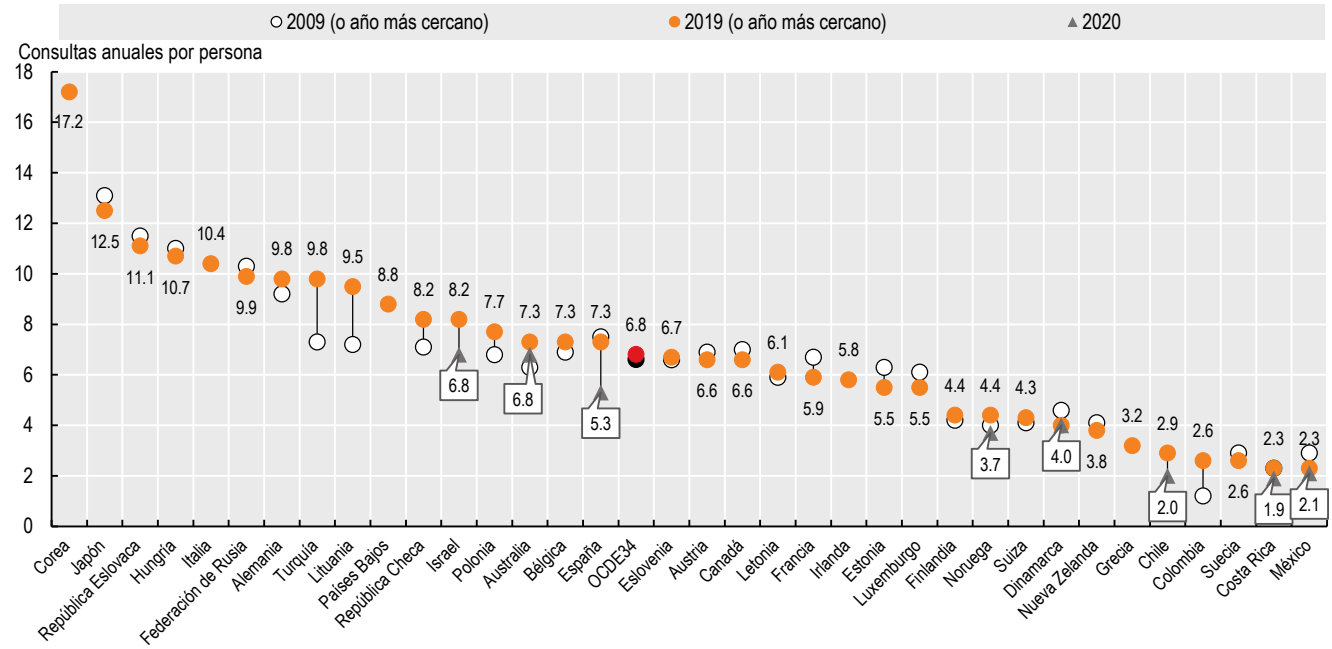
El número y tipo de consultas médicas puede variar entre diferentes grupos socioeconómicos. Los individuos con ingresos más altos tienen mayor inclinación a consultar a un médico que quienes están en el quintil de ingresos más bajo, para una necesidad comparable. Tratándose de acceso a consultas médicas, las desigualdades de ingresos son mucho más marcadas para consultas con especialistas que con médicos generales (OECD, 2019[4]).

Definición y comparabilidad

El término consultas médicas se refiere al número de contactos presenciales con un médico, ya sea un especialista o un médico general. 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, Países Bajos, Nueva Zelanda, España, y Suiza) los datos provienen de encuestas de salud. Los datos de fuentes administrativas tienden a ser más precisos (y más elevados) que los de encuestas debido a problemas de inexactitud y la proporción de preguntas no respondidas.

Las cifras para Países Bajos excluyen los contactos de cuidados de maternidad y pediátricos. En Austria y Alemania, las cifras incluyen solo los casos de tratamientos médicos según las regulaciones de reembolso del sistema de seguridad social (un caso solo considera el primer contacto en un período de tres meses, aun si el paciente visita al médico con mayor frecuencia, lo que puede resultar en una subestimación). Algunos países incluyen los contactos telefónicos (como Irlanda, Países Bajos y España). En Turquía la mayoría de las consultas con médicos ocurren en los departamentos de consulta externa de hospitales.

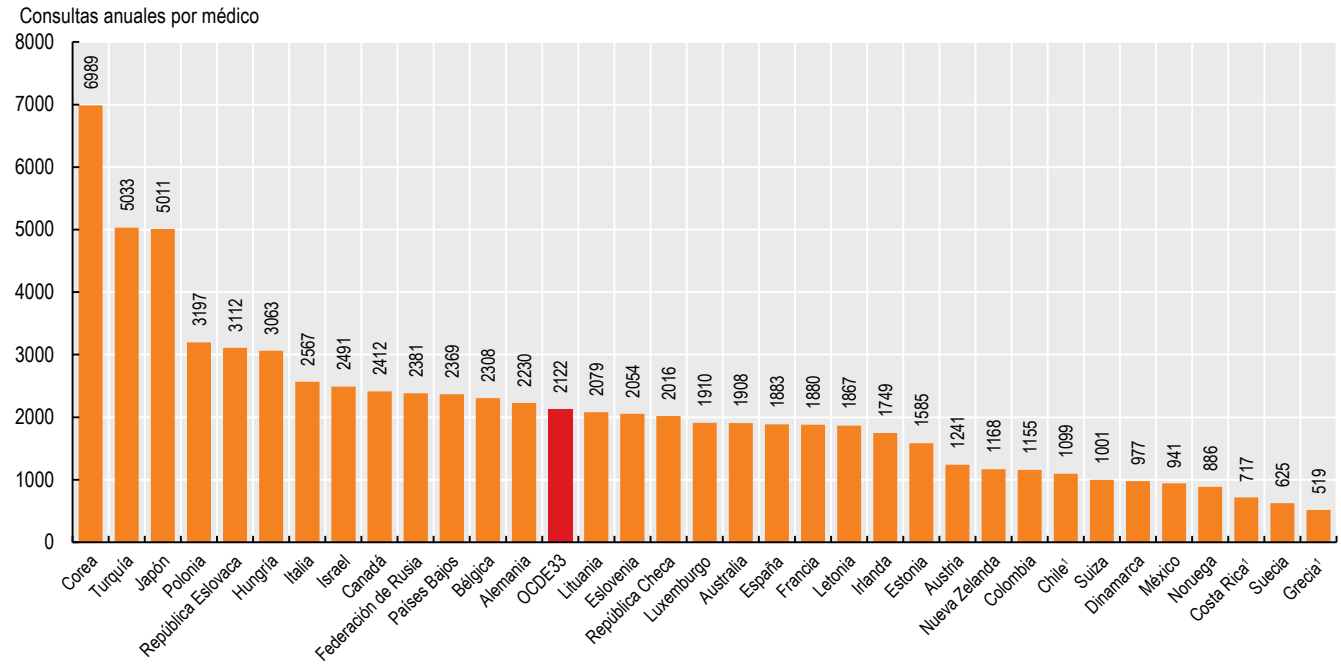
Figura 5.11. **Número de consultas médicas en presenciales por persona, 2009, 2019 y 2020**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/54igmh

Figura 5.12. **Número estimado de consultas presenciales por médico, 2019 (o año más cercano)**



1. En Chile, Costa Rica y Grecia, la cifra del denominador incluye a todos los médicos con licencia para ejercer.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/7f90he

Salud digital

Para ofrecer una atención segura, efectiva, receptiva y centrada en el paciente, que además sea rentable y accesible, es necesario que quienes toman las decisiones –desde los pacientes hasta los proveedores de servicios de salud, pasando por los gestores y los científicos– dispongan de datos e información sanitaria oportunos y precisos (OECD, 2019[12]). Cuando los datos de salud y la información son comprensibles y válidos para una variedad de usos y usuarios, se hacen posibles nuevos servicios y aplicaciones de salud digital. Desde la telemedicina hasta la inteligencia artificial, los nuevos servicios de salud digital pueden resultar en un mejor acceso a la atención sanitaria y mayor satisfacción de los pacientes, especialmente aquellos que enfrentan más barreras para el acceso a servicios presenciales de manera tradicional (p. ej. pacientes en áreas rurales). En todos los países de la OCDE, se está presentando una transformación digital de los servicios de salud, acelerada por la pandemia de COVID-19, e impulsada por una infraestructura de digitalización de la información, así como por una creciente demanda de los pacientes.

Muchos países de la OCDE están implementando registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés) en hospitales y consultorios médicos para sus pacientes (Oderkirk, 2021[13]). En 2021, un promedio de 93% de los consultorios de servicios básicos utilizaron EMR en 24 países de la OCDE (Figura 5.13). En 15 países de la OCDE todos los consultorios de servicios básicos utilizan EMR, mientras que en Japón esta proporción es de solo 42%. La proporción de consultorios de servicios básicos que usan EMR se ha incrementado a lo largo del tiempo en la mayoría de los países que participaron en esta encuesta de la OCDE. En 2012, un promedio de 70% de consultorios de servicios básicos usaban EMR (la composición de países participantes varía de año a año). En Canadá, Dinamarca y Japón, la proporción de consultorios médicos que utilizan EMR se ha al menos duplicado desde 2012.

En 16 de 26 países de la OCDE en 2021, la mayoría de los pacientes tienen acceso a un portal de Internet donde pueden ver información de su EMR. En 11 países de la OCDE, la mayoría de los pacientes pueden también tener interacción con su registro, tal como corregir información, agregar información adicional de dispositivos o aplicaciones; o reportar resultados, experiencias o incidentes clínicos. En alrededor de 50% de los países, los pacientes tienen contacto con sus proveedores de servicios sanitarios a través de un portal para pacientes que facilita las teleconsultas (13 países), videoconferencias (12 países) y correo electrónico o mensajes de texto seguros (11 países). Siete países también usan el portal para realizar encuestas con los pacientes sobre sus experiencias y para resultados reportados por ellos mismos.

Consultar a los individuos sobre los servicios de salud y darles acceso a sus datos e información sobre salud, son dimensiones clave de los sistemas de salud centrados en la gente. Tanto los pacientes como los proveedores están cada vez más interesados en usar herramientas digitales para mejorar la salud individual y ayudar a los pacientes a interactuar con los sistemas de salud. En 30 países de la OCDE en 2020, un promedio de 59% de los individuos entre 16 y 74 años utilizaron Internet para buscar información de salud en los tres meses anteriores a la encuesta, en comparación con 36% en 2010 (Figura 5.14). Sin embargo, hubo diferencias demográficas y socioeconómicas significativas en relación con la búsqueda de información en línea (Oliveira Hashiguchi, 2020[10]). Los adultos mayores, los individuos con niveles educativos inferiores, y los de hogares con ingresos bajos, tuvieron menos tendencia a buscar información de salud en línea. La alfabetización digital y de salud es crucial para garantizar que con la transformación digital ningún paciente quede rezagado.

Con el inicio de la pandemia de COVID-19 y las restricciones resultantes de movilidad, e interacciones laborales y sociales, mucha gente no pudo recibir atención médica presencial. En 2019, antes de la pandemia, las consultas remotas por teléfono o video representaron menos de 10% del total de consultas en Australia, Finlandia, Lituania, Noruega, y Eslovenia. La proporción más alta de consultas remotas prepandemia, 45%, se observó en Dinamarca. Desde el principio de la pandemia, la proporción de adultos que reportaron haber tenido una consulta médica en línea o por teléfono se incrementó dramáticamente: hacia mediados de 2020, casi uno de cada tres adultos había tenido una consulta remota, y esta proporción creció a casi uno de cada dos hacia principios de 2021 (Figura 5.15). Los países en los que el uso de consultas remotas era más alto a mediados de 2020, también tuvieron las tasas de crecimiento más altas entre mediados de 2020 y principios de 2021, lo que indica una divergencia creciente.

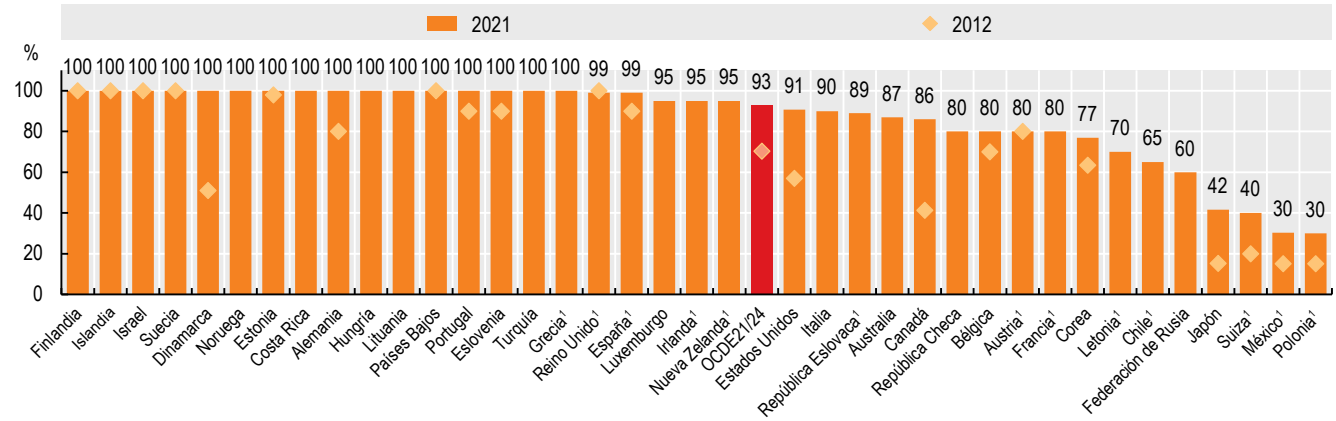
Definición y comparabilidad

Un EMR es una historia clínica computarizada, creada en una organización que presta servicios de salud, como un hospital o un consultorio médico, para los pacientes de esa organización. Idealmente, los EMR deberían ser compartidos entre los proveedores y los centros para proporcionar un historial detallado del contacto con el sistema de salud de los pacientes individuales de múltiples organizaciones (Oderkirk, 2021[13]). Las cifras presentadas sobre la implantación de los EMR proceden de una encuesta realizada en 2021 a la que respondieron 25 países miembros de la OCDE y la Federación de Rusia (Rusia). La encuesta se realizó en 2012, 2016 y 2021.

La base de datos *Information and Communication Technology (ICT) Access and Usage by Households and Individuals* proporciona una selección de 92 indicadores, basados en la segunda revisión de la Encuesta Modelo de la OCDE sobre Acceso y Uso de las TIC en los Hogares e Individuos. Los indicadores proceden tanto de una recopilación de datos de la OCDE sobre los países de la OCDE y los países en vías de adhesión o socios clave (como Australia y Brasil), como de las estadísticas de Eurostat sobre hogares e individuos para los países de la OCDE que forman parte del sistema estadístico europeo (como Alemania).

La proporción de consultas médicas realizadas por teléfono o video del total de las consultas médicas antes de la pandemia, procede de la *OECD/Eurostat/WHO Regional Office for Europe Joint Data Collection on Non-Monetary Health Care Statistics*. La proporción de adultos que reportaron consultas médicas en línea o por teléfono se obtuvo de la encuesta *Eurofound's Living, Working and COVID-19 Survey*, que proporciona una instantánea del impacto de la pandemia en la vida de las personas. La encuesta ha sido realizada tres veces durante la publicación de este informe, y se incluyó una pregunta sobre consultas remotas ("¿Desde el inicio de la pandemia, ha recibido cualquiera de los siguientes servicios de un médico –servicios de salud en línea: consulta médica en línea o por teléfono?") en la segunda y tercera entregas (en julio de 2020 y marzo de 2021, respectivamente).

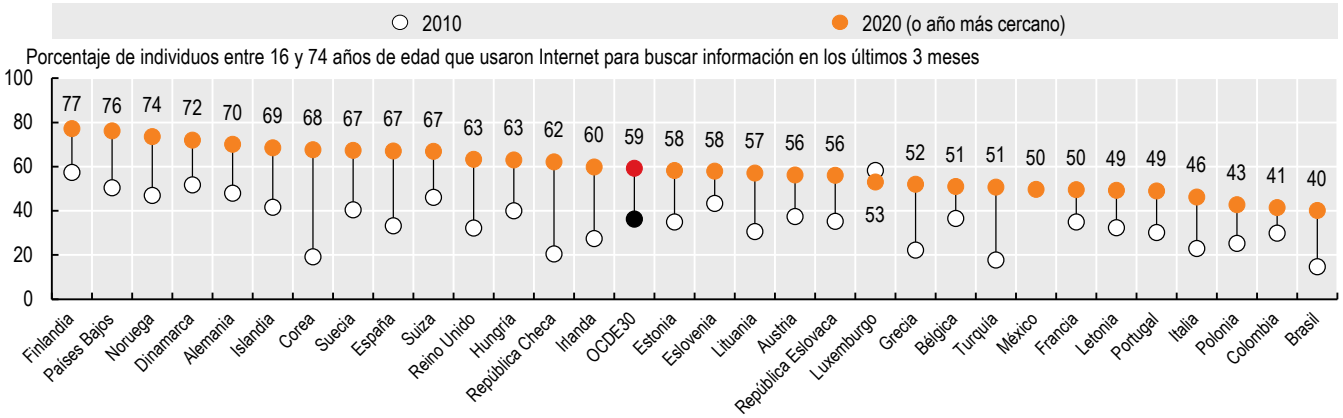
Figura 5.13. **Proporción de consultorios médicos de servicios básicos que utilizan registros médicos electrónicos, 2012 y 2021**



1. El año más reciente es 2016 (los datos no están incluidos en el promedio de la OCDE de 2021).
Fuente: OECD Survey of Electronic Health Record System Development and Use, 2012, 2016 y 2021.

StatLink https://stat.link/bqfjx4

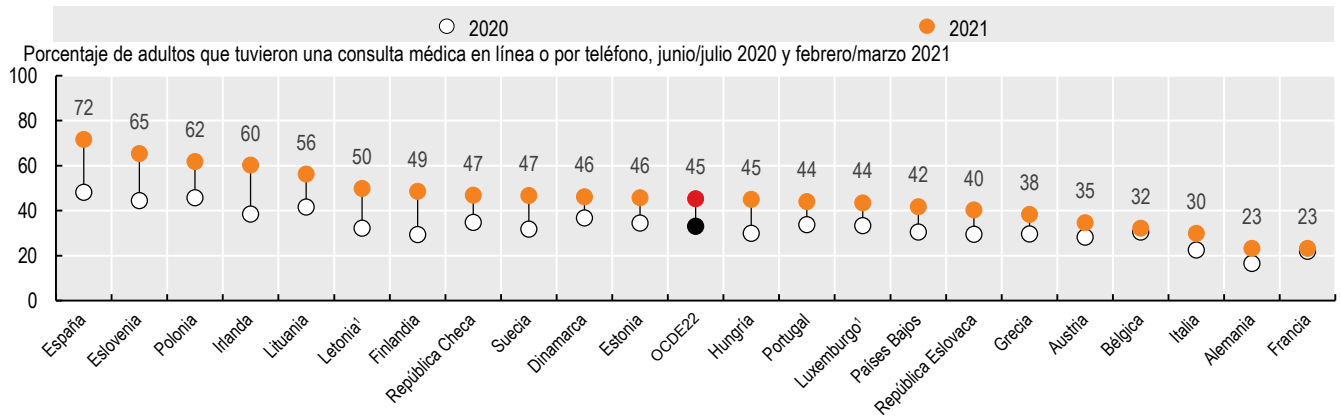
Figura 5.14. **Porcentaje de adultos que buscaron información de salud en línea, 2010 y 2020**



Nota: El punto más reciente de datos para Polonia es 2018, y para Suiza, México y Francia es 2019; el primer punto de datos para México es 2015.
Fuente: OECD Dataset on ICT Access and Usage by Households and Individuals.

StatLink https://stat.link/okemdz

Figura 5.15. **Porcentaje de adultos que recibieron servicios de un médico vía telemedicina desde el inicio de la pandemia, 2020 y 2021**



1. Baja confiabilidad en una o ambas entregas.
Fuente: Eurofound (2020), "Living, working and COVID-19", disponible en http://eurofound.link/COVID-19data.

StatLink https://stat.link/l8xfou

Camas de hospital y ocupación

El número de camas de hospital es una medida de los recursos disponibles para prestar servicios a los pacientes internados en hospitales. La pandemia de COVID-19 ha resaltado la necesidad de tener un número suficiente de camas de hospital y flexibilidad en su uso, para enfrentar una alta demanda inesperada de cuidados intensivos, así como un número suficiente de médicos y personal de enfermería con las habilidades necesarias para proporcionar los servicios requeridos (OECD/European Union, 2020[14]). Aun así, un excedente de camas de hospital puede conducir a su sobreutilización y los costos asociados –particularmente para pacientes cuyo estado de salud puede no mejorar con cuidados intensivos (Phua, Hashmi y Haniffa, 2020[15]). Por lo tanto, aunque los encargados de formular políticas deben garantizar suficiente capacidad de camas de hospital para asegurar la resiliencia, también deben tenerse en cuenta consideraciones de rentabilidad.

En todos los países de la OCDE existía en 2019 un promedio de 4.4 camas de hospital por cada 1 000 habitantes (Figura 5.16). Los índices fueron mucho más altos en Japón (12.8 camas por cada 1 000 habitantes) y Corea (12.4 camas por cada 1 000 habitantes). Más de la mitad de los países de la OCDE reportaron entre 3 y 8 camas de hospital por cada 1 000 habitantes, con los índices más bajos en Colombia, Costa Rica y México. Entre los países socios de la OCDE, India e Indonesia también tenían relativamente pocas camas.

Desde 2009, el número de camas per cápita ha decrecido en casi todos los países de la OCDE. La reducción más grande se presentó en Finlandia, de más de 50%, afectando las áreas de cuidados de largo plazo y cuidados psiquiátricos. Letonia, Luxemburgo, Noruega y Países Bajos redujeron su capacidad en 1 cama o más por cada 1 000 habitantes. Parte de esta disminución puede ser atribuida a los avances en tecnología médica que permiten un mayor número de cirugías ambulatorias, o como parte de una estrategia más amplia de políticas para reducir el número de admisiones hospitalarias. En contraste, el número de camas se incrementó de manera importante en Corea (+52%), con un número significativo de estas dedicadas a cuidados de largo plazo.

Las tasas de ocupación de camas de hospital ofrecen información complementaria para evaluar la capacidad hospitalaria. Los índices altos de ocupación de camas para cuidados curativos (agudos) pueden ser un síntoma de un sistema de salud bajo presión. Es necesario tener cierta capacidad de sobra para atender incrementos inesperados de pacientes que requieren hospitalización. Aunque no existe un consenso general sobre las tasas "óptimas" de ocupación, con frecuencia se considera 85% como el máximo para reducir el riesgo de escasez de camas (NICE, 2018[16]). En 2019, la tasa de ocupación fue superior a 85% en cuatro de 27 países de la OCDE con datos comparables: Canadá, Israel, Irlanda y Costa Rica (Figura 5.17). Las tasas de ocupación fueron comparativamente bajas en Estados Unidos, Hungría y Países Bajos (menos de 65%). Alrededor de la mitad de los países de la OCDE tuvieron tasas de ocupación de camas de hospital de 70 a 80%, y el promedio de la OCDE fue 76% en 2019.

Aunque la capacidad general de camas de hospital es importante, la capacidad de la unidad de cuidados intensivos (UCI) ha sido un recurso esencial durante la pandemia de COVID-19, en el cuidado de pacientes críticamente enfermos. A pesar de las diferencias de definición, en 34 países de la OCDE hubo en promedio 14.1 camas de cuidados intensivos por cada 100 000 habitantes en 2019 (Figura 5.18). República Checa (43 camas por cada 100 000 habitantes) y Estonia (38 camas porcada 100 000 habitantes, tuvieron el número más alto de camas de UCI antes de la pandemia. Alemania y Turquía también tuvieron números muy por encima del promedio de la OCDE. En el otro extremo, Costa Rica, Nueva Zelanda y México tuvieron el número más bajo de camas de UCI, de menos de 4 camas por cada 100 000 habitantes. Durante la pandemia, los países desplegaron una serie de intervenciones políticas para impulsar la capacidad de reacción de forma flexible. Estas incluyeron la transformación de otros pabellones clínicos en UCI, la creación de hospitales de campo con UCI y la transferencia de pacientes a localidades con capacidad sobrante de cuidados intensivos. En efecto, los datos preliminares sugieren que en diez países que proporcionaron cifras de 2020, la mayoría incrementaron su capacidad de UCI en comparación con la capacidad previa a la pandemia. En Turquía, por ejemplo, el número de camas de UCI en 2020 se incrementó en alrededor de 30% en comparación con 2019.

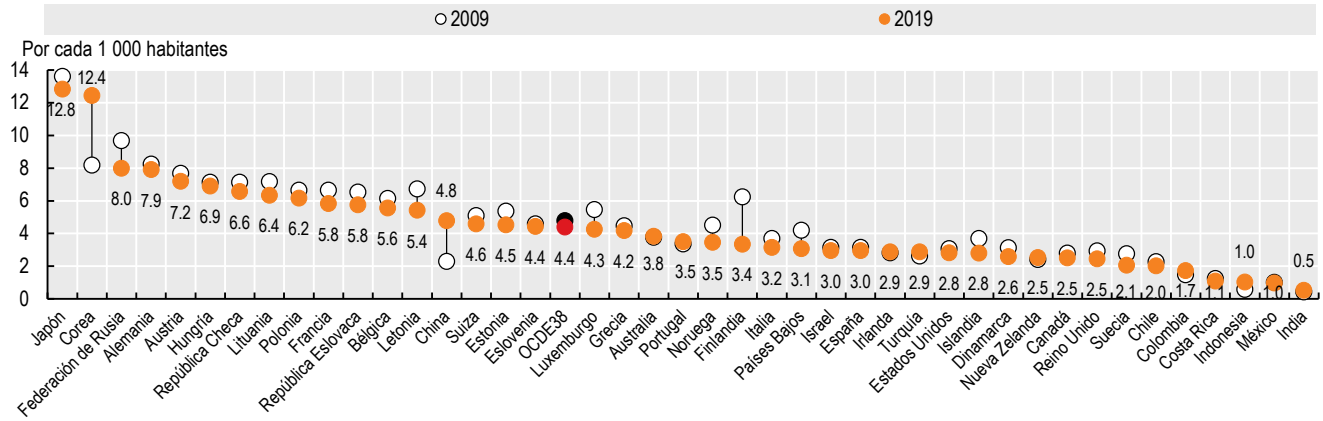
Definición y comparabilidad

El término camas de hospital incluye el número total de camas que son regularmente mantenidas y atendidas, y que están disponibles para 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. Los datos para algunos países no cubren todos los hospitales. En Costa Rica y Reino Unido, los datos se limitan a hospitales públicos. Los datos para Suecia excluyen las camas que son financiadas en forma privada. Las camas usadas por los pacientes que se recuperan de una cirugía ambulatoria pueden estar incluidas en algunos países (como Austria y Luxemburgo hasta 2018, y Países Bajos). Las cunas de infantes sanos están incluidas en algunos países (como Canadá y Polonia).

La tasa de ocupación para cuidados curativos (agudos) se calcula dividiendo el número de camas-día dedicadas al cuidado curativo dividido entre el número de camas disponibles para este fin (multiplicado por 365). En Países Bajos, el número de camas usadas para el cálculo de las tasas de ocupación está siendo investigado.

Las camas de UCI son para pacientes críticamente enfermos que necesitan cuidados médicos y de enfermería especializados e intensivos, monitoreo intenso y apoyo fisiológico de los órganos para mantener la vida durante un período de insuficiencia aguda de los sistemas orgánicos. Las camas de UCI se clasifican por el nivel de cuidados proporcionados al paciente. Comúnmente se consideran tres niveles, siendo el Nivel 3 el de monitoreo más intenso y el Nivel 1 el de menor monitoreo. Los datos sobre camas de UCI incluyen los tres niveles, excepto en Inglaterra (Reino Unido), Letonia e Irlanda, que incluyen solo las de cuidados críticos (Niveles 2 y 3). La definición exacta de camas de cuidados intensivos varía en los países de la OCDE, dependiendo de diferencias en los reglamentos, que especifican requisitos como la proporción de pacientes/personal de enfermería, propiedades físicas de la cama (incluyendo ventiladores, equipo de monitoreo, equipo de infusión, etc.) y características de los pacientes. Los datos en la Figura 5.18 se refieren a adultos en camas de UCI para la mayoría de los países, pero algunos (como Estonia) también incluyen camas de UCI pediátricas y neonatales.

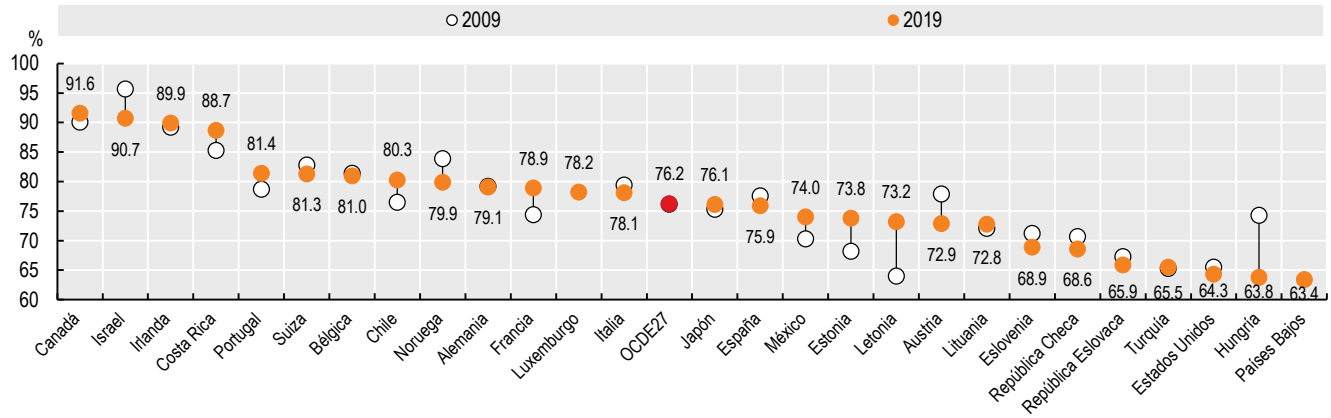
Figura 5.16. **Camas de hospital, 2009 y 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/upe1dn

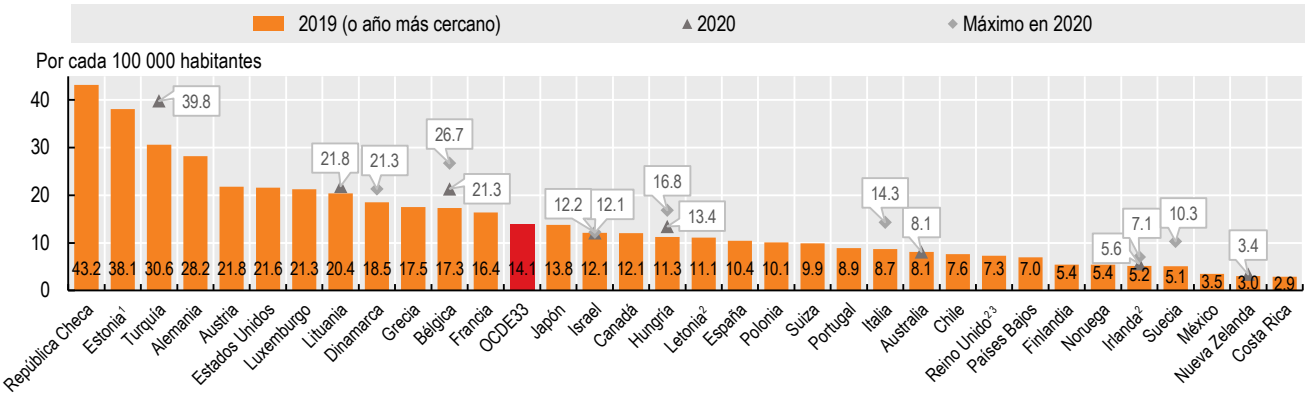
Figura 5.17. **Tasas de ocupación de camas de cuidados curativos (agudos), 2009 y 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/zgauld

Figura 5.18. **Camas de cuidados intensivos para adultos, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Se incluyen camas de UCI pediátricos y neonatales. 2. Los datos incluyen solamente camas de cuidados críticos. 3. Los datos se refieren a Inglaterra solamente.
Fuente: OECD/Eurostat/WHO Regional Office for Europe Joint Questionnaire on Non-Monetary Health Care Statistics 2021 (datos no publicados); Country Health Profiles 2021; Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020; fuentes nacionales.

StatLink https://stat.link/gd60rn

Altas hospitalarias y tiempo promedio de hospitalización

Las tasas de altas hospitalarias miden el número de pacientes que dejan el hospital después de al menos una noche de hospitalización. Mejorar el alta oportuna de los pacientes puede ayudar al flujo de pacientes en un hospital, liberando camas y tiempo del personal de salud. Tanto las altas prematuras como retrasadas no solamente empeoran los resultados de salud, sino que también aumentan los costos, pues las altas prematuras pueden causar reingresos costosos; y las altas retrasadas utilizan recursos que son limitados.

En los países de la OCDE en promedio, hubo 146 altas hospitalarias por cada 1 000 habitantes en 2019 (Figura 5.19). Las tasas más elevadas se presentaron en Alemania, Austria y Lituania (220 y más por cada 1 000 habitantes), y las más bajas en Colombia, México, Costa Rica, Canadá, Chile y Países Bajos (menos de 100 por cada 1 000 habitantes). El número de altas disminuyó entre 2009 y 2019 en la mayoría de los países de la OCDE, y algunas de las reducciones más importantes se presentaron en aquellos países donde también hubo reducciones importantes en el número de camas (como Estonia, Finlandia, Islandia, Luxemburgo y Suecia). En contraste, las tasas de altas hospitalarias se incrementaron en 40% en Corea, y casi se triplicaron en República Popular China (China).

En 2020, muchos países rediseñaron sus políticas de alta hospitalaria, como una herramienta durante la pandemia para liberar camas de hospital para pacientes de COVID-19. En efecto, al principio muchos hospitales trataban de dar el alta urgente a los pacientes para los que era médicamente seguro hacerlo. Al mismo tiempo, los países tuvieron que desarrollar rápidamente nuevos criterios de alta para pacientes de COVID-19 (OECD, 2021[6]). Esto contribuyó a que en ocasiones los criterios de alta fueran poco claros e inconsistentes (Sze y aI, 2021[17]). En términos del volumen total de altas hospitalarias, los datos iniciales de cinco países de la OCDE para 2020 muestran una reducción en las tasas de altas hospitalarias en comparación con 2019 (Figura 5.19), lo que refleja los cambios en las políticas de alta hospitalaria. Las reducciones variaron de alrededor de 7% en Dinamarca, a alrededor de 30% o más en Lituania, Italia y Chile. Es probable que estas reducciones reflejen que la gente evitó los hospitales durante lo más duro de la pandemia, así como los cambios en las políticas de alta hospitalaria.

El tiempo promedio de hospitalización también es un indicador de eficiencia en la prestación de servicios de salud. En condiciones equivalentes, una hospitalización más corta reduce el costo por alta, y cambia la atención del contexto hospitalario a otros menos costosos. Las hospitalizaciones más largas pueden ser un signo de coordinación deficiente de atención, lo que hace que algunos pacientes esperen innecesariamente en el hospital hasta que se pueda organizar la rehabilitación o los cuidados de largo plazo. Al mismo tiempo, algunos pacientes pueden ser dados de alta con mucha anticipación, cuando haber permanecido hospitalizados podría haber mejorado los resultados de salud o reducido la posibilidad de readmisión.

En 2019 el tiempo promedio de hospitalización fue de 7.6 días en todos los países de la OCDE (Figura 5.20). México y Turquía tuvieron los tiempos de hospitalización más cortos (alrededor de 4 días en promedio); Corea y Japón los más largos (en promedio 16 días o más por paciente). Desde 2009, el tiempo promedio de hospitalización ha decrecido en la mayoría de los países. Las disminuciones más importantes se presentaron en Japón, Francia, Finlandia, Nueva Zelanda y Bélgica. Corea fue el único país con un incremento importante, pero refleja en parte un incremento en el papel de los "hospitales de cuidados de largo plazo", que tienen una función similar a los hogares de ancianos o instalaciones de cuidados de largo plazo.

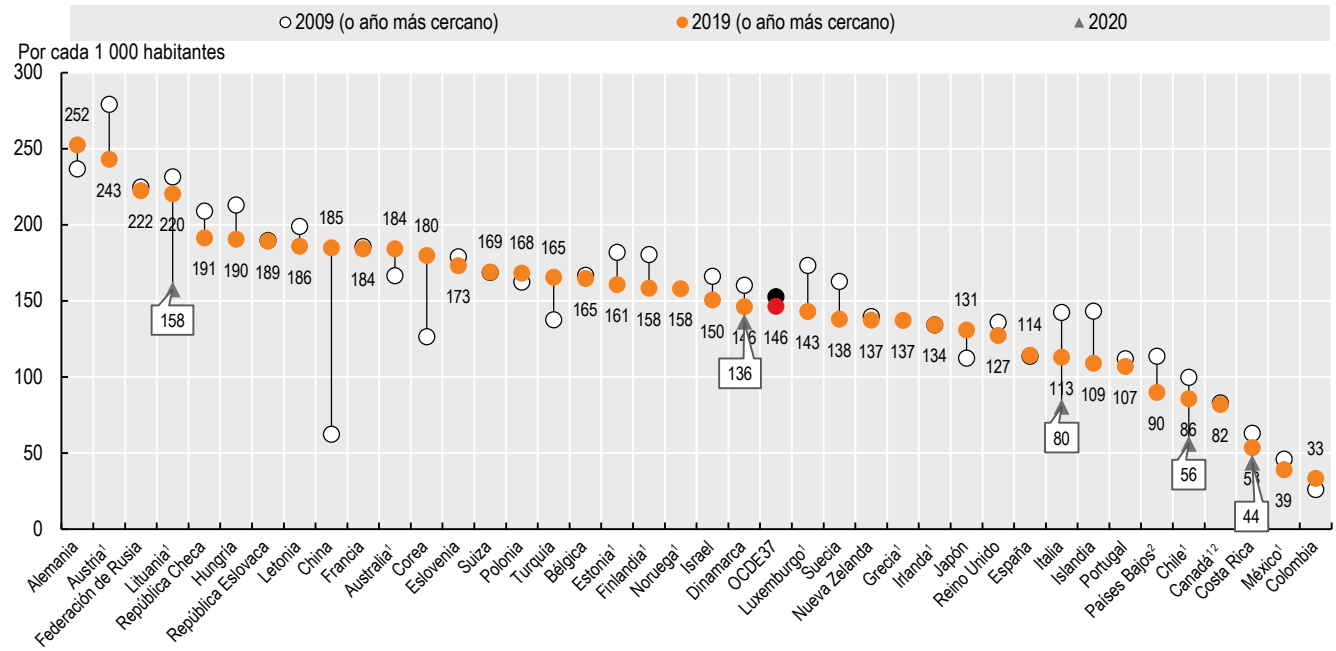
Los métodos de pago de los servicios hospitalarios pueden incentivar el tiempo de permanencia de los pacientes. En particular, los métodos de pago prospectivo, como los presupuestos globales o los basados en grupos relacionados con el diagnóstico, proporcionan un incentivo financiero para reducir el costo de cada hospitalización, en contraste con los pagos basados en procedimientos o servicios. Los análisis de la OCDE indican que las características de cada hospital también son importantes, pues se ha encontrado que los hospitales con muchas camas se asocian a un tiempo de permanencia más largo, mientras que las tasas altas de ocupación de camas se asocian con un menor tiempo de hospitalización (Lorenzoni y Marino, 2017[18]). Finalmente, reforzar el acceso a servicios básicos y atención comunitaria puede reducir las hospitalizaciones. En años recientes muchos países (como Países Bajos, Francia y Noruega), han incrementado la capacidad de instalaciones de cuidados intermedios y cuidados en casa, que sirven como alternativas a los hospitales (OECD, 2020[5]; 2017[19]).

Definición y comparabilidad

El término alta hospitalaria se define como la salida de un paciente que ha estado por lo menos una noche hospitalizado. Incluye las muertes en el hospital después de la atención al paciente. Las altas de atención ambulatoria normalmente se excluyen, exceptuando Chile, Japón y Noruega que incluyen algunas altas en el mismo día. Los bebés sanos nacidos en hospitales se excluyen (en su mayoría) de las tasas de altas hospitalarias en varios países (Australia, Austria, Canadá, Chile, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, México, y Noruega). Estas comprenden entre 3 y 10% del total de altas. Las cifras para algunos países no cubren todos los hospitales. Por ejemplo, los datos para Costa Rica, México, Nueva Zelanda y Reino Unido se limitan a hospitales públicos o financiados públicamente. Los datos para Irlanda incluyen hospitales públicos para la atención de enfermedades agudas y psiquiátricas (públicos y privados). Los datos para Canadá, y Países Bajos incluyen solamente hospitales para cuidados agudos y de corto plazo, lo que resulta en una subestimación. Los datos de 2020 son provisionales y deben ser considerados con cautela.

El tiempo promedio de hospitalización se refiere al número promedio de días 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 Países Bajos, donde los datos se refieren al tiempo promedio de hospitalización para cuidados curativos/intensivos solamente (lo que resulta en una subestimación). La exclusión de bebés sanos nacidos en hospitales de los datos de altas hospitalarias en varios países (véase la lista arriba), resulta en una ligera sobreestimación del tiempo de hospitalización (por ejemplo, la inclusión de recién nacidos sanos reduciría en 0.5 días el tiempo promedio de hospitalización en Canadá).

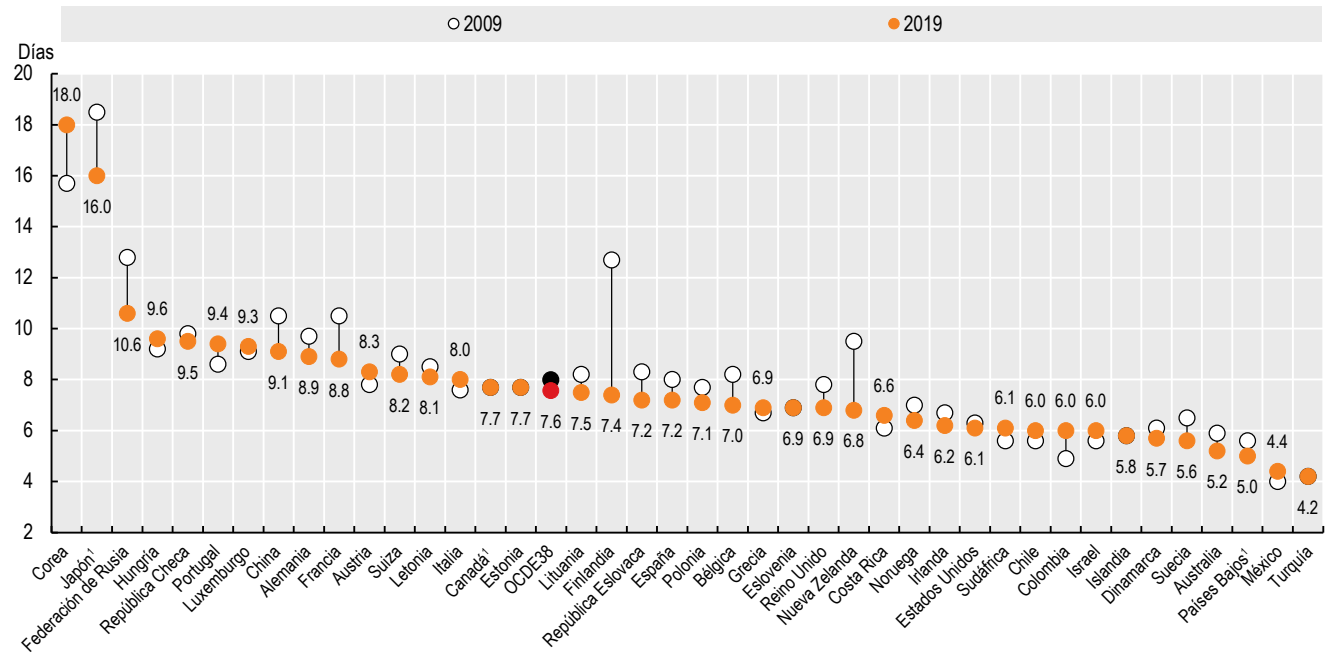
Figura 5.19. **Tasas de altas hospitalarias, 2009, 2019 y 2020**



1. Excluye las altas de bebés sanos nacidos en el hospital (3 a 10% del total de altas). 2. Incluye altas hospitalarias de cuidados curativos (agudos) solamente.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/zim2ex

Figura 5.20. **Tiempo promedio de hospitalización, 2009 y 2019 (o año más cercano)**



Se refiere al tiempo promedio 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 27 días en 2019 (contra 33 días en 2009).
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/0d9lv6

Tecnologías de diagnóstico

La tecnología juega un papel importante en los diagnósticos médicos, desde exámenes físicos, procesamiento y envío de resultados, acceso al historial de salud de los pacientes, hasta la revisión de historias clínicas. Sin embargo, las nuevas tecnologías también pueden elevar los costos, y comúnmente se les considera una de las principales causas de incremento en el gasto en salud (Lorenzoni et al 2019[20]). Esta sección presenta datos sobre la disponibilidad y el uso de tres tecnologías de diagnóstico por imagen, los escáneres de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés); las unidades de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), y los escáneres de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés). Los estudios de CT y MRI muestran imágenes de los órganos internos y tejidos, y los escáneres PET muestran otros tipos de información y problemas a nivel celular.

No existe una directriz general o referencia internacional sobre el número ideal de escáneres de CT, PET, o unidades de MRI. Si hay muy pocos equipos, puede haber problemas de acceso en términos de proximidad geográfica o tiempos de espera; y si hay demasiados, el resultado puede ser el uso excesivo de estos costosos procedimientos de diagnóstico, con pocos o nulos beneficios para los pacientes.

La disponibilidad de escáneres de CT y PET y unidades de MRI se ha incrementado rápidamente en la mayoría de los países de la OCDE en las últimas dos décadas. Japón tiene por mucho el número más alto de escáneres de CT y unidades de MRI, y el tercer número más alto de escáneres de PET per cápita. Australia está en segundo lugar en el número de escáneres de CT; Estados Unidos tiene el segundo lugar en el número de unidades de MRI y escáneres de PET; y Dinamarca tiene el número más alto de escáneres de PET per cápita (Figura 5.21). El número total de estas tres tecnologías de diagnóstico combinadas es también sustancialmente más alto que el promedio de la OCDE en Austria, Alemania, Corea, Grecia, Islandia, Italia y Suiza; y mucho menor al promedio en Colombia, Costa Rica, Hungría y México.

Se dispone de datos sobre el uso de escáneres de diagnóstico para 30 países de la OCDE. En conjunto, el uso de escáneres de diagnóstico de CT, MRI y PET fue mayor en Estados Unidos, Austria e Islandia, todos los cuales tuvieron un total combinado de más de 340 estudios por cada 1 000 habitantes en 2019 (Figura 5.22). El uso de estos tres estudios de diagnóstico fue más bajo en Polonia, Finlandia y Chile.

El análisis de una selección de tendencias a lo largo del tiempo muestra que en Australia e Islandia el número de estudios de CT por población se incrementó en aproximadamente 50% en la última década. En Finlandia el número de estudios de CT se duplicó, aunque a partir de una base menor (Figura 5.23). En Estados Unidos, el número de estudios de MRI por población se incrementó en una tercera parte de 2009 a 2019, mientras que en Australia, el número de estudios de MRI fue de más del doble (Figura 5.24).

Existen grandes variaciones en el uso de escáneres de CT y unidades de MRI, no solo entre países, sino también dentro de ellos –por ejemplo, un análisis reciente en Bélgica muestra una variación de 50% en el uso de estudios de diagnóstico de la columna vertebral entre provincias en 2017, y esta variación es aún mayor entre áreas más pequeñas (INAMI/RIVIZ, 2019[21]).

Existen directrices clínicas en varios países de la OCDE para promover un uso más racional de los estudios de CT y MRI. A través de la campaña *Choosing Wisely*, iniciada en Estados Unidos en 2012 y emulada en un número creciente de países desde entonces, algunas sociedades médicas han identificado casos en que los estudios de CT y MRI no son necesarios. Por ejemplo, el *Royal College of Physicians* en Reino Unido, recomienda con base en la evidencia del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), no practicar de forma rutinaria pruebas de imagen a los pacientes con dolor de espalda baja o sospecha de migraña (Choosing Wisely UK, 2018[22]).

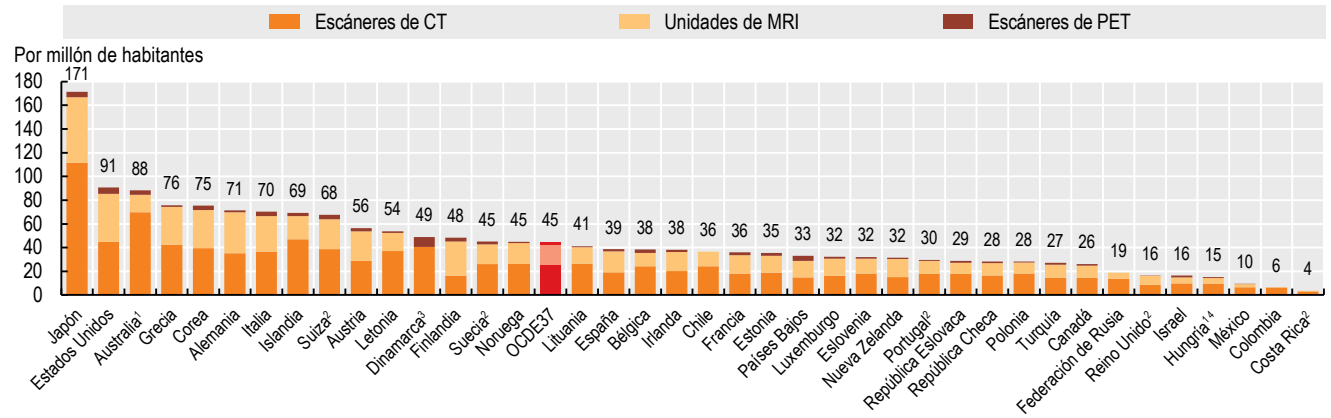
A pesar de una tendencia general al alza en el uso de tecnologías de diagnóstico a lo largo del tiempo, los datos más recientes de 2020 muestran disminuciones marcadas en la mayoría de los países de la OCDE con datos comparables. Estas reducciones se debieron a que los proveedores de servicios de salud se vieron forzados por la pandemia de COVID-19 a retrasar o cancelar estudios de diagnóstico. Los números de estudios de CT y MRI disminuyeron en 2020 en comparación con 2019 en cinco de seis países de la OCDE (Estados Unidos, Finlandia, Islandia, Italia y Noruega). La reducción en el número de estudios de CT fue de más de 30% en Finlandia y de 20% en Estados Unidos. El número de estudios de MRI se redujo en más de 30% en Estados Unidos y más de 15% en Italia y Finlandia. Es probable que el aplazamiento y la disminución de los estudios de diagnóstico causen retrasos significativos en la atención, con repercusiones en los resultados de salud de las personas.

Definición y comparabilidad

La información de la mayoría de los países cubre escáneres de CT, unidades de MRI y escáneres de PET instalados tanto en hospitales como en el sector ambulatorio, pero la cobertura es más limitada en algunos países. Costa Rica, Portugal, Suecia, Suiza (unidades de MRI) y Reino Unido reportan el equipo disponible solamente en hospitales, mientras que Hungría incluye solamente los equipos instalados fuera de los hospitales. En Colombia, Costa Rica y Reino Unido, los datos incluyen solamente los equipos en el sector público. En Australia y Hungría, el número de escáneres de CT, unidades de MRI y escáneres de PET incluye solo aquellos elegibles para reembolso público.

De forma similar, los estudios de CT, MRI y PET realizados fuera de hospitales no están incluidos en los datos de Portugal, Suiza y Reino Unido, mientras que Noruega no incluye los estudios realizados en hospitales. En Australia, los datos incluyen solamente estudios para pacientes privados (dentro o fuera de los hospitales), mientras que para Corea y Países Bajos incluyen solamente los estudios financiados con fondos públicos.

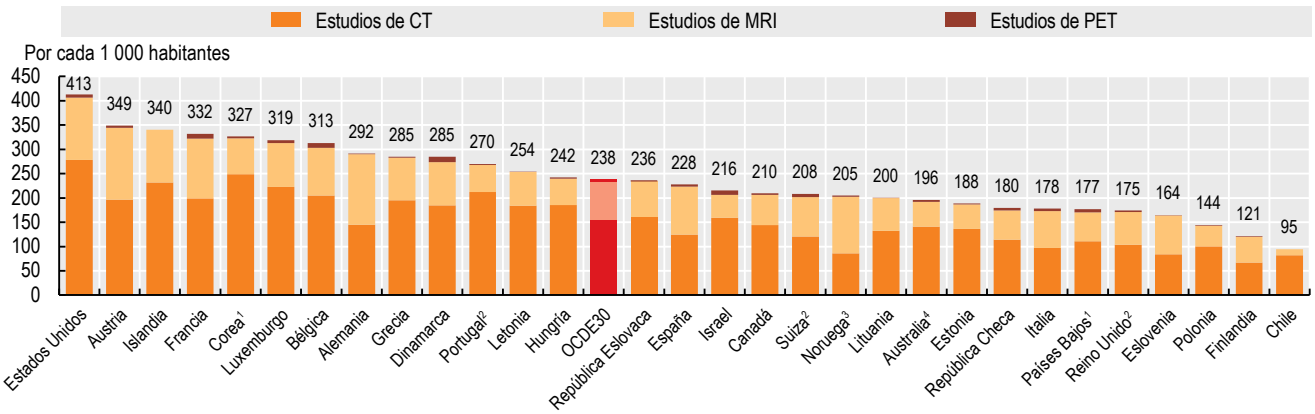
Figura 5.21. **Escáneres de CT, unidades de MRI y escáneres de PET, 2019 (o año más cercano)**



1. Los datos incluyen solamente el equipo elegible para reembolso público. 2. Los datos excluyen el equipo fuera de hospitales (solamente unidades de MRI en Suiza) 3. Los datos sobre unidades MRI no están disponibles. 4. Los datos incluyen solamente equipo fuera de hospitales.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/lgfjst

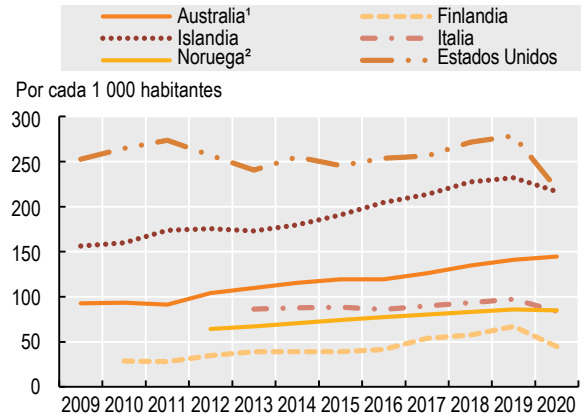
Figura 5.22. **Estudios de CT, MRI y PET, 2019 (o año más cercano)**



1. No se incluyen estudios con fondos privados. 2. No se incluyen estudios realizados fuera de hospitales. 3. Solamente se incluyen estudios realizados fuera de hospitales. 4. No se incluyen estudios realizados a pacientes del sector público.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/exfgtl

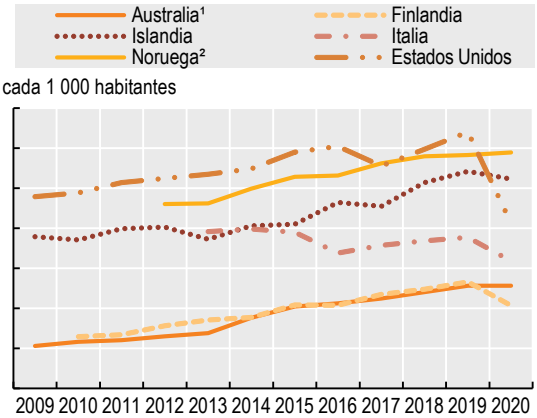
Figura 5.23. **Tendencias en estudios de CT, selección de países, 2009-2020**



1. No se incluyen estudios de pacientes del sector público. 2. Solo se incluyen estudios realizados fuera de hospitales.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/f73trj

Figura 5.24. **Tendencias en estudios de MRI, selección de países, 2009-2020**



1. No se incluyen estudios de pacientes del sector público. 2. Solo se incluyen estudios realizados fuera de hospitales..
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/glptv4

Reemplazo de cadera y rodilla

Los reemplazos de cadera y de rodilla están entre las cirugías más efectivas y frecuentemente llevadas a cabo en el mundo entero. La principal indicación para un reemplazo de cadera y rodilla (cirugía de reemplazo de articulación) es la osteoartritis, que reduce la funcionalidad y la calidad de vida.

La osteoartritis es una forma degenerativa de artritis que se caracteriza por el desgaste del cartílago que amortigua y suaviza el movimiento de las articulaciones –comúnmente de cadera y rodillas. Causa dolor, hinchazón y rigidez, lo que resulta en pérdida de movimiento y funcionalidad. La osteoartritis es una de las diez enfermedades más discapacitantes en países desarrollados. Globalmente, se calcula que 10% de los hombres y 18% de las mujeres de más de 60 años padecen formas moderadas y severas de osteoartritis sintomática (WHO, 2014[23]).

La edad es el principal factor para predecir el desarrollo y avance de la osteoartritis. Es más común en mujeres, y se incrementa después de los 50 años especialmente en las manos y las rodillas. Otros factores de riesgo son 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.

En 2019, Alemania, Austria, Suiza, Finlandia y Bélgica estuvieron entre los países con las tasas más altas de reemplazo de cadera y rodilla (Figura 5.25 y Figura 5.26). Los promedios de la OCDE son de 174 reemplazos de cadera por cada 100 000 habitantes, y 137 reemplazos de rodilla por cada 100 000 habitantes. México, Costa Rica, Chile, Portugal, Israel e Irlanda tienen tasas bajas de reemplazo de cadera y rodilla. Las diferencias en la estructura de la población pueden explicar parcialmente esta variación entre países, y la estandarización por edad la reduce en cierta medida. Sin embargo, persisten grandes diferencias y la clasificación de países no cambia significativamente con la estandarización por edad (McPherson, Gon y Scott, 2013[24]).

Los promedios nacionales pueden enmascarar variaciones importantes en las tasas de reemplazo de cadera y rodilla en los países. En Australia, Canadá, Alemania, Francia e Italia, la tasa de reemplazo de rodilla es más de dos veces más alta en algunas regiones que en otras, aún después de ser estandarizada por edad (OECD, 2014[25]). Además del número de intervenciones, la calidad de la cirugía de cadera y rodilla (véase el indicador "Cirugía de cadera y rodilla" en el Capítulo 6) y los tiempos de espera (véase el indicador "Tiempos de espera para cirugía electiva") también son críticos para los pacientes.

Desde 2009, el número de reemplazos de cadera y rodilla se ha incrementado rápidamente en la mayoría de los países de la OCDE (Figura 5.27 y Figura 5.28). En promedio, las tasas de reemplazo de cadera se incrementaron 22% entre 2009 y 2019, y las de reemplazo de rodilla en 35%. Esto concuerda con la creciente incidencia y prevalencia de osteoartritis, causada por el envejecimiento de la población y el aumento de las tasas de obesidad en los países de la OCDE. Por ejemplo, en Estados Unidos la prevalencia de osteoartritis de la rodilla es más del doble desde mediados del siglo XX (Wallace et al., 2017[26]). La mayoría de los países de la OCDE presentan tendencias al alza en diferentes grados, aunque en Irlanda el crecimiento es menor al promedio tanto para reemplazo de cadera como de rodilla, mientras que en Italia el crecimiento es superior al promedio.

Sin embargo, en 2020, los datos preliminares de algunos países de la OCDE muestran una disminución marcada en las cirugías de cadera y rodilla, lo que refleja que posponer las cirugías electivas no urgentes fue una medida clave adoptada por los países para incrementar la capacidad de los sistemas de salud de anticipar y hacer frente a la oleada de COVID-19. Por ejemplo, los datos de 2020 muestran una disminución de más de 20% de reemplazos de cadera en Irlanda e Italia, y de más de 10% en Noruega y República Checa en comparación con 2019. Los reemplazos de rodilla disminuyeron alrededor de 30% en Italia, Irlanda y República Checa en 2020 en comparación con 2019, y en 8% en Noruega.

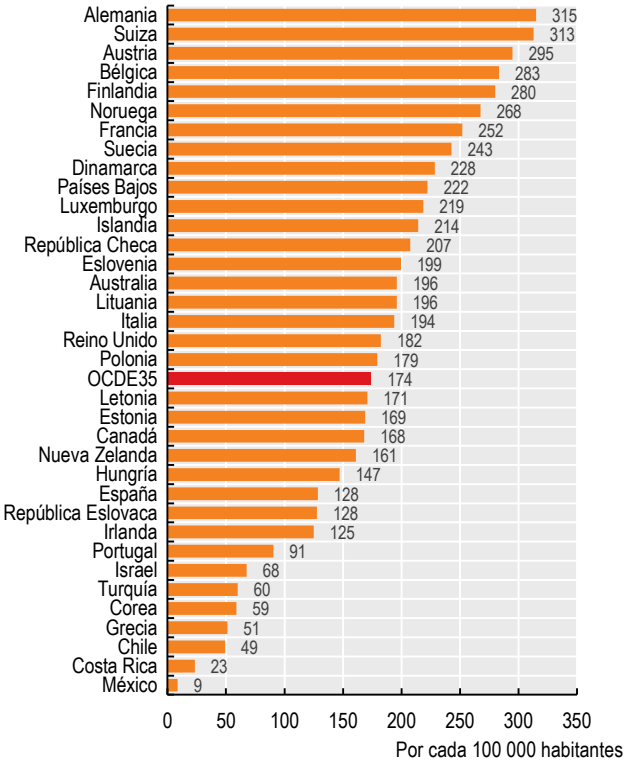
Definición y comparabilidad

El reemplazo de cadera es un procedimiento quirúrgico en el cual la articulación de la cadera se reemplaza por un implante prostético. 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 y discapacidad de la osteoartritis. También puede ser practicada por otras condiciones como la artritis reumatoide.

Los sistemas de clasificación y prácticas de registro pueden variar en diferentes países, lo que puede afectar la comparabilidad de los datos. Aunque la mayoría de los países incluye tanto el reemplazo total de cadera como el parcial, algunos otros incluyen solamente el reemplazo total de cadera. En Costa Rica, Irlanda, México, Nueva Zelanda y 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 (por ejemplo, se estima que aproximadamente 15% del total 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.

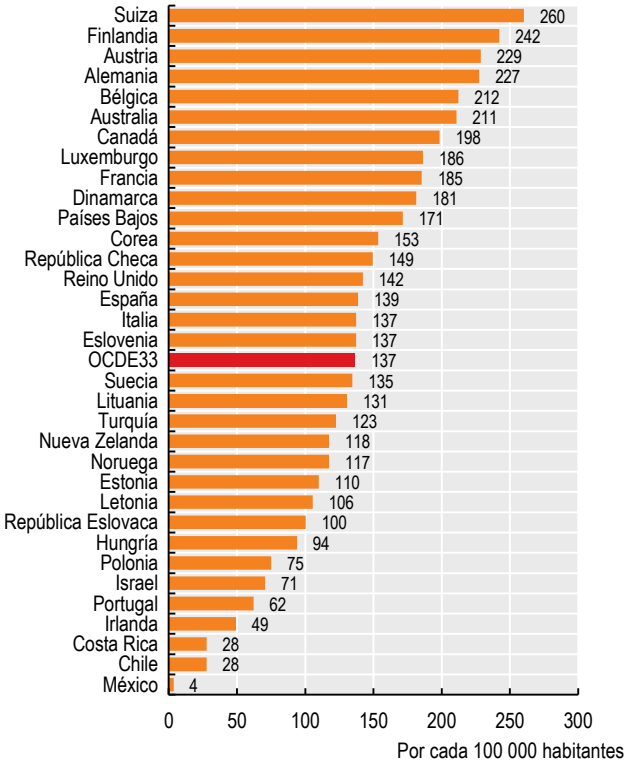
Figura 5.25. **Cirugía de reemplazo de cadera, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/bi1aos

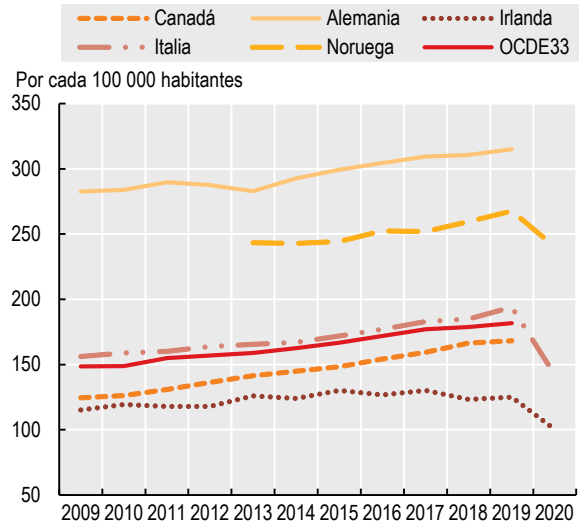
Figura 5.26. **Cirugía de reemplazo de rodilla, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/rp7tde

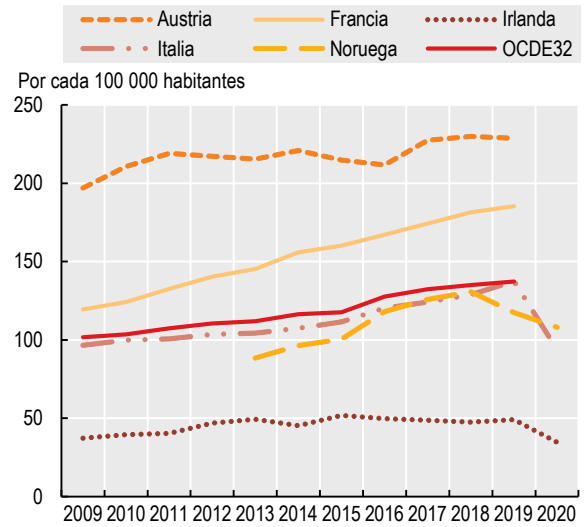
Figura 5.27. **Tendencias en cirugía de reemplazo de cadera, selección de países de la OCDE, 2009-2020**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/biu8wq

Figura 5.28. **Tendencias en cirugía de reemplazo de rodilla, selección de países de la OCDE, 2009-2020**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/fnqbja

Cirugía ambulatoria

En las últimas décadas el número de procedimientos quirúrgicos practicados en el mismo día se ha incrementado de manera notable en los países de la OCDE. Los avances en tecnologías médicas —particularmente la difusión de cirugías menos invasivas— y mejores anestésicos, han hecho esto posible. Estas innovaciones han mejorado la seguridad de los pacientes y los resultados médicos. Adicionalmente al acortar el tiempo de la intervención, la cirugía ambulatoria puede ahorrar importantes recursos sin tener efectos adversos en la calidad de la atención. También libera capacidad dentro de los hospitales para dedicarla a casos más complejos o reducir los tiempos de espera. Sin embargo, el impacto del incremento de la cirugía ambulatoria en el gasto total en salud puede no ser directo, pues la reducción del costo unitario (en comparación con cirugías con hospitalización) puede ser contrarrestada por el aumento del volumen de los procedimientos practicados. También es necesario tomar en cuenta cualquier costo adicional relacionado con cuidados y servicios comunitarios de salud después de las intervenciones.

La cirugía de cataratas y la amigdalectomía (la remoción de las amígdalas –unas glándulas al fondo de la garganta– practicada principalmente a niños), son buenos ejemplos de cirugías de alto volumen que ahora se practican en el mismo día en muchos países de la OCDE.

Aproximadamente 90% de las cirugías de cataratas son cirugías ambulatorias en la mayoría de los países de la OCDE (Figura 5.29). 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 Lituania, Hungría y México, con menos de 65% del total de cirugías de cataratas realizadas como casos de un día. Aunque esto puede ser parcialmente explicado por limitaciones en la cobertura de datos de actividades de consulta externa fuera o dentro de los hospitales, también puede reflejar reembolsos más convenientes por hospitalización o limitaciones en el desarrollo de cirugía ambulatoria.

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, actualmente se practica principalmente en forma ambulatoria en 11 de 30 países de la OCDE con datos comparables, y los niños regresan a casa el mismo día (Figura 5.30). Sin embargo, la proporción de casos no es todavía tan alta como la de la cirugía de cataratas, con un promedio de 38% de amigdalectomías ambulatorias en comparación con 92% de cirugías de cataratas en promedio en los países de la OCDE. Las tasas de amigdalectomías ambulatorias son relativamente altas en Islandia, Finlandia y Costa Rica (85% o más de los casos), pero siguen siendo menos de 10% de los casos en nueve países de la OCDE.

En Eslovenia, Hungría, República Checa y Austria, prácticamente no hay amigdalectomías ambulatorias. Estas importantes diferencias en la proporción de cirugías ambulatorias pueden reflejar variaciones en la percepción de los riesgos de complicaciones postoperatorias, o simplemente tradiciones clínicas de mantener a los niños al menos una noche en el hospital después de la operación.

El número de operaciones de cataratas y amigdalectomías llevadas a cabo como cirugías ambulatorias se ha incrementado significativamente desde 2009 en muchos países, como Austria, Francia y Reino Unido (Figura 5.31 y Figura 5.32). En Austria, la proporción de cirugías de cataratas llevadas a cabo como casos de un día, se incrementó de solo 24% en 2009, a 88% en 2019; en Lituania se incrementó de 8% a 52%. La proporción de amigdalectomías ambulatorias se duplicó entre 2009 y 2019 en Suecia (39% a 79%) y Reino Unido (31% a 63%). Al minimizar el tiempo de permanencia en contextos hospitalarios, las cirugías ambulatorias también reducen el riesgo de exposición a la COVID-19. Los datos preliminares para 2020 muestran solo cambios ligeros en la proporción de operaciones de cataratas y amigdalectomías ambulatorias.

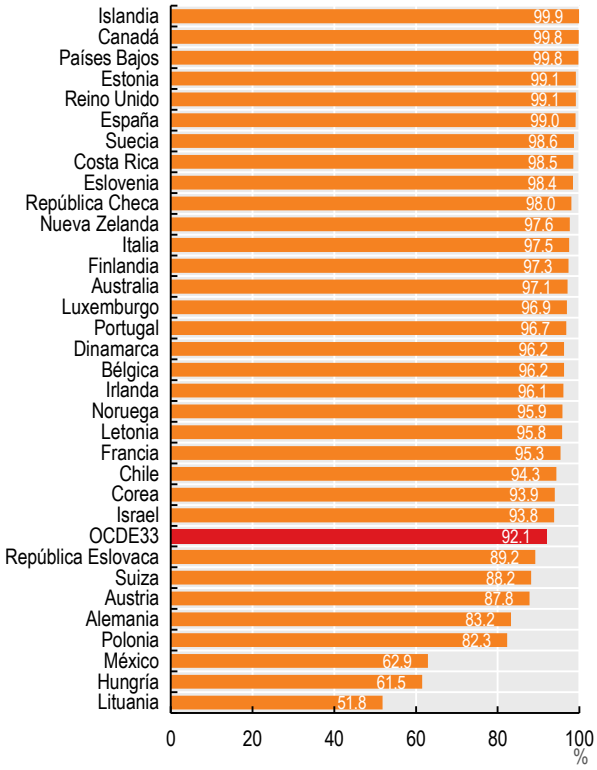
Los incentivos financieros pueden afectar el grado en que los procedimientos menores se practican como cirugías ambulatorias. En Dinamarca y Francia los sistemas de grupos de diagnóstico relacionados se han ajustado para incentivar la cirugía ambulatoria. En Reino Unido, se otorgó un incentivo financiero de aproximadamente 300 libras esterlinas por caso, para una selección de procedimientos quirúrgicos si se practicaban como cirugías ambulatorias (OECD, 2017[19]).

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 su 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 de consulta externa dentro o fuera de los hospitales (pacientes que no son formalmente ingresados y dados de alta), lo que resulta en una subestimación. En Costa Rica, Irlanda, México, Nueva Zelanda y Reino Unido, las cifras solo incluyen cirugías de cataratas realizadas en hospitales públicos u operados con fondos públicos, excluyendo todos los procedimientos llevados a cabo en hospitales privados (en Irlanda se calcula 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.

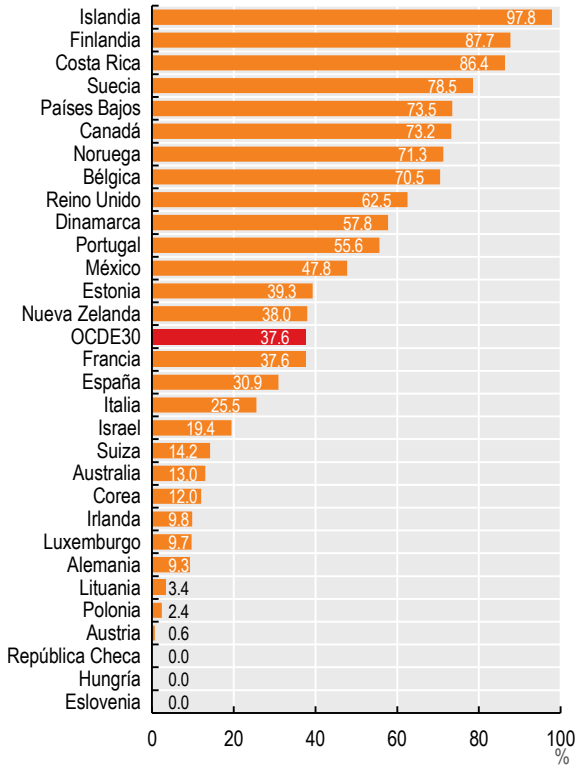
Figura 5.29. **Proporción de operaciones de cataratas llevadas a cabo como cirugías ambulatorias, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/8fu5q0

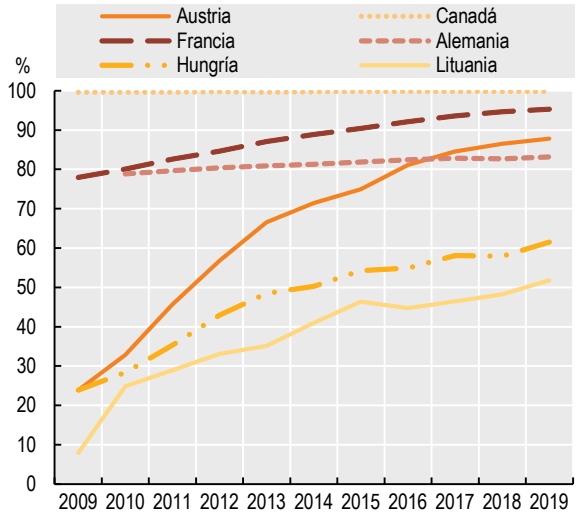
Figua 5.30. **Proporción de amigdalectomías llevadas a cabo como cirugías ambulatorias, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/emhyat

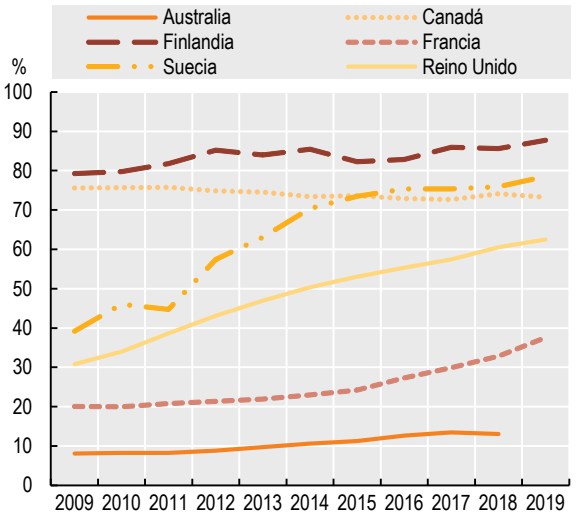
Figura 5.31. **Tendencias en operaciones de cataratas llevadas a cabo como cirugías ambulatorias, selección de países de la OCDE, 2009-2019**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/cqj3v7

Figura 5.32. **Tendencias en amigdalectomías llevadas a cabo como cirugías ambulatorias, selección de países de la OCDE, 2009-2019**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/jfv42a

Tiempo de espera para cirugía electiva

Los tiempos de espera largos para cirugía electiva (no de urgencia), han sido un problema de hace tiempo en varios países de la OCDE, pues se posponen los beneficios que se esperan del tratamiento y los pacientes siguen padeciendo dolor y discapacidad. La pandemia de COVID-19 ha resaltado aún más el problema, pues las intervenciones no urgentes se han pospuesto frecuentemente durante los picos de la pandemia.

Los tiempos de espera son el resultado de una compleja interacción entre la demanda y la oferta de servicios de salud. La demanda de servicios y cirugías electivas se determina por el estado de salud de la población, los avances en tecnología médica (incluyendo la simplificación de varios procedimientos, como la cirugía de cataratas), las preferencias y la carga del costo compartido para los pacientes. Sin embargo, los médicos tienen un papel crucial en la decisión de operar al paciente o no. Desde el lado de la oferta, la disponibilidad de cirujanos, anestesistas y demás personal para cirugías, además de la disponibilidad del equipo médico requerido, afectan los índices de actividad quirúrgica.

Los datos que se presentan en esta sección se enfocan en tres procedimientos quirúrgicos de alto volumen: cirugía de cataratas, reemplazo de cadera y reemplazo de rodilla. En 2019, entre 15 países con datos comparables, más de 60% de los pacientes permanecieron en listas de espera para cirugía de cataratas por más de tres meses en Costa Rica, Noruega, Estonia y Finlandia (aunque los tiempos de espera en Noruega están sobreestimados en comparación con otros países para este y los otros dos procedimientos quirúrgicos –véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). La proporción de pacientes que esperaron durante más de tres meses fue relativamente baja (20% o menos) en Hungría, Italia y Dinamarca (Figura 5.33, gráfica izquierda). Para reemplazo de cadera, la proporción de pacientes que permanecen en listas de espera por más de tres meses varió de 10% en Dinamarca, y alrededor de 30% en Suecia e Italia, a más de 70% en Chile, Estonia, Costa Rica y Noruega (Figura 5.34, gráfica izquierda). Se observan patrones similares para el reemplazo de rodilla (Figura 5.35, gráfica izquierda): en Chile, Estonia, Costa Rica, Portugal y Noruega, más de 80% de los pacientes permanecieron en listas de espera por más de tres meses, aunque la proporción fue mucho menor en Dinamarca (14%) e Italia (28%).

Los gobiernos de muchos países aplicaron diversas medidas antes del brote de COVID-19 para reducir los tiempos de espera, a menudo respaldadas por fondos adicionales, con éxito variable. La política más común sigue siendo la introducción de un tiempo de espera máximo, que puede ser usado para realizar esfuerzos para hacer coincidir la oferta y la demanda en diferentes formas (OECD, 2020[27]). Para los tres procedimientos quirúrgicos entre 2014 y 2019, la proporción de pacientes que esperaron más de tres meses no cambió en forma sustancial, o incluso se incrementó en la mayoría de estos 15 países. Las excepciones incluyen mejoras importantes en Dinamarca, Polonia y Hungría para los tres procedimientos, y en Finlandia para cirugías de reemplazo de cadera y rodilla. Desde finales de la década de 2000, Dinamarca aplicó el tiempo de espera máximo, junto con elección del proveedor por parte del paciente. La garantía de tiempo de espera se redujo de dos meses a un mes en 2007, junto con la libre elección del proveedor. Bajo este esquema, si el hospital puede prever que la garantía no se cumplirá, el paciente puede elegir otro hospital público o privado. En Hungría, se establecieron metas específicas para reducir los tiempos de espera. Para lograrlo, el gobierno adoptó nuevas leyes y reglamentos en la gestión de listas de espera; desarrolló un sistema en línea para monitorear la situación en tiempo real; proporcionó pagos adicionales para reducir una selección de tiempos de espera; y promovió la reasignación de pacientes a proveedores con tiempos de espera más cortos. En Polonia, se ha otorgado financiamiento adicional desde 2018, y la información sobre tiempos de espera para diferentes procedimientos es más accesible para los pacientes a través de un sitio web dedicado. Más ciudadanos polacos también han adquirido seguros médicos privados para tener acceso más rápido a servicios en hospitales privados (OECD, 2020[27]).

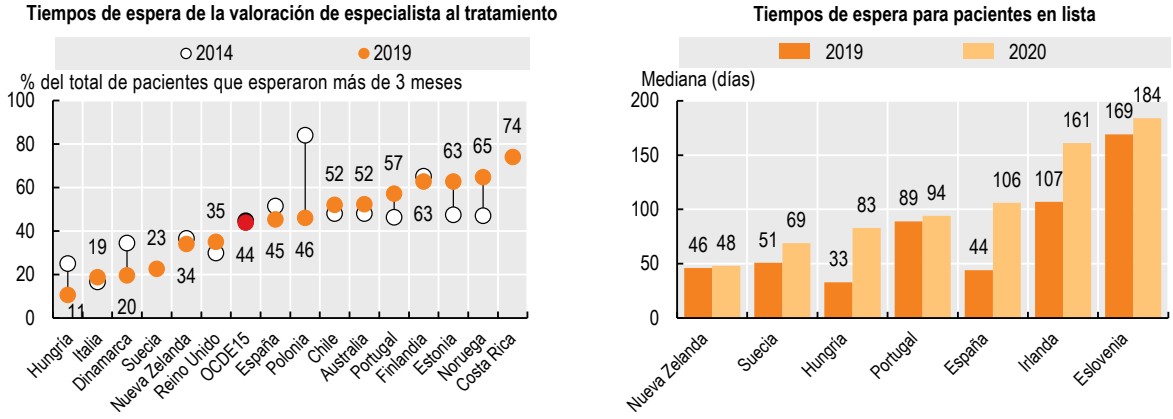
Los datos iniciales para 2020 muestran el impacto adverso de la pandemia de COVID-19 (Figura 5.33, Figura 5.34 y Figura 5.35, gráficas a la derecha). Para los tres procedimientos, los tiempos de espera en 2020 se incrementaron en los siete países con datos disponibles (Nueva Zelanda, Suecia, Hungría, Portugal, España, Irlanda y Eslovenia). En estos países, la mediana del número de días en una lista de espera se incrementó 30 días en promedio para cirugía de cataratas, 58 días para reemplazo de cadera y 88 días para reemplazo de rodilla, en comparación con 2019.

Definición y comparabilidad

En esta sección se presentan dos medidas diferentes de tiempos de espera para procedimientos electivos: tiempos de espera desde la valoración de un especialista hasta el tratamiento, con datos reportados sobre la proporción de pacientes que esperan más de tres meses; y tiempos de espera de pacientes que están aún en una lista en un determinado momento, y se muestra la mediana del número de días. La mediana es menor, en comparación con la media, ya que minimiza la influencia de los datos atípicos –pacientes con tiempos de espera muy largos. Los tiempos de espera en Noruega son sobreestimados, pues empiezan cuando un médico refiere a un paciente para valoración de un especialista para el tratamiento, mientras que en otros países comienzan cuando un especialista ha valorado al paciente y decidido incluirlo en la lista de espera para el tratamiento.

Los datos provienen de bases de datos administrativas. Los pacientes que rechazan el procedimiento en varias ocasiones en general son removidos de las listas, excepto en Estonia.

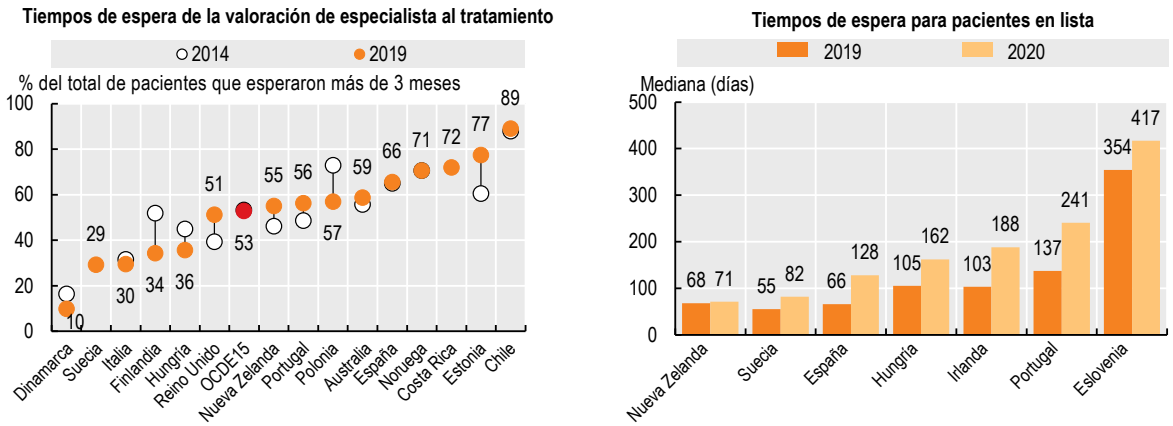
Figura 5.33. **Tiempos de espera para cirugía de cataratas**



Nota: Los tiempos de espera para Noruega son sobreestimados debido a un punto de inicio anterior.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/cniso0

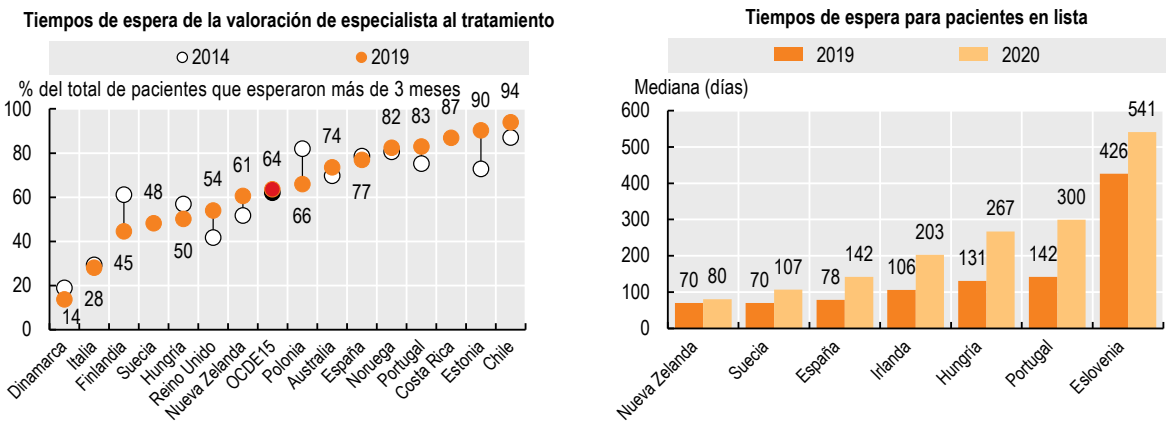
Figura 5.34. **Tiempos de espera para reemplazo de cadera**



Nota: Los tiempos de espera para Noruega son sobreestimados debido a un punto de inicio anterior.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/169m3e

Figura 5.35. **Tiempos de espera para reemplazo de rodilla**



Nota: Los tiempos de espera para Noruega son sobreestimados debido a un punto de inicio anterior.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/6ub1en

Referencias

[22] Choosing Wisely UK (2018), "Clinical Recommendations: Royal College of Physicians", disponible en *http://www.choosingwisely.co.uk/*.

[8] Cylus, J., S. Thomson y T. Evetovits (2018), "Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods", *Bulletin of the World Helath Organization*, vol. 96/9, disponible en *http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031*.

[29] General Directorate of Health Services (2019), "Health Statistics Yearbook 2019".

[21] INAMI/RIVIZ (2019), "Medical Practice Variations", disponible en *https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations*.

[18] Lorenzoni, L. y A. Marino (2017), "Understanding variations in hospital length of stay and cost: Results of a pilot project", *OECD Health Working Papers,* núm. 94, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/ae3a5ce9-en*.

[20] Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", *OECD Health Working Papers*, núm. 110, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en*.

[11] Maier, C., L. Aiken y R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation", *OECD Health Working Papers*, vol. 98, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*.

[24] 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, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en*.

[16] NICE (2018), "Bed Occupancy", disponible en *https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704*.

[13] Oderkirk, J. (2021), "Survey results: National health data infrastructure and governance", *OECD Health Working Papers*, núm. 127, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/55d24b5d-en*.

[6] OECD (2021), "Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19", *OECD Journal on Budgeting*, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/69b897fb-en*.

[5] OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en*.

[27] OECD (2020), *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/242e3c8c-en*.

[4] OECD (2019), *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

[12] OECD (2019), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en*.

[19] OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

[1] OECD (2016), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016,* OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en*.

[25] OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

[3] OECD/European Observatory of Health Systems and Policies (2019), *Ireland: Country Health Profile 2019*, OECD Publishing, París/ European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas, disponible en *https://doi.org/10.1787/2393fd0a-en*.

[14] OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/82129230-en*.

[7] OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264270985-en*.

[10] Oliveira Hashiguchi, T. (2020), "Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, núm. 116, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/8e56ede7-en*.

[28] Ono, T., M. Schoenstein y J. Buchan (2014), "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", *OECD Health Working Papers*, núm. 69, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en*.

[15] Phua, J., M. Hashmi y R. Haniffa (2020), "ICU beds: less is more? Not sure", *Intensive Care Medicine*, vol. 46/8, pp. 1600-1602, disponible en *http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-06162-8*.

[17] Sze, S. y P. al (2021), "The need for improved discharge criteria for hospitalised patients with COVID-19--implications for patients in long-term care facilities.", *Age and Ageing*, vol. 50/1, disponible en *https://doi.org/10.1093/ageing/afaa206*.

[2] United States Census Bureau (2018), *Health Insurance Coverage in the United States*.

[26] Wallace, I. et al. (2017), "Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114/35, pp. 9332-9336, disponible en *http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1703856114*.

[23] WHO (2014), *Chronic Rheumatic Conditions*, Fact Sheet, World Health Organization, disponible en *http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/*.

[9] WHO Regional Office for Europe (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe,* WHO Regional Office for Europe, Copenhague, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/332516*.

6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Campañas de vacunación

Seguridad en la prescripción en atención primaria

Servicios centrados en el paciente en atención ambulatoria

Admisiones hospitalarias evitables

Cuidado de diabetes

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

Mortalidad por accidente vascular isquémico

Cirugía de cadera y rodilla

Seguridad en cuidados intensivos –complicaciones quirúrgicas y trauma obstétrico

Seguridad en cuidados intensivos –cultura laboral y experiencias de los pacientes

Cuidados para personas con desórdenes de salud mental

Atención de cáncer de mama

Sobrevivencia a otros tipos importantes de cáncer

Atención integral

Campañas de vacunación

Las vacunas son una herramienta efectiva y rentable de protección contra enfermedades infecciosas. Existe un amplio consenso en la comunidad científica mundial en cuanto a que la forma más eficaz de derrotar a la COVID-19, por ejemplo, es mediante la vacunación masiva de las poblaciones de todo el mundo.

La influenza es una enfermedad infecciosa común que causa anualmente entre 3 y 5 millones de casos graves en el mundo, y hasta 650 000 muertes (WHO, 2019[1]). Los adultos mayores tienen un riesgo más alto de desarrollar complicaciones graves con la influenza –incluyendo neumonía y sepsis– que pueden ocasionar enfermedad grave y la muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO, por sus siglas en inglés) recomienda vacunar 75% de la población de adultos mayores contra la influenza estacional.

La Figura 6.2 muestra los índices de vacunación de adultos mayores de 65 años para 2009 y 2019, y en algunos casos 2020. En 2019, el índice promedio de vacunación para este grupo vulnerable fue de solo 46% en los países de la OCDE, menor al de 2009 de 49%. Se observó un decremento de 20 puntos porcentuales o más en la vacunación de personas mayores contra la influenza en Países Bajos, Chile y Alemania durante este periodo.

La disminución de la confianza pública en la seguridad y eficacia de la vacunación puede influir en el descenso de la cobertura en algunos países. En América del Norte, solo 72% de la población estaba de acuerdo en que las vacunas son seguras, y esta cifra era solo 59% en Europa Occidental (Gallup, 2019[2]). Esta indecisión sobre las vacunas se ha extendido a la COVID-19, pues las encuestas más recientes muestran que solo 68% de los encuestados a nivel mundial estarían dispuestos a recibir una vacuna aprobada si se les ofreciera en forma gratuita (Gallup, 2021[3]). Las acciones gubernamentales para ganar confianza son esenciales para el éxito de las campañas de vacunación para COVID-19 y otras enfermedades prevenibles con vacunación (OECD, 2021[4]).

A pesar de las tendencias mundiales, algunos países tuvieron incrementos en los índices de vacunación entre 2009 y 2019, como Grecia, Lituania, Estonia y Corea, donde los índices para adultos mayores de 65 años se incrementaron en más de 10%. Solo Corea (con 86%), y México (con 82%) alcanzaron el objetivo de 75% de vacunación de la OMS en 2019. Los 11 países que proporcionaron datos para 2020 tuvieron incrementos con respecto a las cifras para 2019.

Al igual que con la influenza, la forma más directa de proteger a la población de la COVID-19 y reducir la morbilidad y la mortalidad es dar prioridad a la vacunación de las poblaciones vulnerables, incluidos los adultos mayores, las personas con enfermedades preexistentes y los trabajadores de salud (OCDE, 2021[5]). La atención primaria puede desempeñar un papel clave en la ejecución de los programas de vacunación para las poblaciones vulnerables y los diversos programas que los países han puesto en marcha para responder eficazmente a las demandas de la pandemia de COVID-19 (OCDE, 2021[6]). Esto puede ilustrarse con el aumento de los índices de vacunación contra influenza para los adultos mayores entre 2019 y 2020 en algunos países de los que se dispone de datos para el período reciente, como Islandia, España, Irlanda, Grecia, Israel, Nueva Zelanda y Chile.

La cobertura de la vacunación infantil depende de la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer atención rutinaria oportuna. La Figura 6.2 muestra la cobertura de vacunación contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP, por sus siglas en inglés), sarampión y hepatitis B al año de edad. En todos los países de la OCDE, los niveles de vacunación son elevados, ya que alrededor de 95% de los niños reciben las vacunas recomendadas contra DTP o sarampión y 91% recibe la vacuna recomendada contra hepatitis B. Sin embargo, a pesar de los altos índices globales, casi la mitad de los países no alcanzan los niveles mínimos de inmunización recomendados por la OMS para prevenir la propagación del sarampión (95%); Estonia, Canadá y Francia tienen índices de inmunización de 90% o menos. Además, Austria y México no alcanzan los niveles mínimos de inmunización recomendados por la OMS para DTP (90%).

Los índices nacionales de cobertura altos pueden no ser suficientes para detener la propagación de la enfermedad si la distribución de vacunas dentro de un país es desigual. La baja cobertura de grupos locales específicos puede causar brotes. Sin embargo, las medidas puestas en marcha para enfrentar la pandemia de COVID-19 –como mayor higiene, uso de cubrebocas y reducción del hacinamiento– también pueden reducir los índices de otras enfermedades contagiosas. En particular, durante la pandemia de COVID-19 se ha observado un importante descenso mundial de los casos de sarampión. En Estados Unidos, por ejemplo, solo se notificaron 13 casos individuales de sarampión en 2020, muy por debajo de la cifra nacional de 2019, que fue de 1 282 (CDC, 2021[7]).

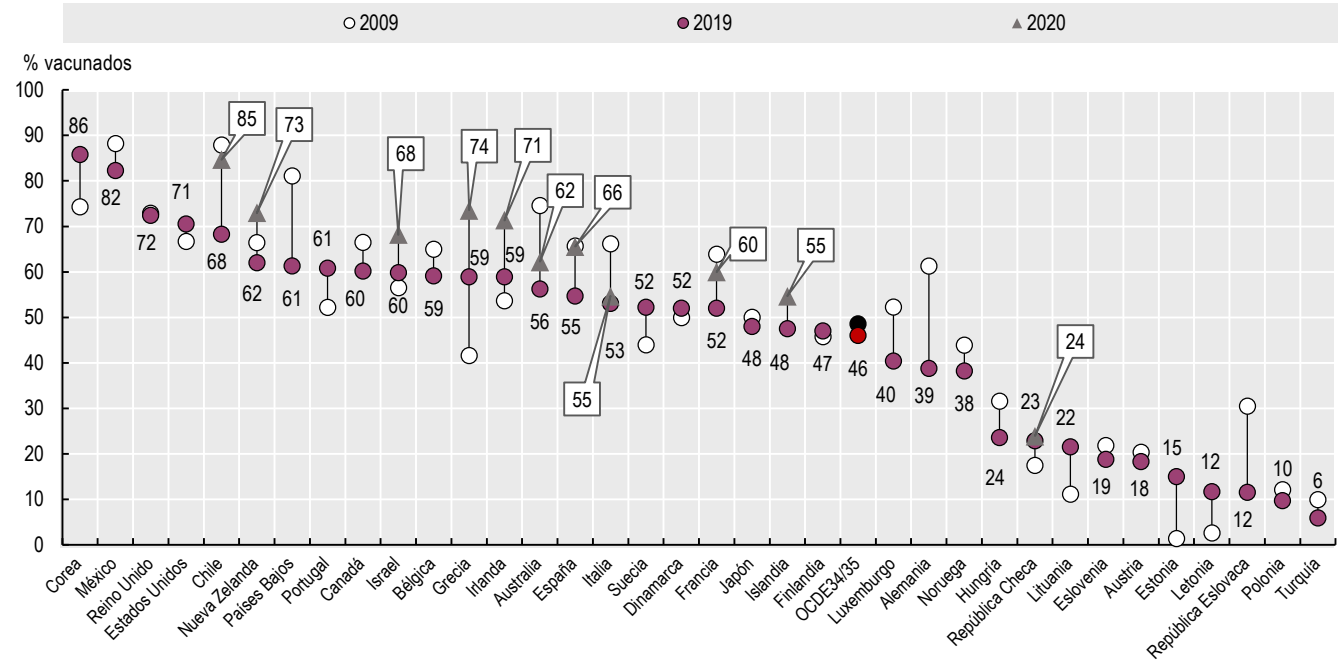
Definición y comparabilidad

Los índices de vacunación reflejan el porcentaje de población que recibe las vacunas indicadas en el marco de tiempo recomendado. La edad para completar la inmunización varía entre países, debido a diferentes programaciones de la vacunación. Para aquellos países que recomiendan la primera dosis de una vacuna después del primer año de edad, el indicador se calcula como la proporción de niños de menos de dos años que la han recibido. De este modo, estos indicadores están basados en la política de un determinado país.

Algunos países administran una combinación de vacunas (p. ej. DTP), mientras que otros las administran por separado. Algunos países determinan que la vacuna se ha recibido con base en encuestas, y otros con datos de encuentro, lo que puede influenciar los resultados. En Canadá, solo cuatro provincias y tres territorios incluyen la vacuna contra hepatitis B en sus programas de inmunización infantil. En otras jurisdicciones se aplica en edad escolar.

Los índices de vacunación contra influenza se refieren al número de habitantes de 65 años y mayores que han recibido la vacuna anual contra influenza, dividido entre el número total de habitantes de más de 65 años de edad. En algunos países las cifras son para población de más de 60 años.

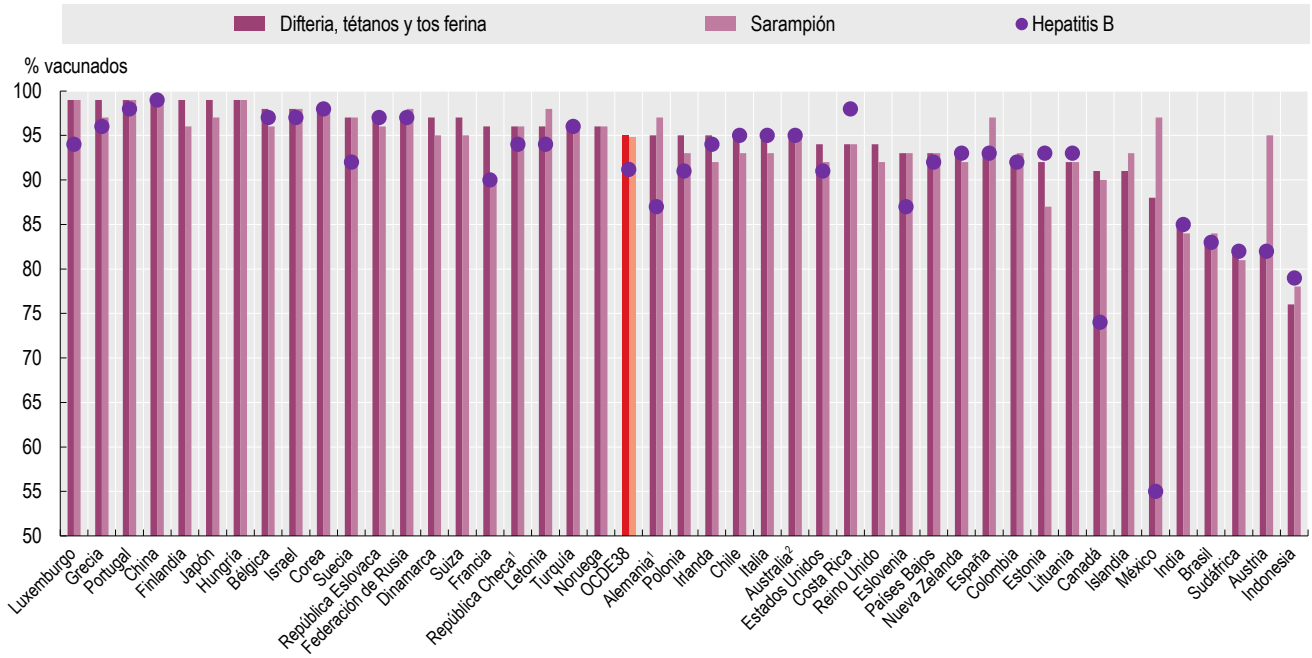
Figura 6.1. **Porcentaje de población de 65 años y mayores vacunados contra influenza, 2009, 2019 (o años más cercanos) y 2020**



Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo para todos los años, excepto 2020. Cifras estimadas para Noruega.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/rxjwqo

Figura 6.2. **Porcentaje de infantes vacunados contra difteria, tétanos y tosferina, sarampión y hepatitis B al año de edad, 2018 (o año más cercano)**



1. Las cifras para DTP son estimaciones. 2. Las cifras para sarampión son estimciones.
Fuente: World Health Organization/UNICEF.

StatLink https://stat.link/n0as87

Seguridad en la prescripción en atención primaria

La prescripción segura puede ser usada como un indicador de la calidad de los servicios de salud, pues complementa la información sobre consumo y gasto (véase el Capítulo 9). El uso excesivo, limitado o el mal uso de medicamentos de prescripción puede causar amenazas importantes para la salud y gasto innecesario. Este es el caso, por ejemplo, de los opioides y los antibióticos

Los opioides se usan con frecuencia para el tratamiento del dolor agudo y el dolor asociado con el cáncer, y en la última década se han utilizado de forma creciente para tratar el dolor crónico, a pesar del riesgo de dependencia, incremento de dosis, dificultad respiratoria y muerte. El uso de opioides está causando actualmente una alarmante y creciente epidemia de muertes por sobredosis en algunos países de la OCDE, como Estados Unidos y Canadá (OECD, 2019[8]).

La Figura 6.3 indica que, en todos los países de la OCDE, el volumen promedio de opioides prescritos en atención primaria en 2019 fue de 15 dosis diarias definidas (DDD) por cada 1 000 habitantes por día. Islandia y Noruega reportaron volúmenes de más del doble del promedio de la OCDE, mientras que Turquía y Corea reportaron los volúmenes más bajos. La mayoría de los países que proporcionaron datos para 2020 reportaron un incremento en el volumen total de prescripción de opioides. En promedio, más de 2% de la población de adultos en los países de la OCDE en 2019 eran usuarios crónicos de opioides (Figura 6.4). Corea e Italia reportaron la proporción más baja, e Islandia la más alta por un margen considerable. La amplitud de la variación puede explicarse en parte por las diferencias en la práctica clínica de manejo del dolor, así como las diferencias en la reglamentación, marcos legales para opioides, políticas de prescripción y guías de tratamiento.

En los próximos años también podría presentarse un incremento en el volumen de opioides prescritos como consecuencia de la COVID-19 y el tratamiento de posibles secuelas agudas, conocidas como "COVID-19 de largo plazo". Ya se ha observado un aumento del riesgo de este tipo de uso incidental de medicamentos basados en opioides (Al-Aly, Xie y Bowe, 2021[9]).

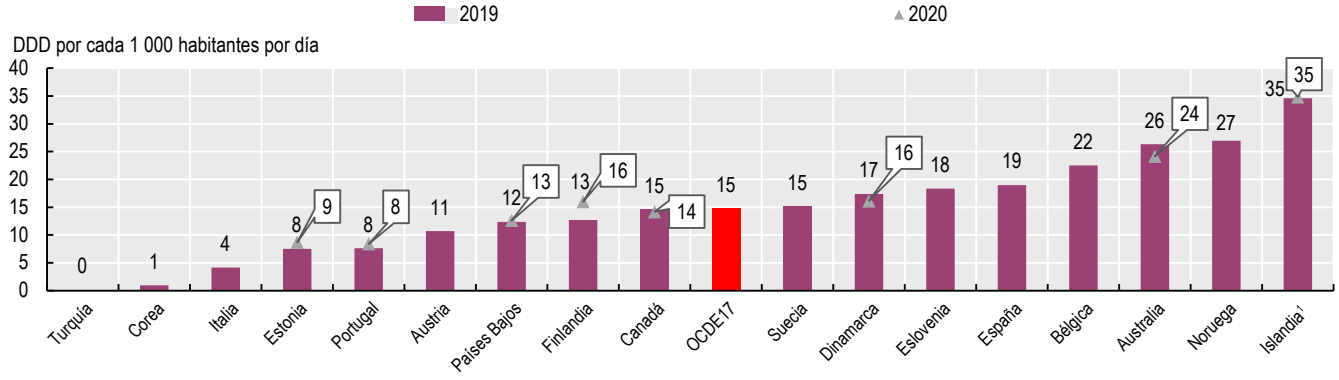
Los antibióticos deberían ser prescritos solo cuando hay una necesidad claramente basada en la evidencia, para reducir el riesgo de cepas de bacterias resistentes (OECD, 2018[10]). Por ejemplo, las quinolonas y cefalosporinas se consideran antibióticos de segunda línea en la mayoría de las guías de prescripción, y en general, deben ser usadas solo cuando los antibióticos de primera línea no son efectivos. El volumen total de antibióticos y antibióticos de segunda línea (como proporción del volumen total) han sido validados como indicadores de la calidad en contextos de atención primaria (OECD, 2017[11]), dada la creciente preocupación de salud pública causada por la resistencia antimicrobiana en todos los países de la OCDE (OECD, 2018[10]).

La Figura 6.5 muestra el volumen total de antibióticos prescritos en atención primaria en 2019, incluyendo antibióticos de segunda línea. Los volúmenes totales varían más de cuatro veces entre países, con los más bajos en Estonia, Suecia y Alemania; y los más altos en Islandia, Australia y Grecia. Los volúmenes de antibióticos de segunda línea varían entre países de 0.4 a 10.6 DDD por cada 1 000 habitantes por día. Los países escandinavos y Reino Unido reportaron los volúmenes más bajos de antibióticos de segunda línea, mientras que Grecia y Corea los más altos. Los datos de 2020 muestran una reducción en el volumen total de antibióticos prescritos. Esta variación podría explicarse, desde el lado de la oferta, por las diferencias en las guías e incentivos que rigen la prescripción en atención primaria y la adopción de soluciones de prescripción electrónica; y desde el lado de la demanda, por las diferencias en actitudes y expectativas con respecto al tratamiento óptimo de enfermedades infecciosas.

Definición y comparabilidad

La dosis diaria definida (DDD), es la dosis promedio aceptada de mantenimiento por día de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Por ejemplo, la DDD para una aspirina oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria aceptada de mantenimiento para tratar dolor en adultos. Las DDD no necesariamente reflejan la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Para mayor detalle consúltese *http://www.whocc.no/atcddd*. Los denominadores comprenden a la población incluida en la base de datos nacional de prescripción, y no a la población general. Se puede encontrar información adicional sobre fuentes y métodos en OECD.Stat. Otros datos sobre antibióticos en *OECD Health Statistics* pueden variar debido a diferencias en fuentes de datos y cobertura.

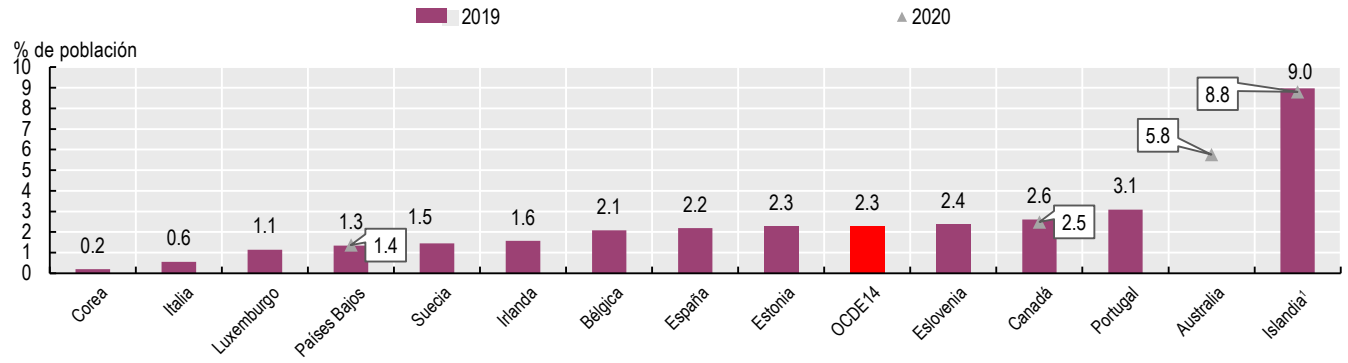
Figura 6.3. **Volumen total de opioides prescrito a la población de adultos, 2019 (o año más cercano) y 2020**



Nota: La población de adultos comprende personas de 18 años de edad y mayores. Los datos excluyen productos usados en el tratamiento de adicciones.
1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/pgq3wu

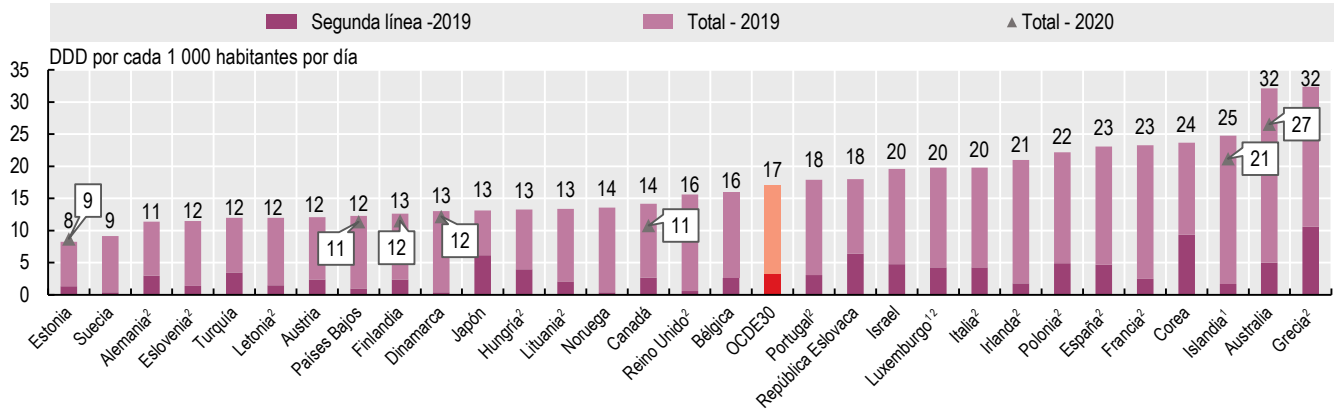
Figura 6.4. **Proporción de usuarios crónicos de opioides entre la población de adultos, 2019 (o año más cercano) y 2020**



Nota: La población de adultos comprende individuos de 18 años de edad y mayores. Los datos excluyen productos usados en el tratamiento de adicciones. El uso crónico se define como dos o más prescripciones durante al menos 90 días. 1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/gxjzqp

Figura 6.5. **Volumen total de antibióticos prescrito, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Promedio de tres años. 2. Datos del European Centre for Disease Prevention and Control.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/45l0j3

Servicios centrados en el paciente en atención ambulatoria

Dada la importancia de incorporar las voces de la gente en el desarrollo de los sistemas de salud y el mejoramiento de la calidad de la atención, en años recientes se han intensificado los esfuerzos nacionales para desarrollar y monitorear mediciones de reportes de pacientes. En muchos países se han establecido organizaciones específicas, o se han identificado instituciones ya existentes, y se les ha asignado la responsabilidad de medir y reportar las experiencias de los pacientes con los servicios de salud. Frecuentemente el resultado ha sido la recolección constante de datos sobre la experiencia de los pacientes, y la estandarización de los procedimientos de análisis y reporte.

Los países usan de formas diferentes los datos reportados por pacientes, para impulsar mejoras en los sistemas de salud. Para promover la calidad de los servicios de salud a través de mayor responsabilidad y transparencia de los proveedores, muchos países hacen públicos los datos de experiencia de los pacientes en reportes periódicos del sistema nacional de salud y/o sitios web públicos, mostrando las diferencias entre proveedores, regiones y en el tiempo. Canadá, Dinamarca, Francia, Reino Unido y República Checa usan mediciones de la experiencia de los pacientes para informar a las agencias reguladoras de servicios de salud para inspección, reglamentación y/o acreditación. Las mediciones reportadas por los pacientes también se usan en algunas jurisdicciones en Canadá, Dinamarca, Países Bajos y Reino Unido para proporcionar retroalimentación específica a proveedores y apoyar la mejora de la calidad (Fujisawa and Klazinga, 2017[12]).

En todos los países de la OCDE, la mayoría de los pacientes reportaron experiencias positivas durante los servicios de salud: haber pasado suficiente tiempo durante la consulta con un médico (Figura 6.6), haber recibido explicaciones fáciles de entender (Figura 6.7), y haber sido involucrados en las decisiones de atención y tratamiento (Figura 6.8). Japón tiene puntajes particularmente bajos en cuanto a la percepción de los pacientes sobre el tiempo de consulta, lo que probablemente esté asociado con un número más alto de consultas por médico (véase el indicador "Consultas médicas" en el Capítulo 5). Otros factores, como la cobertura de las encuestas, índices de respuesta y diferencias culturales en los patrones de respuesta en las encuestas, también pueden contribuir a las variaciones internacionales en las mediciones reportadas por los pacientes, de modo que se requiere dar seguimiento a las investigaciones.

El nivel de ingreso de los pacientes se asocia no solo con el acceso a los servicios (véase el indicador "Necesidades de servicios de salud no atendidas" en el Capítulo 5) pero también con sus experiencias con la atención. En promedio, en 11 países de la OCDE, los pacientes con ingresos superiores al promedio reportan una mejor experiencia con los servicios de salud que los pacientes con ingresos inferiores al promedio. Las experiencias de los pacientes también varían según el problema de salud (véase el indicador "Cuidados para personas con desórdenes de salud mental").

En los años anteriores a 2019, las experiencias de los pacientes mejoraron en Estonia, Israel y Polonia. Sin embargo, entre 2010 y 2020, la proporción de pacientes que reportaron haber tenido suficiente tiempo con el médico durante la consulta decreció en forma significativa en Alemania, Suecia, Suiza y Reino Unido, y la proporción de pacientes que se sintieron involucrados en las decisiones de atención y tratamiento disminuyó de manera importante en Francia, Suecia, Suiza y Reino Unido. Se observó una reducción significativa de pacientes que reportaron experiencias positivas en algunos de estos países durante 2020, lo que puede en cierta medida estar relacionado con la crisis de COVID-19.

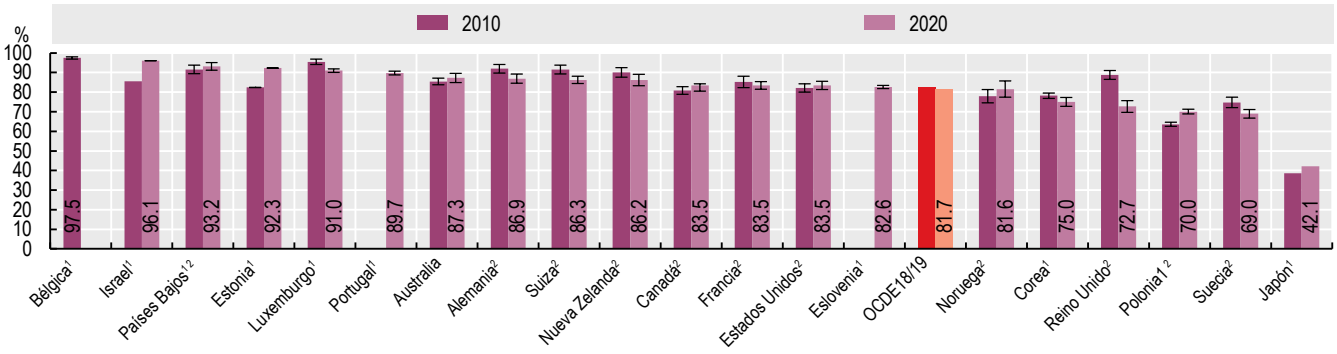
La pandemia de COVID-19 también ha hecho clara la necesidad de institucionalizar mecanismos para incorporar las voces de los pacientes en las decisiones de políticas que pueden tener impacto en la atención de los pacientes (OECD, 2021[6]). Un número creciente de países están utilizando mediciones reportadas por pacientes para evaluar si los sistemas de salud están atendiendo las necesidades de la población. La iniciativa *Patient-Reported Indicators Surveys* (PaRIS) de la OCDE tiene como objetivo recabar resultados y experiencias clave reportados por los pacientes para mejorar el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios e impulsar cambios en los sistemas de salud con base en las voces de la población (OECD, 2021[13]) (véase *https://www.oecd.org/health/paris.htm*).

Definición y comparabilidad

A fin de monitorear las experiencias de los pacientes con el sistema de salud en general, la OCDE recomienda recolectar información de la experiencia de los pacientes con cualquier médico en contextos ambulatorios. Un número creciente de países ha atendido esta recomendación y recabado datos de experiencias de pacientes por medio de encuestas nacionales de población representativa; en Japón y Portugal se recaba información a través de encuestas nacionales de usuarios representativos de servicios. Sin embargo, alrededor de la mitad de los países que se presentan, incluyendo Polonia, recaban datos de la experiencia de los pacientes en el contexto de consultas médicas normales, y no de la experiencia de los pacientes con cualquier médico en contextos ambulatorios. Los datos nacionales se refieren a los años hasta 2018.

En 11 países, las encuestas *International Health Policy Surveys* de Commonwealth Fund de 2010 y 2020 se usaron como fuente de datos, aun cuando hay limitantes en relación al tamaño pequeño de la muestra y las bajas tasas de respuesta. Los datos de esta encuesta se refieren a las experiencias de pacientes con un médico general, y no cualquier médico, incluyendo médicos generales y especialistas.

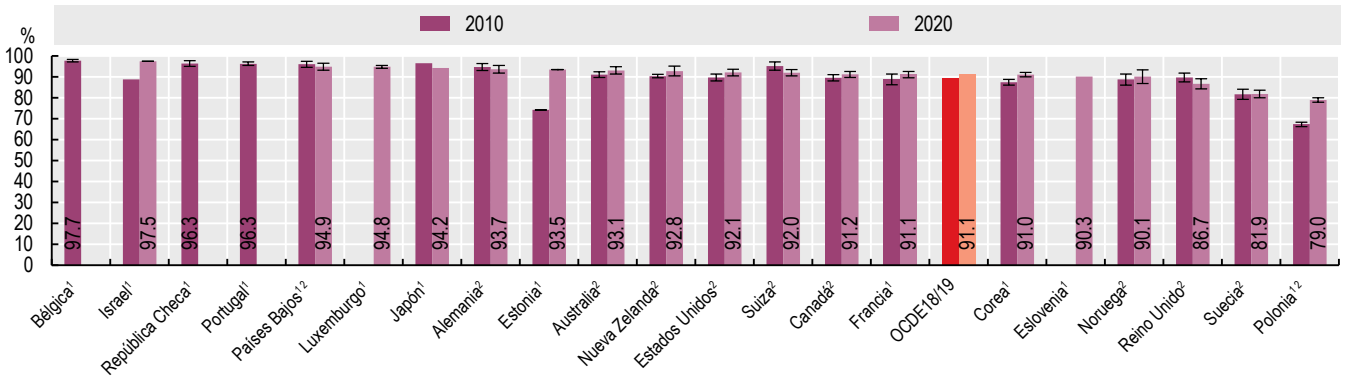
Figura 6.6. **Suficiente tiempo del médico con el paciente durante la consulta, 2010 y 2020 (o año más cercano)**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Datos de fuentes nacionales. 2. Se refiere a experiencias de pacientes en consulta médica normal.
Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010 y 2020 y otras fuentes nacionales.

StatLink https://stat.link/q1t9zf

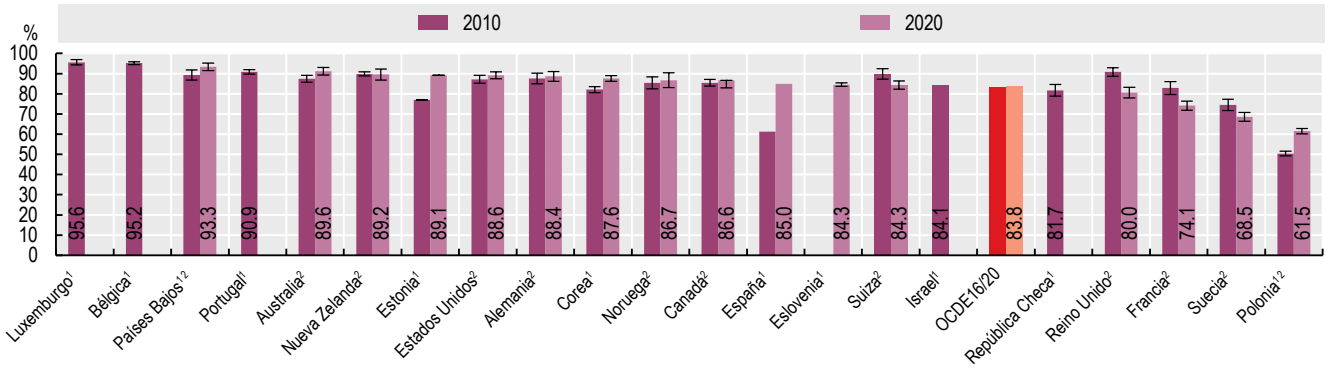
Figura 6.7. **Los médicos proporcionan explicaciones fáciles de entender, 2010 y 2020 (o año más cercano)**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Datos de fuentes nacionales. 2. Se refiere a experiencias de pacientes en consulta médica normal.
Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010 y 2020 y otras fuentes nacionales.

StatLink https://stat.link/ahr8jt

Figura 6.8. **El médico involucró al paciente en las decisiones de atención y tratamiento, 2010 y 2020 (o año más cercano)**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Datos de fuentes nacionales. 2. Se refiere a experiencias de pacientes en consulta médica normal.
Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010 y 2020 y otras fuentes nacionales.

StatLink https://stat.link/ms09k8

Admisiones hospitalarias evitables

La atención primaria es con frecuencia el primer punto de contacto entre la población y los sistemas de salud. Sus funciones incluyen promover la salud y prevenir la enfermedad, atender nuevos problemas, tratar la mayoría de los casos poco complicados, gestionar las condiciones crónicas, y referir a los pacientes a servicios hospitalarios cuando es apropiado. Un objetivo clave de los servicios primarios es conservar la salud de la población al proporcionar un punto consistente de atención en el largo plazo, tratar las condiciones más comunes, adaptando y coordinando los cuidados para quienes tienen múltiples necesidades de atención, y apoyar al paciente en la gestión de sus enfermedades. La buena atención primaria tiene, por lo tanto, el potencial de mejorar la salud, reducir las desigualdades socioeconómicas en salud, y lograr que los sistemas de salud estén enfocados en los usuarios, al tiempo de hacer buen uso de los recursos para los servicios de salud (OECD, 2020[14]).

El asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), 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 normalmente afecta a quienes fuman o fumaron en el pasado. La ICC es una condición grave en la que el corazón no es capaz de bombear suficiente sangre para cubrir las necesidades del organismo. Es causada con frecuencia por hipertensión, diabetes o enfermedad coronaria. Las personas que padecen alguna de estas tres condiciones tienen riesgo de requerir hospitalización, y corren un riesgo más alto de tener complicaciones graves de COVID-19. Por ejemplo, quienes tienen asma y EPOC, tienen un riesgo más alto de requerir cuidados intensivos y un ventilador para ayudarles a respirar, y/o de muerte por COVID-19 (CDC, 2021[15]). Las personas con ICC tienen más probabilidad de desarrollar descompensación aguda después de la infección de COVID-19 (Rey et al., 2020[16]).

El común denominador de las tres enfermedades es el hecho de que la base de evidencia para su tratamiento efectivo está bien establecida, y este puede en buena medida ser proporcionado por servicios primarios. Un sistema de atención primaria de alto desempeño, que proporcione servicios de alta calidad y acceso, puede reducir el deterioro agudo de las personas que padecen asma, EPOC e ICC. Esto puede evitar la necesidad de admisión hospitalaria para tratar estas enfermedades, lo que es un indicador de calidad y acceso en la atención primaria.

La Figura 6.9 muestra que las tasas de admisión hospitalaria por asma variaron más de 15 veces entre los países de la OCDE, con las más bajas en Islandia, México, Italia y Colombia; mientras que Letonia, Turquía y Polonia tienen tasas de más del doble del promedio de la OCDE. Entre 2009 y 2019 las tasas de hospitalización por asma disminuyeron en muchos países de la OCDE –particularmente en República Eslovaca, Corea y Finlandia– y la variación entre países se redujo. Los países que tuvieron datos de tasas de hospitalización disponibles para 2020 mostraron en general menos admisiones con reducciones de 50% entre 2019 y 2020 en Lituania e Inglaterra (Reino Unido).

Las tasas de admisión hospitalaria por EPOC variaron 8 veces entre los países de la OCDE, con las más bajas reportadas por Italia, México y Chile; mientras que las más altas se presentaron en Turquía, Irlanda y Australia (Figura 6.10). La tasa promedio para los países de la OCDE disminuyó de 194 admisiones por cada 100 000 habitantes en 2009, a 171 por cada 100 000 habitantes en 2019. En 2020 los índices disminuyeron en Austria, República Checa, Irlanda, Letonia, Lituania, Portugal, República Eslovaca e Inglaterra (Reino Unido), y la reducción fue particularmente importante en Inglaterra, Lituania e Irlanda.

Las tasas de admisión hospitalaria por ICC varían 16 veces, como muestra la Figura 6.11. Costa Rica, México y Colombia tuvieron las más bajas, mientras que Polonia, Lituania y República Eslovaca reportaron tasas de más del doble del promedio de la OCDE. Aunque la tasa promedio de los países de la OCDE disminuyó entre 2009 y 2019, la variación entre países se incrementó ligeramente. En 2020, las tasas disminuyeron en Austria, Lituania (donde la disminución fue particularmente importante), República Checa, Portugal, República Eslovaca e Inglaterra (Reino Unido), mientras que en Islandia e Irlanda permanecieron estables.

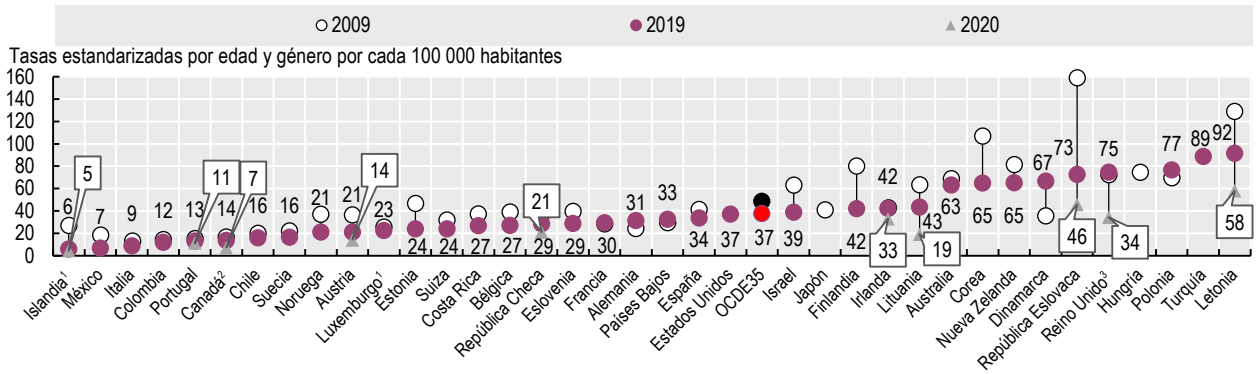
Aunque las mejoras observadas en la última década pueden representar avances en la calidad de la atención primaria en algunos países, la inversión en la misma puede no estar ocurriendo con suficiente celeridad (OECD, 2017[17]), lo que potencialmente resulta en un gasto innecesario en cuidados hospitalarios costosos (OECD, 2017[11]). Las reducciones generales en admisiones hospitalarias en 2020 pueden reflejar un mejor acceso y calidad de la atención primaria en cierta medida, pero también se deben a las dificultades para tener acceso a servicios de salud en la etapa inicial de la crisis de COVID-19, y la renuencia de los pacientes de buscar servicios de salud durante la pandemia. Por otro lado, los países de la OCDE han adoptado la teleconsulta y las herramientas digitales rápidamente para facilitar el acceso (OECD, 2021[6]). La crisis de COVID-19 ha resaltado la importancia de situar la atención primaria en el centro de los sistemas de salud, tanto para gestionar un aumento inesperado de la demanda como para mantener un acceso continuo a una atención de alta calidad para todos (OECD, 2020[14]).

Definición y comparabilidad

Los indicadores se definen como el número de admisiones hospitalarias con un diagnóstico primario de asma, EPOC o ICC, de personas de 15 años y mayores por cada 100 000 habitantes. Las tasas están estandarizadas por edad y género a la población de 15 años y mayores de la OCDE de 2010. Las admisiones resultantes de traslados de otros hospitales y cuando el paciente muere durante la admisión, se excluyen del cálculo puesto que se considera poco probable evitarlas.

La prevalencia de enfermedad y disponibilidad de atención hospitalaria puede explicar algunas de las variaciones de índices entre países, pero no todas. Las diferencias en prácticas de codificación de los países también pueden afectar la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, la exclusión de traslados no puede ser totalmente cumplida por algunos países. Las diferencias en cobertura de datos del sector hospitalario nacional en todos los países también pueden influenciar los índices.

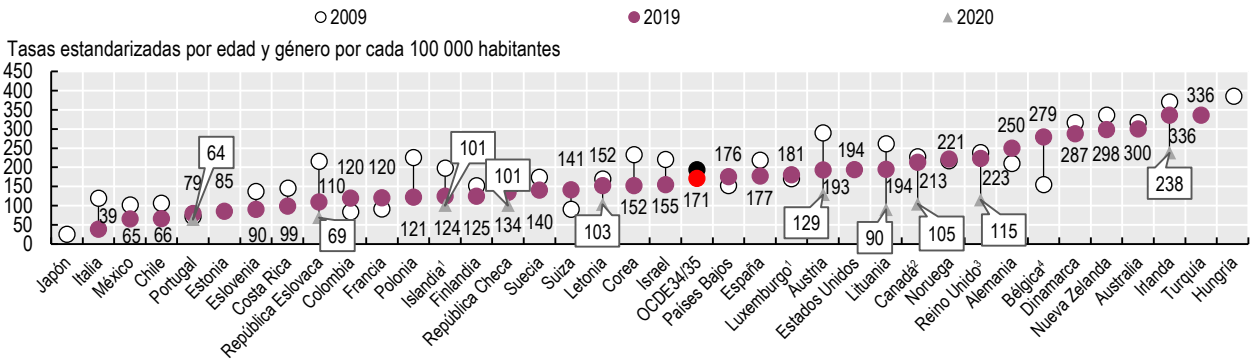
Figura 6.9. **Admisiones hospitalarias de adultos por asma, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Promedio de tres años. 2. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec. 3. Los datos de 2020 son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/2q76hr

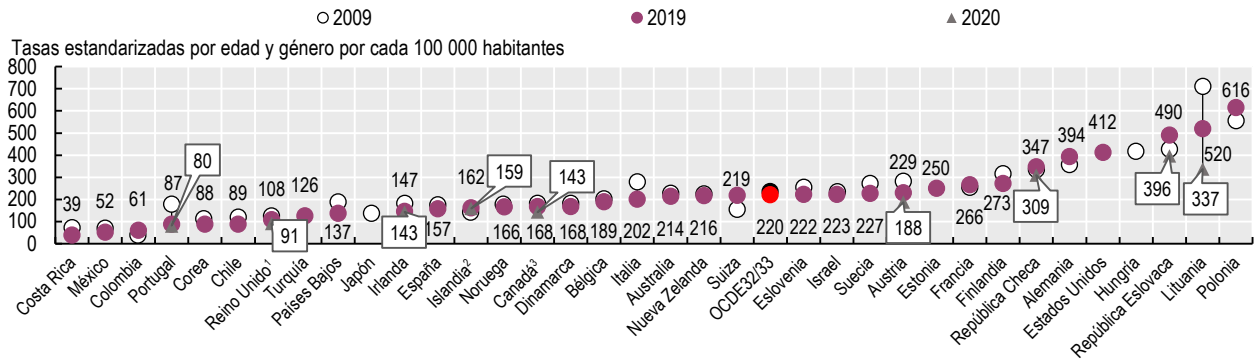
Figura 6.10. **Admisiones hospitalarias de adultos por EPOC, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Promedio de tres años. 2. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec. 3. Los datos de 2020 son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra. 4. Interrupción de la serie temporal en 2016, por lo que los cambios entre 2010 y 2019 deben interpretarse con cautela.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/unsj9h

Figura 6.11. **Admisiones hospitalarias de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Los datos de 2020 son provisionales e incluyen a Inglaterra solamente. 2. Promedio de tres años. 3. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/mz3lie

Cuidado de diabetes

El manejo efectivo de la diabetes es una prioridad de salud pública, ya que 463 millones de personas en el mundo padecen esta condición. La diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando disminuye la habilidad del organismo para regular los niveles excesivos de glucosa en la sangre. La diabetes causó 4.2 millones de muertes en 2019, y se proyecta que hacia 2045, 700 millones de adultos la padecerán (International Diabetes Federation, 2020[18]). Es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal y amputación de extremidades inferiores.

Más recientemente, se ha descubierto que la diabetes es un importante factor de riesgo de hospitalización y muerte por COVID-19 (Muniyappa y Gubbi, 2020[19]; Singh et al., 2020[20]), y diferentes estudios han encontrado que las posibles complicaciones de la infección por COVID-19 incluyen el desarrollo de diabetes e insuficiencia renal (Collins, 2021[21]). Además, las medidas adoptadas para enfrentar la pandemia de COVID-19 han interrumpido la atención rutinaria de la diabetes (Chudasama et al., 2020[22]).

El control continuo de la diabetes normalmente involucra una cantidad importante de autocuidados; por lo tanto, la guía y la educación son fundamentales para la atención primaria de pacientes diabéticos (OECD, 2020[14]). El control efectivo de los niveles de glucosa en la sangre con monitoreo de rutina, la modificación de la dieta y el ejercicio regular pueden reducir la aparición de complicaciones graves y la necesidad de hospitalización. El manejo de otros factores clave de riesgo, como el tabaquismo, la presión sanguínea y los niveles de lípidos, también es importante en la reducción de las complicaciones de la diabetes.

La Figura 6.12 muestra las admisiones hospitalarias evitables por diabetes. Aunque estas han disminuido en muchos países a lo largo del tiempo, aún existe una variación de más de 6 veces entre países. En 2019, Islandia, Italia y España reportaron los índices más bajos, mientras que Lituania, Estados Unidos y Corea reportaron índices de casi el doble del promedio de la OCDE. La prevalencia de diabetes y el acceso general a atención hospitalaria pueden explicar en parte esta variación (OECD, 2015[23]). Durante la crisis de COVID-19, las hospitalizaciones por diabetes disminuyeron en la mayoría de los países con datos disponibles. Lituania tuvo la disminución más importante, lo que posiblemente refleja un uso reducido de servicios de salud en múltiples contextos. En Austria, República Checa, Irlanda, Portugal y Letonia también se redujo esta proporción, aunque el alcance de la reducción fue más limitado.

La mayoría de las guías terapéuticas nacionales recomiendan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores de receptores de angiotensina como medicamentos de primera línea para reducir la presión sanguínea de pacientes diabéticos con hipertensión. La Figura 6.13 muestra que existe una amplia consistencia en la proporción de pacientes diabéticos que consumen medicamentos antihipertensivos, pues solo Finlandia, Bélgica y Corea tienen índices inferiores al 80%.

La atención primaria de calidad puede reducir el riesgo de amputaciones, y las hospitalizaciones para amputación mayor de extremidades inferiores reflejan la calidad del cuidado a largo plazo de la diabetes. La Figura 6.14 muestra las tasas de amputación en adultos con diabetes. La variación internacional es de más de 18 veces. Islandia, Corea e Italia reportaron tasas inferiores a 3 por cada 100 000 habitantes, mientras que Israel, México y Costa Rica reportaron tasas entre 13 y 18 por cada 100 000 habitantes. En 2020, las tasas no tuvieron diferencias significativas con las de 2019 en todos los países con datos disponibles para 2020.

La relación entre la naturaleza, frecuencia y duración de la atención primaria para diabetes y las tasas de admisiones hospitalarias por complicaciones relacionadas, es compleja y justifica una mayor investigación. La OCDE conduce una encuesta internacional de pacientes con condiciones crónicas, incluyendo la diabetes, para capturar sus reportes de resultados y comprender mejor sus contextos de atención primaria. Esta encuesta es primordial para la iniciativa PaRIS de la OCDE *(https://www.oecd.org/health/paris.htm)*.

Definición y comparabilidad

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 habitantes.

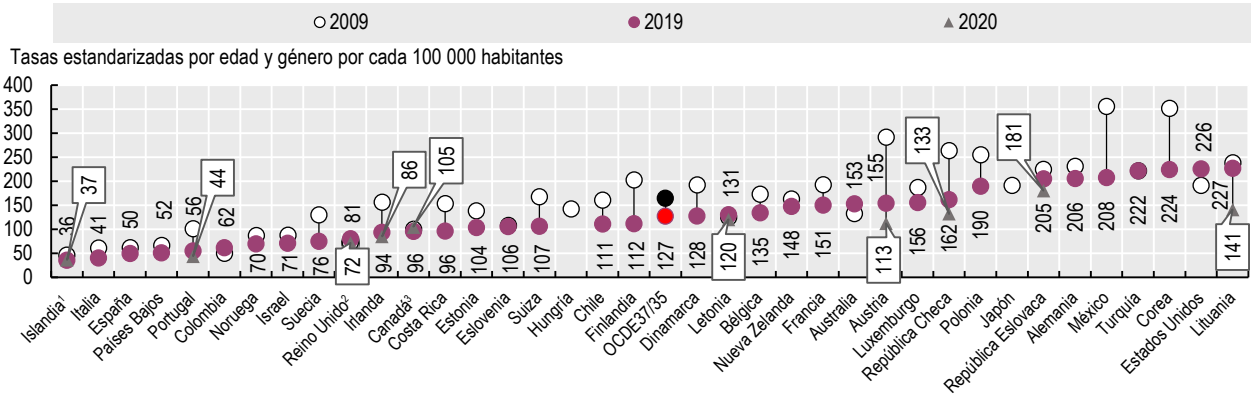
El denominador de las personas con diabetes que tienen prescripciones de medicamentos antihipertensivos recomendados, se basa en el número de pacientes diabéticos (es decir, que son usuarios de largo plazo de medicamentos reguladores de la glucosa) que también tienen una o más prescripciones al año para una variedad de medicamentos que con frecuencia se usan para el manejo de la hipertensión. El numerador es el número de estas personas que tienen una o más prescripciones de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueador de receptores de angiotensina.

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 habitantes. Las tasas para estos indicadores están estandarizadas por edad para la población de la OCDE de 2010.

Las diferencias en la definición de datos, prácticas de codificación y métodos de cálculo de indicadores entre países, pueden afectar la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, en muchos países la diabetes se codifica como un diagnóstico secundario, mientras que algunos la codifican como un diagnóstico primario. Las diferencias en cobertura de datos del sector hospitalario nacional entre países, también pueden influir en las tasas del indicador.

En todos los casos se reportan datos nacionales. Las variaciones en la cobertura y la representatividad nacional de los indicadores para los países están documentadas en la información de fuentes y métodos de OECD.Stat.

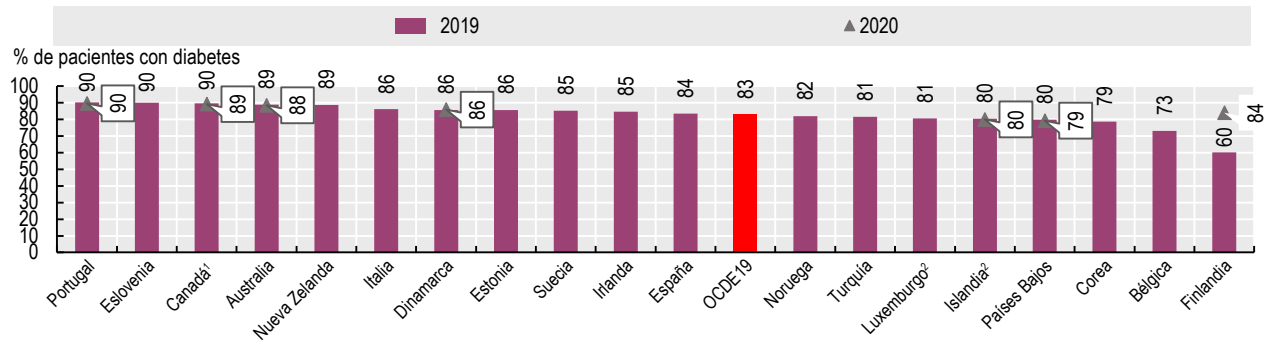
Figura 6.12. **Admisiones hospitalarias de adultos por diabetes, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Promedio de tres años. 2. Los datos de 2020 son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra. 3. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/ozbin2

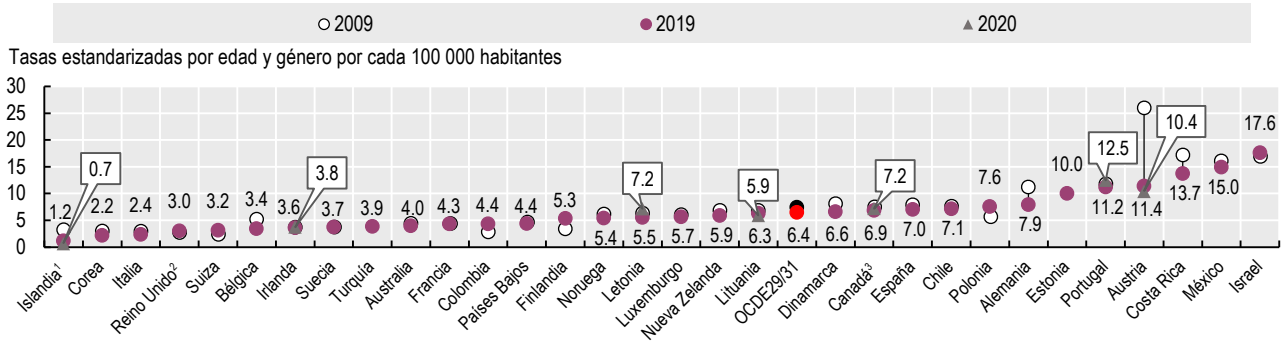
Figura 6.13. **Personas con diabetes con prescripciones de medicamentos antihipertensivos recomendados en el último año en atención primaria 2019 (o año más cercano y 2020**



1. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec. 2. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/19v5l4

Figura 6.14. **Amputación mayor de extremidades inferiores a adultos, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Promedio de tres años. 2. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/vq5pu0

Mortalidad por infarto agudo de miocardio

La mortalidad por cardiopatía coronaria ha decrecido sustancialmente en las décadas recientes (véase el indicador "Mortalidad por enfermedades circulatorias" en el Capítulo 3. Las reducciones del tabaquismo (véase el indicador "Tabaquismo entre adultos" en el Capítulo 4) y los avances en el tratamiento de enfermedades cardiacas han contribuido a esta disminución (OECD, 2015[23]). A pesar de este progreso, el infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés), sigue siendo la causa principal de muerte por enfermedades cardiovasculares en muchos países de la OCDE, lo que resalta la necesidad de mayor reducción de los factores de riesgo y mejoras en la calidad de la atención (OECD/The King's Fund, 2020[24]). La crisis de COVID-19 también ha revelado la necesidad de mantener acceso a cuidados intensivos de calidad para pacientes con AMI durante emergencias de salud pública.

Las mediciones de mortalidad de 30 días posterior a la hospitalización por AMI reflejan las características de los procesos de atención, como el transporte oportuno de los pacientes y la efectividad de las intervenciones médicas. Sin embargo, este indicador está influenciado no solo por la calidad de la atención en los hospitales, sino también por las diferencias en los patrones de transferencias entre hospitales, el tiempo de hospitalización y la gravedad del AMI entre países.

La Figura 6.15 muestra las tasas de mortalidad en los primeros 30 días de admisión hospitalaria por AMI, usando datos desvinculados; es decir, cuando la muerte ocurre en el mismo hospital que admitió al paciente. Las tasas más bajas en 2019 se observaron en Islandia, Países Bajos, Noruega, Australia, Suecia y Turquía (menos de 4% de pacientes de 45 años y mayores), mientras que las más altas se presentaron en Letonia y México (más de 13%). En México, la ausencia de un sistema de atención coordinado entre los servicios primarios y los hospitales puede contribuir a los retrasos en reperfusión y los índices bajos de angioplastia (Martínez-Sánchez et al., 2017[25]).

La Figura 6.16 muestra la misma tasa de mortalidad de 30 días, pero calculada con base en datos vinculados; es decir, la muerte se registra independientemente de dónde ocurre después de la admisión (en el hospital donde el paciente fue ingresado, después del traslado a otro hospital, o después del alta). Con base en estos datos vinculados, las tasas de mortalidad por AMI en 2019 variaron de 3% en Países Bajos a más de 17% en Letonia.

Las tasas de mortalidad por AMI decrecieron sustancialmente entre 2009 y 2019, según ambos conjuntos de datos (Figura 6.15 y Figura 6.16). En los países de la OCDE, la tasa promedio bajó de 8.7% a 6.6% cuando se consideran muertes en el mismo hospital; y de 11.4% a 8.8% para muertes dentro y fuera del hospital. Sin embargo, entre 2019 y 2020, las tasas de mortalidad se incrementaron en Lituania, Polonia e Inglaterra (Reino Unido), mientras que se mantuvieron estables en otros países como Canadá, Islandia, Irlanda, Letonia, Portugal y República Eslovaca.

Los cambios en las tendencias reflejan los desafíos que enfrentan los sistemas de salud para asegurar el acceso oportuno a cuidados intensivos durante la crisis de COVID-19. En todos los países que reportaron datos para 2020, el número de pacientes hospitalizados por AMI decreció. Las disminuciones fueron particularmente importantes en Canadá y Portugal. Se reportaron menos hospitalizaciones por AMI y reducciones en el número de procedimientos para tratar ataques cardiacos en Austria, Italia, España y Estados Unidos, lo que puede ser resultado ya sea de un uso limitado de los hospitales por parte de los pacientes (debido a la preocupación de estar expuestos a la COVID-19, o no querer sobrecargar al sistema de salud), o a que los sistemas de ambulancias no tenían capacidad de trasladar a los pacientes oportunamente debido a un incremento en la demanda para los pacientes con COVID-19. El número absoluto de personas que fallecieron por AMI dentro de los 30 días de haber sido admitidos en el hospital decreció sustancialmente en Portugal, lo que sugiere que al menos algunos pacientes pueden haber muerto en su casa o en instituciones de cuidados de largo plazo antes de llegar al hospital.

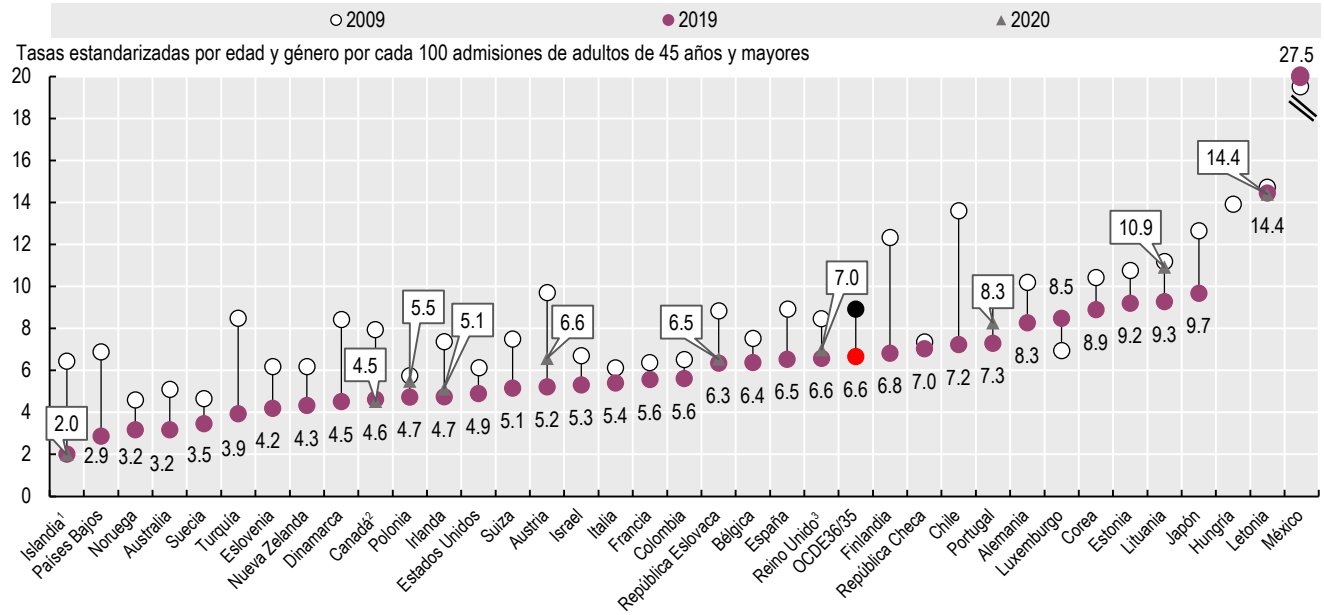
Se requiere de datos complementarios para evaluar el impacto de la COVID-19 en los cuidados intensivos para AMI, y para apoyar a los sistemas de salud en la prestación de servicio de cuidados intensivos de calidad durante emergencias de salud pública. En Inglaterra (Reino Unido) se observó que el número de solicitudes de ambulancia por ataque cardiaco fue estable en comparación con años anteriores (Holmes et al., 2020[26]), y que aunque los tiempos de respuesta de las ambulancias se incrementaron, esto no estaba relacionado a los retrasos en revascularización una vez hospitalizado el paciente y el incremento en la mortalidad (Little et al., 2020[27]). Cuando los recursos son limitados, los datos más detallados, como las admisiones hospitalarias y las tasas de mortalidad por AMI, podrían servir de base para promover la prestación y la gestión eficaces de los cuidados intensivos, particularmente para los pacientes más graves.

Definición y comparabilidad

La tasa de letalidad mide el porcentaje de personas de 45 años o más que mueren en los 30 días siguientes a su hospitalización por una enfermedad aguda específica. Los datos no vinculados incluyen solo las muertes que ocurrieron en el mismo hospital en el que se admitió al paciente; los datos vinculados incluyen las muertes registradas independientemente del lugar en el que ocurrieron, incluso en otro hospital o fuera del hospital en el que se registró el AMI por primera vez. El método basado en datos vinculados se considera más sólido que las tasas basadas en datos no vinculados, y da lugar a variaciones mucho menores entre países. Sin embargo, requiere un identificador único de paciente para vincular los datos entre los conjuntos de datos pertinentes, que 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 AMI, según *International Classification of Diseases*, décima revisión (ICD-10) códigos I21-I22.

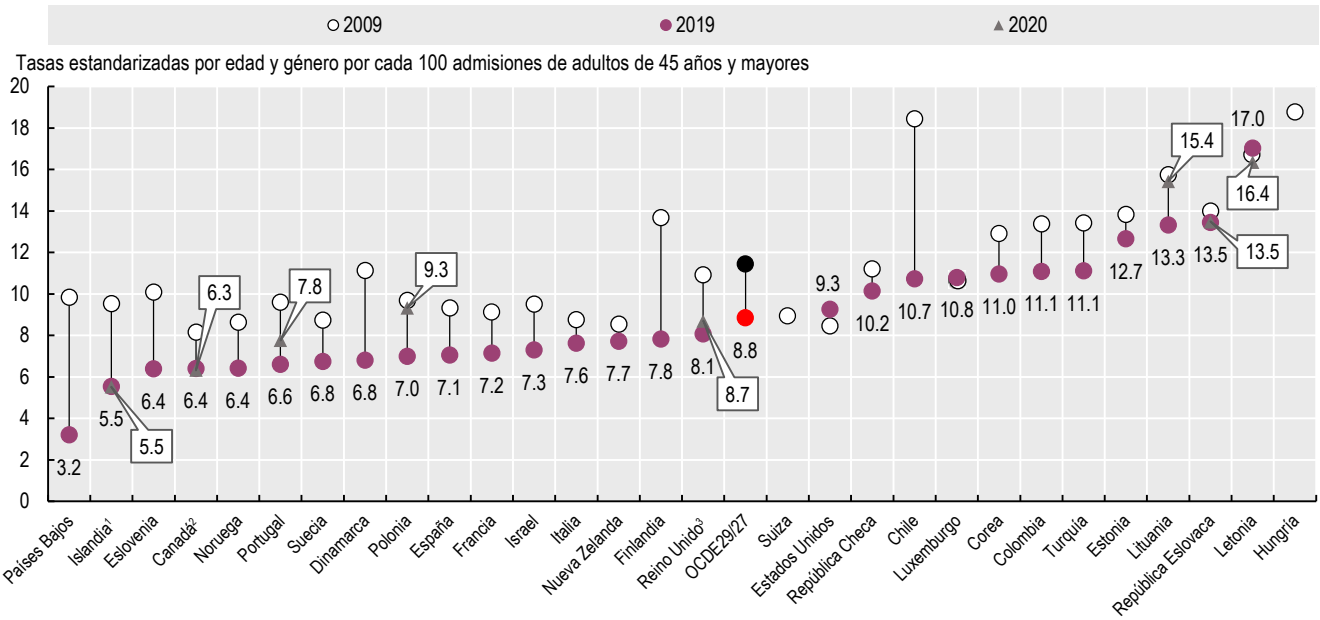
Figura 6.15. **Mortalidad de treinta días posterior a la hospitalización por infarto agudo de miocardio con base en datos desvinculados, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Promedio de tres años, excepto 2020. 2. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec. 3. Los datos de 2020 son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/pgm0nl

Figura 6.16. **Mortalidad de treinta días posterior a la hospitalización por infarto agudo de miocardio con base en datos vinculados, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Promedio de tres años, excepto 2020. 2. Los datos no incluyen muertes fuera de hospitales de cuidados agudos. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec. 3. Los datos de 2020 son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/catxl6

Mortalidad por accidente vascular isquémico

El accidente vascular isquémico es una importante causa de muerte, pues causó 7% de las muertes en la OCDE en 2019 (véanse los indicadores "Principales causas de mortalidad" y "Mortalidad por enfermedades circulatorias" en el Capítulo 3). Un accidente cerebrovascular ocurre cuando se interrumpe el flujo de sangre a alguna parte del cerebro, ocasionando necrosis (muerte celular) de la parte afectada. De los dos tipos de accidente cerebrovascular que existen, alrededor de 85% son isquémicos (causados por un coágulo) y 15% son hemorrágicos (causados por sangrado). La pandemia de COVID-19 ha tenido hasta este momento un impacto variable en el acceso y la calidad de los servicios para pacientes con accidente cerebrovascular en los países de la OCDE.

La Figura 6.17 muestra las tasas de mortalidad en los primeros 30 días de hospitalización por accidente cerebrovascular isquémico, cuando la muerte ocurrió en el mismo hospital que admitió al paciente (datos desvinculados). La Figura 6.18 muestra las tasas de mortalidad cuando las muertes se registran independientemente de dónde ocurren, incluyendo otro hospital o fuera del hospital donde se registró el evento (datos vinculados). El indicador con datos vinculados es más sólido, pues muestra las defunciones en forma más integral, pero requiere un indicador único de pacientes y la capacidad de vincular datos, lo cual no está disponible en todos los países.

En los países de la OCDE en 2019, usando datos desvinculados, 7.7% de los pacientes murieron en los primeros 30 días en el mismo hospital donde fueron admitidos por accidente cerebrovascular isquémico (Figura 6.17). Las tasas de mortalidad más altas se presentaron en México, Letonia, Lituania y Polonia, todos con tasas de mortalidad superiores a 11%. Las tasas fueron inferiores a 4% en Costa Rica, Japón, Corea, Noruega e Islandia. En Japón, estas bajas tasas de mortalidad se deben en parte a esfuerzos dedicados a mejorar el tratamiento de los pacientes con accidente cerebrovascular en hospitales, por medio de monitoreo sistemático de presión arterial, inversiones materiales importantes en hospitales y el establecimiento de unidades especializadas en accidente cerebrovascular (OECD, 2015[28]).

En los 26 países que reportaron datos vinculados, 12% de los pacientes murieron dentro de los 30 días posteriores a su hospitalización por accidente cerebrovascular (Figura 6.18). Esta cifra es superior a la del indicador de muerte en el mismo hospital, porque las muertes se registran independientemente de dónde ocurrieron después de la admisión (es decir, en el hospital donde el paciente fue admitido, después del traslado a otro hospital, o después del alta).

El tratamiento para accidente vascular isquémico ha avanzado de forma notable en décadas recientes, y muchos países de la OCDE cuentan con sistemas y procesos para identificar a los pacientes con isquemia cerebral y tratarlos lo antes posible con terapia aguda de reperfusión. Entre 2009 y 2019 las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico decrecieron sustancialmente en los países de la OCDE: las tasas con datos desvinculados de 9.8% a 7.7%; y las de datos vinculados, de 13.7% a 11.8% (Figura 6.17 y Figura 6.18). Los países pueden mejorar más la calidad de la atención de los pacientes con isquemia cerebral con el transporte oportuno de los pacientes, intervenciones médicas basadas en la evidencia, y el acceso oportuno a instalaciones especializadas de calidad, como las unidades de accidente cerebrovascular (OECD, 2015[28]). La atención oportuna es particularmente importante, y los avances en la tecnología han generado nuevos modelos de atención para atender a los pacientes con terapia de reperfusión de manera aún más rápida y eficiente, ya sea a través de triaje telefónico prehospitalario, o administración de la terapia en la ambulancia.

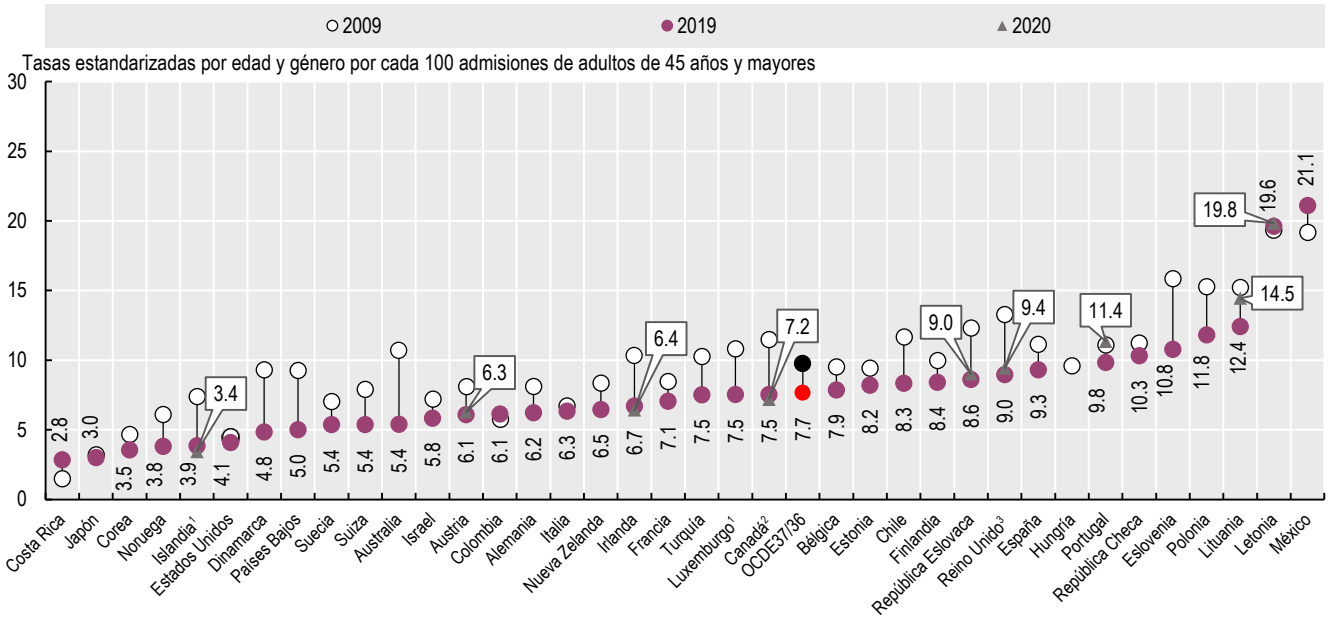
Entre 2019 y 2020, las tasas de mortalidad se incrementaron en Lituania y Portugal, mientras que se mantuvieron estables en países como Canadá, Islandia, Letonia, República Eslovaca e Inglaterra (Reino Unido) (Figura 6.17 y 6.18). Sin embargo, el número de pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular disminuyó en estos países –particularmente en Portugal, donde el grado de reducción fue también grande para AMI (véase el indicador "Mortalidad por infarto agudo de miocardio"). Francia, Italia, Alemania, España y Estados Unidos también reportaron una disminución de las hospitalizaciones y el número de procedimientos para accidente cerebrovascular. Estas pueden haber ocurrido porque al menos algunas de las personas que sufrieron un accidente cerebrovascular no acudieron al hospital inmediatamente por la preocupación de contagiarse de COVID-19, o porque el triaje prehospitalario no funcionó apropiadamente, y los sistemas de ambulancia pueden no haber tenido capacidad para transferir a todos los pacientes rápidamente debido al aumento de la demanda. El número de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico que murieron después de la hospitalización decreció en la mayoría de los países que proporcionaron datos para 2020. La disminución fue significativa en Portugal, lo que sugiere que al menos algunos de los pacientes pueden haber muerto en casa o en instalaciones de cuidados de largo plazo antes de llegar al hospital.

Para hacer frente a las limitaciones de recursos durante la crisis de COVID-19, países como Francia, Alemania e Italia reorganizaron las opciones de atención de los accidentes cerebrovasculares agudos, y a veces la atención se concentró en unos cuantos hospitales (Bersano et al., 2020[29]). Se necesitan datos complementarios como las solicitudes de ambulancias, los tiempos de respuesta de las mismas, y el tiempo entre la llegada a la sala de emergencias y el inicio de la trombolisis para evaluar el impacto de la COVID-19 en la atención de los pacientes con accidente cerebrovascular para apoyar a los sistemas de salud en la prestación de cuidados intensivos de alta calidad durante las emergencias de salud pública. Los datos detallados, como los ingresos hospitalarios y las tasas de mortalidad según la gravedad del accidente cerebrovascular, podrían servir de base para promover la prestación y la gestión eficaces de los cuidados intensivos, en particular para los pacientes con mayores necesidades.

Definición y comparabilidad

Las tasas de mortalidad nacionales se definen en el indicador "Mortalidad por infarto agudo de miocardio". Las tasas de mortalidad por accidente vascular isquémico se refieren a ICD-10, códigos I63-I64.

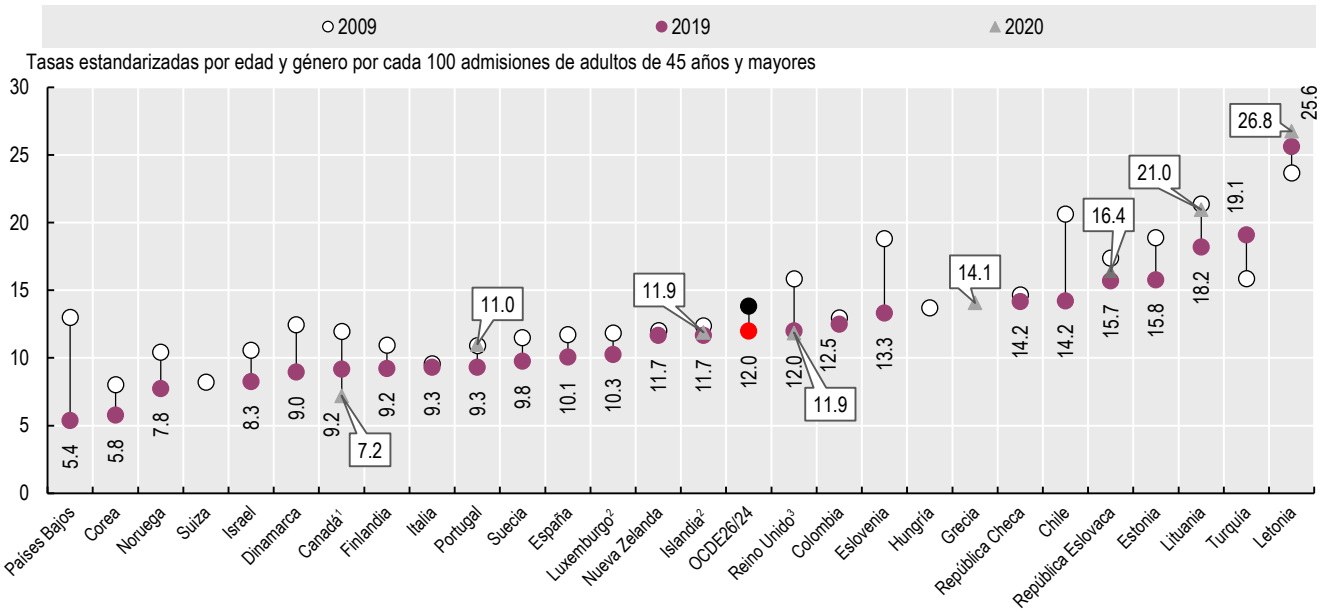
Figura 6.17. **Mortalidad de treinta días posterior a la hospitalización por accidente cerebrovascular isquémico con base en datos desvinculados, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Promedio de tres años, excepto 2020. 2. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec.
3. Los datos de 2020 son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/ejvxob

Figura 6.18. **Mortalidad de treinta días posterior a la hospitalización por accidente cerebrovascular isquémico con base en datos vinculados, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Los datos no incluyen muertes fuera de hospitales de cuidados intensivos. Estimado de 2020 con base en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec. 2. Promedio de tres años, excepto 2020. 3. Los datos de 2020 son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/nxe428

Cirugía de cadera y rodilla

La reparación de una fractura de cadera suele ser un procedimiento de urgencia. Los datos indican que una intervención quirúrgica temprana –en menos de 48 horas– mejora los resultados de los pacientes y minimiza el riesgo de complicaciones. El tiempo transcurrido hasta la cirugía está influenciado por muchos factores, incluyendo la capacidad del quirófano de los hospitales, el flujo y el acceso, y las intervenciones específicas en políticas públicas. En 2019, en los países de la OCDE en promedio, casi 80% de los pacientes hospitalizados por fractura de cadera fueron operados en un plazo de dos días (Figura 6.19). La COVID-19 tuvo un impacto significativo en la capacidad y la función de los hospitales. Entre los países que proporcionaron datos para 2020, Letonia experimentó una mejora, Lituania una reducción, e Irlanda, Islandia y Portugal mantuvieron tasas cercanas a las cifras de 2019.

La osteoartritis es una de las enfermedades más frecuentes en muchos países de la OCDE. Suele manifestarse como dolor y rigidez en las articulaciones que soportan peso, como la cadera y la rodilla. El objetivo del tratamiento de la osteoartritis de cadera y rodilla es reducir el dolor de las articulaciones del paciente y mejorar su función, movilidad y calidad de vida. La cirugía de reemplazo de articulaciones suele recomendarse si los síntomas persisten después de agotar el tratamiento no quirúrgico, como la fisioterapia y la pérdida de peso. Las tasas de cirugía electiva de reemplazo de cadera y rodilla han aumentado en la última década, y el número de personas que se someten a estos procedimientos cada año en los países de la OCDE se acerca rápidamente a un total de 2.5 millones.

Las mediciones de resultados reportados por pacientes (PROMs, por sus siglas en inglés), pueden utilizarse para evaluar el efecto de una intervención médica desde la perspectiva del paciente. La escala *Oxford Hip/Knee Score* y la *Hip/Knee Disability and Osteoarthritis Outcome Score –Physical Short Form* (HOOS-PS/KOOS-PS) se encuentran entre las PROM más comúnmente utilizadas en la cirugía de reemplazo de cadera y rodilla. El cuestionario *EuroQol Five Dimensions* (EQ-5D) se encuentra entre los instrumentos genéricos más comunes (OECD, 2019[30]).

La Figura 6.20 muestra la media del cambio en calidad de vida en las escalas *Oxford Hip Score* y HOOS-PS reportado por los pacientes tras una cirugía electiva de reemplazo de cadera por osteoartritis en un conjunto internacional de registros de reemplazo de articulaciones. Los resultados se han ajustado por la puntuación preoperatoria y por la edad y el género de la cohorte de pacientes. La media ajustada del cambio reportado en todos los registros participantes fue de +21 en la escala *Oxford Hip Score* (lo que equivale a una mejora de 44%) y de +33 en la escala HOOS-PS (lo que equivale a una mejora de 33%).

La figura 6.21 muestra la media ajustada del cambio reportado por los pacientes mediante la *Oxford Knee Score* y la KOOS-PS después de la cirugía electiva de reemplazo de rodilla por osteoartritis. La media ajustada del cambio fue de +17.6 en la *Oxford Knee Score* (lo que equivale a una mejora de 36%) y de +21.1 en la KOOS-PS (lo que equivale a una mejora de 21%), lo que es más modesto que la mejora promedio reportada por los pacientes que se sometieron a un reemplazo de cadera.

La media del cambio en el índice EQ-5D –ajustada por la puntuación preoperatoria, la edad y el género– en todos los registros participantes fue de +0.25 para los pacientes después de una cirugía electiva de reemplazo de cadera (lo que equivale a una mejora de 25%) y de +0.19 tras una cirugía de reemplazo de rodilla (lo que equivale a una mejora de 19%). Los resultados sugieren que –en igualdad de condiciones y en comparación con una alternativa sin intervención– el paciente promedio de 65 años que se sometió a un reemplazo de cadera en los registros participantes ganó el equivalente a unos cinco años de salud "plena"; el paciente promedio que se sometió a una prótesis de rodilla ganó más de tres años.

Definición y comparabilidad

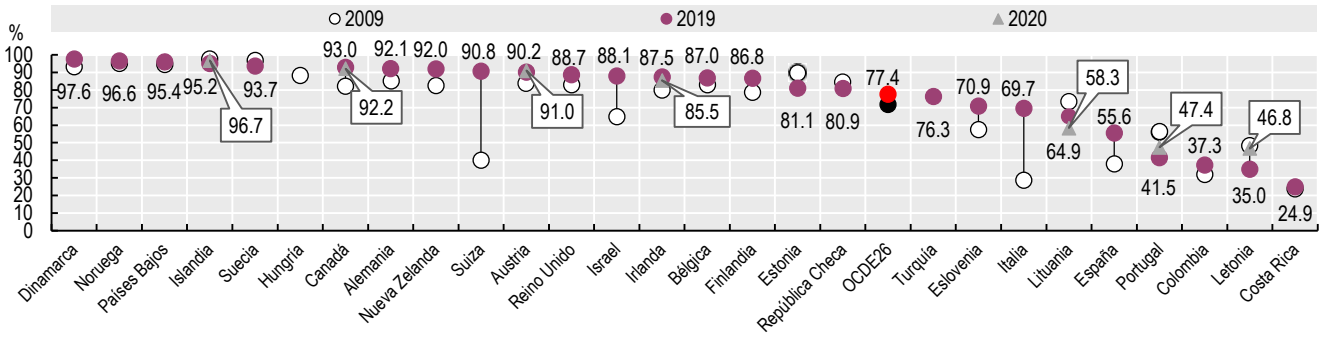
El indicador de fractura de cadera se define como la proporción de pacientes de 65 años y mayores ingresados en el hospital en un año determinado con un diagnóstico de fractura de fémur superior, a los que se les practicó una cirugía en los dos días naturales posteriores a su ingreso en el hospital. La capacidad de capturar el momento del ingreso y la cirugía en los datos administrativos de los hospitales varía entre países. Aunque los casos en los que la fractura de cadera se produjo durante el ingreso en el hospital deberían excluirse, no todos los países tienen un indicador de "presente en el ingreso" en sus conjuntos de datos que les permita identificar estos casos con precisión.

Los resultados de las PROM se basan en datos de centros o redes de centros específicos de países que utilizan datos de pacientes adultos sometidos a una cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla con un diagnóstico principal de osteoartritis, que completaron una escala *Oxford Hip/Knee Score*, y/o un cuestionario HOOS-PS/KOOS-PS y/o un EQ-5D o una encuesta de salud de 12 reactivos (SF-12v1 y SF-12v2) referida a EQ-5D antes y después de la operación. Una puntuación más alta denota mejores resultados en todas estas escalas (OCDE, próxima publicación[31]).

Se recomienda cautela al comparar los resultados de los registros participantes de los que se recaban datos postoperatorios a los 6 meses a diferencia de los 12 meses después de la cirugía. Los resultados derivados de los instrumentos específicos de la enfermedad (*Oxford Hip/Knee Score* y HOOS-PS/KOOS-PS) se presentan por separado porque no existen métodos validados para convertir uno en otro. No se recomienda la comparación de los resultados derivados de cada instrumento.

El análisis EQ-5D utilizó el índice de tres niveles (EQ-5D-3L), con la valoración derivada de la población de Estados Unidos (Van Hout et al., 2012[32]). Varios registros participantes convirtieron los resultados del EQ-5D-5L al EQ-5D-3L utilizando un algoritmo que colapsa las puntuaciones de cinco niveles del primero a los tres niveles del segundo. El índice EQ-5D se utiliza para calcular los años de vida ajustados por calidad (AVAC). Los AVAC adicionales se obtuvieron multiplicando la media ajustada de cambio en la puntuación EQ-5D por 20.5 años, que es la esperanza de vida promedio a los 65 años en los países de los registros participantes, menos un año para tener en cuenta la recuperación y la rehabilitación.

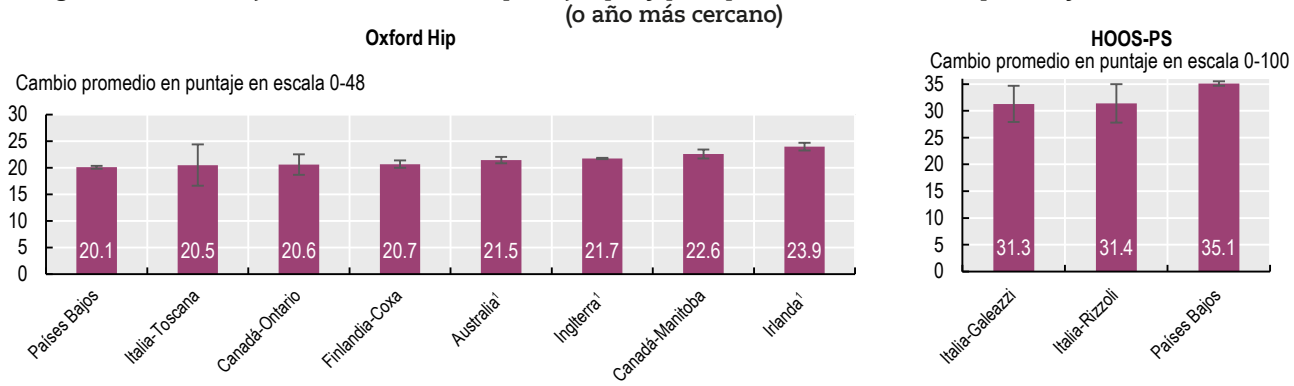
Figura 6.19. **Inicio de cirugía por fractura de cadera de pacientes de 65 años y mayores, dentro de los dos días posteriores a la hospitalización, 2009-2019 (o años más cercanos) y 2020**



Nota: Promedio de tres años para Islandia para todos los años, excepto 2020. Para Canadá, el estimado de 2020 está basado en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/3l0ubt

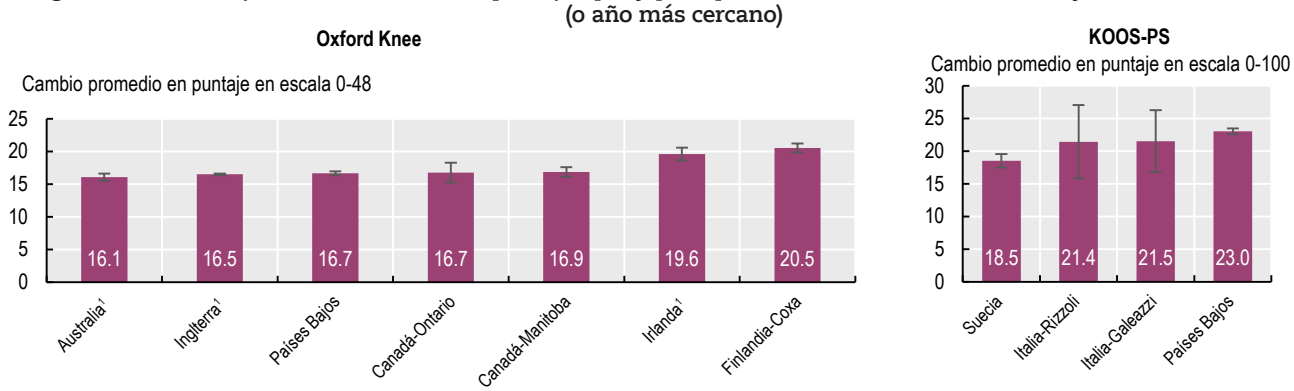
Figura 6.20. **Media ajustada del cambio de puntajes pre y postoperatorios de Oxford Hip Score y HOOS-PS, 2014-2020 (o año más cercano)**



1. Datos postoperatorios recabados a los 6 meses (todos los demás a los 12 meses); Escalas: Oxford 0-48; HOOS-PS 0-100. Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection, 2020-2021.

StatLink https://stat.link/27haxi

Figura 6.21. **Media ajustada del cambio de puntajes pre y postoperatorios de Oxford Knee Score y KOOS-PS, 2014-2020 (o año más cercano)**



1. Datos postoperatorios recabados a los 6 meses (todos los demás a los 12 meses); Escalas: Oxford 0-48; KOOS-PS 0-100. Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection, 2020-2021.

StatLink https://stat.link/edlsy0

Seguridad en cuidados intensivos –complicaciones quirúrgicas y trauma obstétrico

El principio "en primer lugar, no hacer daño" es fundamental en la práctica de la medicina. Aun así, la seguridad de los pacientes sigue siendo una de las cuestiones de salud más apremiantes para la educación pública y la adopción de nuevas políticas. Más de 15% del gasto y la actividad en hospitales en los países de la OCDE puede atribuirse al tratamiento de pacientes que padecieron un evento de seguridad, muchos de los cuales se pueden prevenir (Slawomirski, Auraaen y Klazinga, 2017[33]). La COVID-19 ha hecho evidente la continua vulnerabilidad de los sistemas de prestación de servicios de salud y el riesgo real de daño a los pacientes, particularmente el riesgo de infecciones nosocomiales (G20 Health & Development Partnership, 2021[34]). En 2021, la Asamblea Mundial de la Salud refrendó el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, con el fin de proporcionar una dirección estratégica para la adopción de medidas concretas por parte de los países, las organizaciones asociadas, los centros de salud y las organizaciones internacionales, para garantizar sistemas de prestación de servicios de salud más seguros (WHO, 2021[35]).

Los eventos de seguridad de los pacientes conocidos como eventos "centinela" o "nunca" son aquellos que no deben ocurrir nunca, u ocurrir raramente; los eventos "adversos" son aquellos que no pueden ser totalmente evitados, pero cuya incidencia puede ser reducida en forma considerable. La Figura 6.22 ilustra las tasas de un evento nunca –un cuerpo extraño dejado en el paciente durante un procedimiento– utilizando tanto datos vinculados como desvinculados (véase el recuadro "Definición y comparabilidad").

La Figura 6.23 muestra tasas de dos eventos adversos relacionados –embolia pulmonar (PE, por sus siglas en inglés) o trombosis venosa profunda (DVT, por sus siglas en inglés) posteriores a cirugías de reemplazo de cadera o rodilla– utilizando tanto datos vinculados como desvinculados. Ambos eventos causan dolor innecesario, movilidad reducida y en algunos casos la muerte, pero pueden ser prevenidos con anticoagulantes y otras medidas. Las amplias variaciones observadas –incluyendo una de más de 35 veces en las tasas de DVT– pueden explicarse en parte por las diferencias en prácticas de diagnóstico, guías de tratamiento y prácticas de codificación entre países. Muchos países pospusieron las cirugías no urgentes en 2020 como respuesta a la COVID-19, causando reducciones en el volumen de cirugías, lo cual puede explicar los cambios en los países que reportaron datos de 2020.

La seguridad de una mujer durante el alumbramiento puede evaluarse observando el potencialmente evitable desgarre del perineo durante el parto natural. Puede requerir cirugía y las complicaciones incluyen dolor perineal e incontinencia. No es posible prevenir este tipo de desgarre en todos los casos, pero se pueden reducir con una adecuada gestión de la labor de parto y cuidados obstétricos de alta calidad.

La figura 6.24 muestra las tasas de trauma obstétrico grave (desgarramiento de tercer y cuarto grado) posterior al parto natural con instrumental (lo que se refiere a partos con fórceps o extracción con ventosa), y sin instrumental. Dado que el riesgo de una laceración del perineo se incrementa significativamente cuando se utiliza instrumental para asistir el parto, las tasas para esta población de pacientes se reportan en forma independiente. Es evidente una alta variación en las tasas de trauma obstétrico entre países. Las tasas de trauma obstétrico con instrumental reportadas varían de menos de 2 por cada 100 alumbramientos en Israel, Polonia, Lituania y Colombia, a más de 10 por cada 100 alumbramientos en Dinamarca, Estados Unidos y Canadá. Las tasas de trauma obstétrico después del parto natural sin instrumental varían de menos de 0.5 por cada 100 alumbramientos en Colombia, Polonia, Lituania y Letonia, a más de 3 por cada 100 alumbramientos en Dinamarca y Canadá. Como es el caso con otros indicadores de seguridad de los pacientes, las cifras también pueden ser indicativas de mejores prácticas de reporte y codificación, más que de atención menos segura.

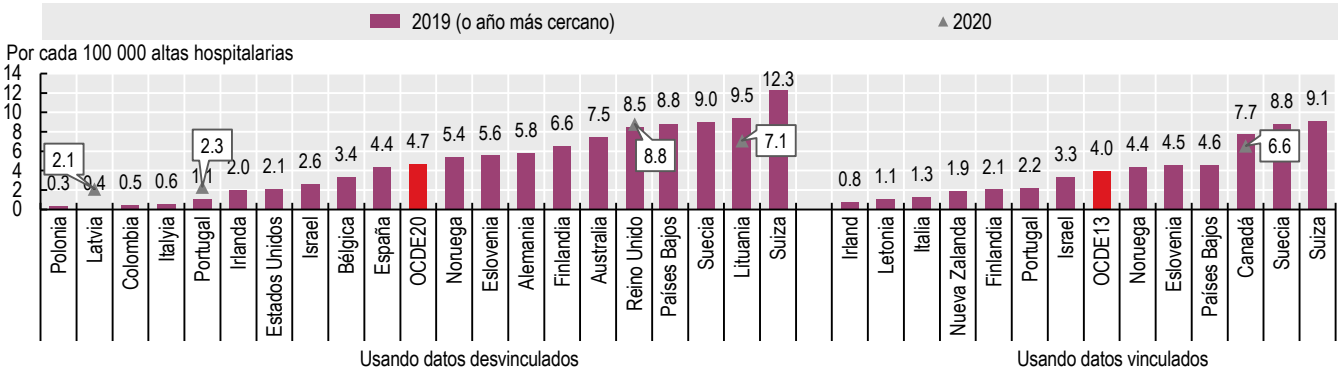
Al interpretar los datos de 2020, el impacto de la COVID-19 en los resultados de la seguridad obstétrica requiere más estudios. Las tasas de trauma obstétrico pueden estar influidas por los posibles cambios en las tasas de cesáreas; la reducción del tiempo de hospitalización, cambios en los procesos hospitalarios y dotación de personal; la capacidad de las pacientes para recibir atención prenatal rutinaria; y otros factores afectados por la COVID-19.

Definición y comparabilidad

Los indicadores que utilizan datos no vinculados dependen de la información del ingreso del paciente en el hospital donde se produjo la cirugía para calcular las tasas. El número de altas con códigos ICD-10 para la complicación pertinente en cualquier campo de diagnóstico secundario se divide por el número total de altas de pacientes de 15 años o mayores. El enfoque de los datos vinculados se amplía más allá de la admisión para cirugía para incluir todas las readmisiones posteriores relacionadas, a cualquier hospital, dentro de los 30 días posteriores a la cirugía. Las variaciones en las definiciones y las prácticas de registro médico entre países pueden afectar el cálculo de las tasas y limitar la comparabilidad de los datos en algunos casos. Las tasas de eventos adversos más elevadas pueden indicar sistemas de control de la seguridad del paciente más desarrollados y una cultura de seguridad del paciente más sólida, en lugar de una peor atención.

Los dos indicadores de trauma obstétrico se definen como la proporción de partos naturales con/sin instrumental con códigos de trauma obstétrico de tercer y cuarto grado (códigos ICD-10 O70.2-O70.3) en cualquier campo de diagnóstico y procedimiento. Varias diferencias en el reporte de datos entre países pueden influir en las tasas calculadas de los indicadores de seguridad de pacientes obstétricos. Estas se relacionan principalmente con las diferencias en las prácticas de codificación y las fuentes de datos. Algunos países reportan las tasas de traumas obstétricos con base en los datos administrativos de los hospitales, mientras que otros se basan en los datos de los registros obstétricos. Se requiere una interpretación cautelosa de las tasas de traumatismo obstétrico para el parto con instrumental a lo largo del tiempo, ya que es probable que el escaso número de casos de traumatismo en algunos países genere una importante variación de un año a otro.

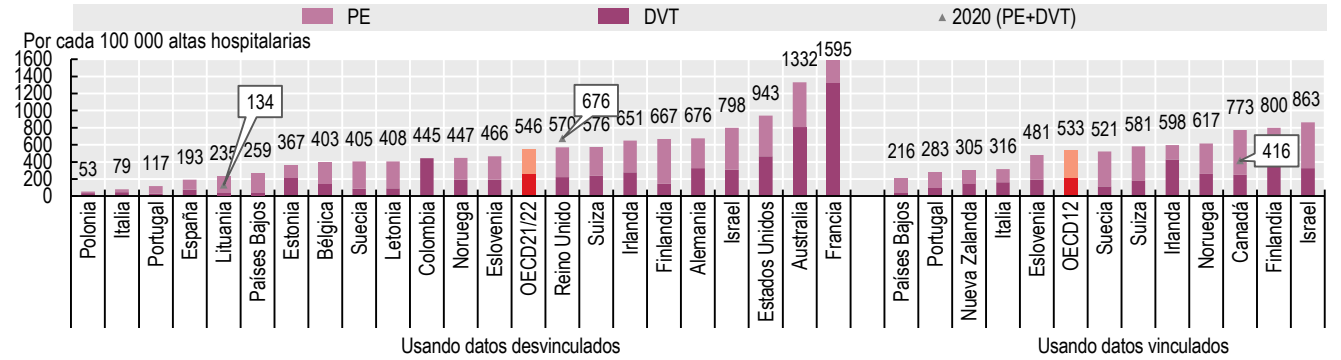
Figura 6.22. **Cuerpo extraño dejado durante la cirugía, 2019 (o año más cercano) y 2020**



Nota: Los datos de 2020 para Reino Unido son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra. Para Canadá, el estimado de 2020 está basado en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/7qtf59

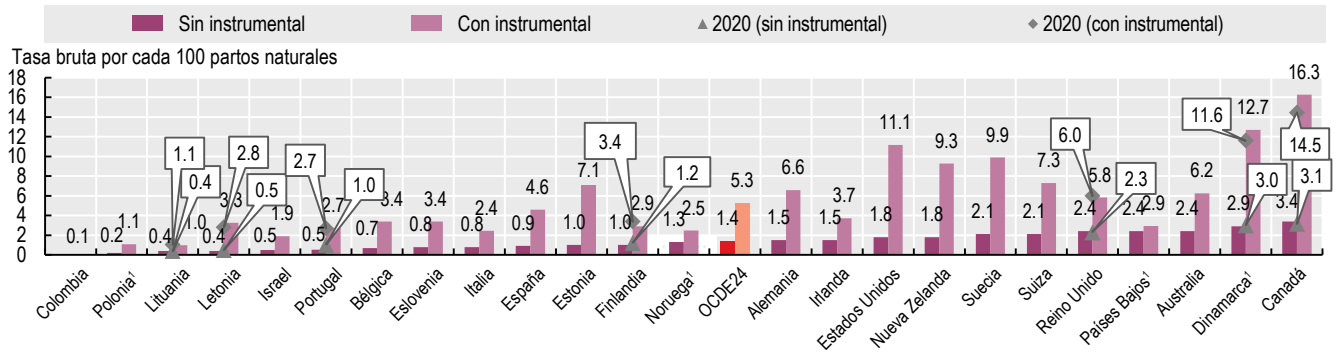
Figura 6.23. **Eventos adversos en cirugías de cadera y rodilla: embolia pulmonar postoperatoria (PE) o trombosis venosa profunda (DVT), 2019 (o año más cercano) y 2020**



Nota: Los datos de 2020 para Reino Unido son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra. Para Canadá, el estimado de 2020 está basado en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/il7m5s

Figura 6.24. **Trauma obstétrico, parto natural con y sin instrumental, 2019 (o año más cercano) y 2020**



Nota: Los datos de 2020 para Reino Unido son provisionales e incluyen solamente a Inglaterra. Para Canadá, el estimado de 2020 está basado en datos provisionales del 1 de abril al 30 de septiembre de todas las jurisdicciones excepto Quebec.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/v9gfm0

Seguridad en cuidados intensivos –cultura laboral y experiencias de los pacientes

Las medidas de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal sanitario pueden utilizarse –junto con las experiencias de seguridad reportadas por los pacientes, los indicadores tradicionales de seguridad del paciente (véase el indicador "Seguridad en cuidados intensivos -complicaciones quirúrgicas y trauma obstétrico") y los indicadores de resultados de salud (véase, por ejemplo, el indicador "Mortalidad por infarto agudo de miocardio")– para ofrecer una perspectiva holística del estado de la seguridad en los sistemas de salud.

Una cultura positiva de seguridad del paciente por parte del personal sanitario, resulta en percepciones compartidas sobre la seguridad, mayor transparencia y confianza, y niveles más altos de responsabilidad compartida, junto con mayor confianza en las iniciativas organizacionales y nacionales de seguridad. Un número creciente de investigaciones muestra que una cultura positiva de seguridad del paciente se asocia con una variedad de beneficios que incluyen mejores resultados de salud y experiencias de los pacientes, así como mejoras en la productividad organizacional y satisfacción del personal (de Bienassis et al., 2020[36]). La mejora de los modelos de gobernanza sobre la seguridad del paciente y la inversión en la mejora de la cultura de seguridad del paciente tienen un impacto sustancial y duradero en los resultados (G20 Health & Development Partnership, 2021[34]). La Figura 6.25 ilustra dos ámbitos de la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, en la que se pide al personal del hospital que proporcione información sobre aspectos de su entorno de trabajo y sobre si son propicios para una buena seguridad del paciente.

La seguridad de los traspasos y las transiciones está relacionada con la percepción del personal acerca la transferencia de información importante sobre la atención al paciente entre las unidades del hospital y durante los cambios de turno. La percepción positiva del personal sobre la seguridad de los traspasos y las transiciones varía entre 54% en Eslovenia y 32% en Bélgica y Escocia (Reino Unido). En promedio, en los países de la OCDE, menos de la mitad del personal encuestado creyó que los traspasos y las transiciones fueron suficientes. La Figura 6.5 también muestra que un poco más de la mitad del personal sanitario tuvo percepciones positivas en general sobre la seguridad del paciente, lo que significa que el personal piensa que los procedimientos y sistemas en sus centros de trabajo previenen adecuadamente los errores y que no hay problemas de seguridad del paciente (OECD, próxima publicación[37]).

Las perspectivas de los pacientes también son críticas para lograr que los sistemas de salud sean más seguros y centrados en la gente. En vista de su importancia, la OCDE desarrolló un instrumento piloto de encuesta para medir la experiencia de seguridad reportada por los pacientes (OECD, 2019[38]), que ha sido probado por varios países. Para reforzar los sistemas de salud con base en la opinión de los usuarios, algunos países de la OCDE han empezado a utilizar sistemáticamente indicadores de seguridad reportados por los pacientes. Por ejemplo, Polonia los usa como parte de su mecanismo de acreditación de proveedores, y Alemania los usa como uno de los insumos para un proyecto de reporte de incidentes.

Según la encuesta de 2020 de *Commonwealth Fund*, la proporción de pacientes que reportan errores médicos en los dos años anteriores varió entre 3% en Alemania y 13% en Noruega en 2020. Entre los pacientes hospitalizados, la proporción fue de 5% en Nueva Brunswick (Canadá) y Estonia, y 9% en Polonia (Figura 6.26). Nueva Brunswick (Canadá) y Polonia evaluaron la comparabilidad de las tasas de incidentes reportados por los pacientes, y descubrieron que los datos reportados por los pacientes fueron comparables con aquellos registrados en historias clínicas. Sin embargo, debe notarse que estas fuentes pueden no capturar ciertos tipos de daño. Los pacientes pueden no reportar daños físicos si no se reconocen inmediatamente (a diferencia del dolor y la infección) y si el proveedor de servicios no les informa de su ocurrencia. Es posible que las historias clínicas no mencionen daños como la falta de comunicación, la angustia y la preocupación, aunque es esencial responder a las necesidades de información y emocionales de los pacientes para ofrecer una atención segura y centrada en las personas.

Entre los diferentes tipos de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, los incidentes relacionados con medicamentos son los más frecuentes en todos los países. La proporción de personas que reportaron haber tomado un medicamento equivocado o una dosis incorrecta administrados por un médico, una enfermera, un hospital o un farmacéutico en los últimos dos años varió entre 3% en Australia y 7% en Noruega (Figura 6.27). En Polonia, 3% de los pacientes hospitalizados declararon incidentes relacionados con medicamentos. Estos datos deben interpretarse con cautela, pues pueden estar subnotificados porque los pacientes pueden no conocer todos los casos de errores con medicamentos.

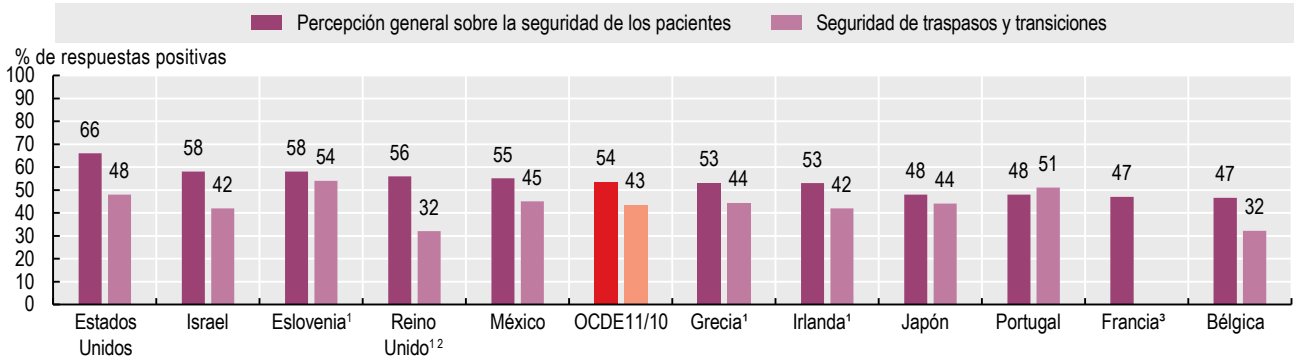
Definición y comparabilidad

Las percepciones del personal sanitario sobre la seguridad del paciente se basan en la evaluación de los trabajadores en el ámbito hospitalario (incluidos los hospitales psiquiátricos) mediante la encuesta *Hospital Survey of Patient Safety Culture* (HSPSC). Debido a la escasa frecuencia de las evaluaciones nacionales de la cultura de la seguridad del paciente en muchos países, la Figura 6.25 incluye datos de la recopilación de datos representativa más reciente entre 2010 y 2020. En algunos casos, las presentaciones de datos de 2020 incluyen datos de parte de 2021.

Varias diferencias en el registro de datos entre países pueden influir en los índices calculados. Estas se relacionan principalmente con las diferencias en el alcance y los métodos utilizados en la medición de la cultura de la seguridad del paciente, incluidas las diferencias en el número total de encuestados, los tipos y el número de hospitales participantes, las tasas de respuesta y los reportes obligatorios a diferencia de los voluntarios (se puede encontrar más información en la OCDE (OECD próxima publicación[37]). Debido a estas diferencias, es necesario interpretar con cautela los indicadores de la cultura de la seguridad del paciente. Los datos de Francia proceden de la región de Borgoña-Franco Condado.

Las comparaciones internacionales de los datos reportados por los pacientes son difíciles porque pueden estar influidas por muchos factores, como la formulación de las preguntas y las categorías de respuesta, así como el orden de las preguntas en la encuesta. Los datos reportados por los pacientes de la encuesta del *Commonwealth Fund* se recopilaron entre personas de 18 años o más; las encuestas nacionales basadas en el instrumento piloto (OECD, 2021[38]) se recabaron entre pacientes hospitalizados de 18 años o más, por lo que no son directamente comparables.

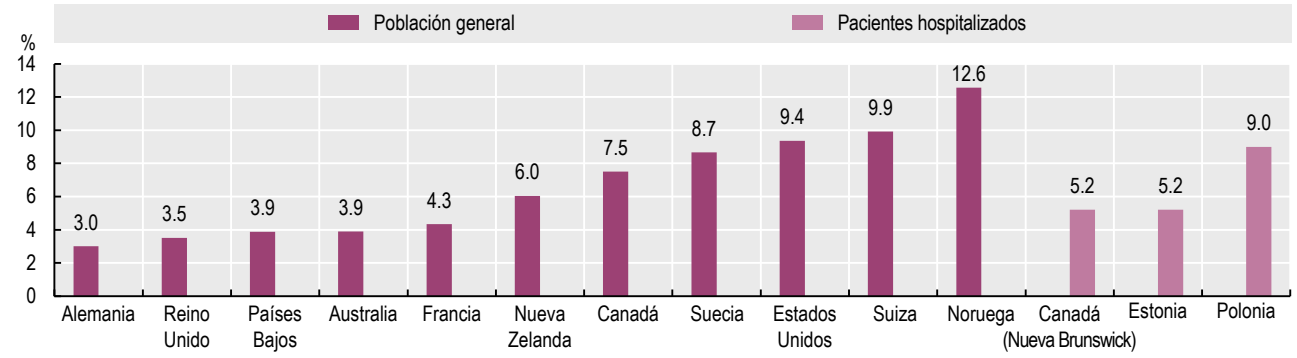
Figura 6.25. **Percepción del personal sanitario sobre los ámbitos de la cultura de seguridad del paciente, traspasos y transiciones, y percepciones generales sobre la seguridad, último año disponible**



1. Datos de 2010-2015 (todos los demás de 2015-2020). 2. Los datos son para Escocia solamente. 3. Borgoña-Franco Condado.
Fuente: OECD Pilot Data Collection on Patient Safety Culture, 2020/2021.

StatLink https://stat.link/a1og92

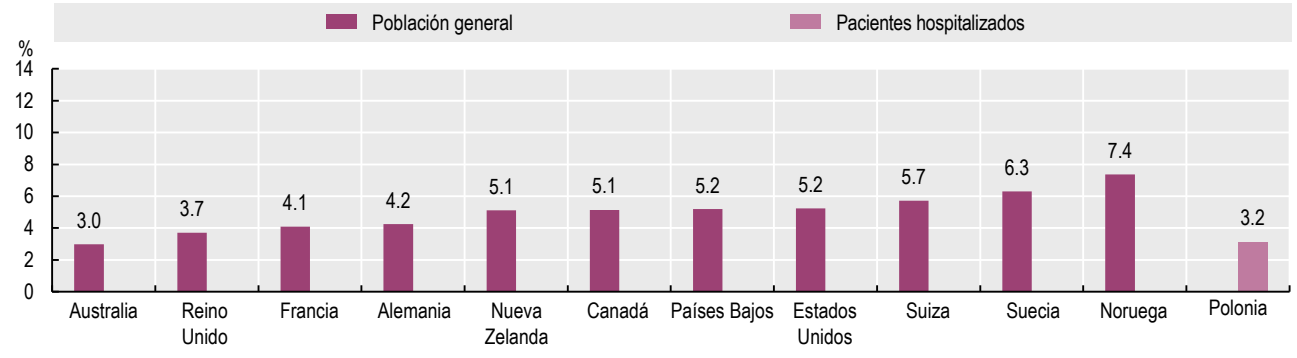
Figura 6.26. **Reportes de pacientes sobre errores médicos durante el tratamiento o atención, 2020 (o año más cercano)**



Nota: Los datos de la población general son de la encuesta Commonwealth Fund 2020 International Health Policy Survey.
Fuente: OECD Pilot Data collection on Patient-Reported Experience of Safety, 2020-2021.

StatLink https://stat.link/89scg2

Figura 6.27. **Reportes de pacientes sobre errores relacionados con medicamentos, 2020 (o año más cercano)**



Nota: Los datos de la población general son de la encuesta Commonwealth Fund 2020 International Health Policy Survey.
Fuente: OECD Pilot Data collection on Patient-Reported Experience of Safety, 2020-2021.

StatLink https://stat.link/h2lb17

Cuidados para personas con desórdenes de salud mental

Los trastornos mentales representan una carga sustancial, pues afectan a una de cada dos personas en algún punto de sus vidas (véase el indicador "Salud Mental" en el Capítulo 3). Desde el inicio de la crisis de COVID-19, los niveles de angustia mental se han incrementado, y en algunos países incluso se ha duplicado la prevalencia de ansiedad y depresión (OECD, 2021[39]). La mala salud mental causa costos en la economía que equivalen a más de 4.2% del producto interno bruto, incluyendo los costos directos del tratamiento, pero también costos indirectos relacionados con menores tasas de empleo y menor productividad (OECD, 2021[40]). Un servicio oportuno y de calidad puede potencialmente mejorar los resultados y reducir las tasas de suicidio y exceso de mortalidad de las personas con problemas de salud mental.

Los datos sobre calidad y resultados de la atención acusan deficiencias en la continuidad de la atención, y dificultades constantes para mejorar los resultados, especialmente para personas con condiciones graves de salud mental. El suicidio de pacientes hospitalizados es un evento "nunca" que debe ser monitoreado cuidadosamente como indicador de la eficiencia con que los contextos hospitalarios pueden mantener la seguridad de los pacientes. La mayoría de los países reportan tasas de suicidio de pacientes hospitalizados inferiores a 6 por cada 10 000 pacientes, con las excepciones de Dinamarca, Bélgica, Israel y Canadá (Figura 6.28). Las altas tasas de suicidio en estos países pueden en parte deberse a las diferencias en la composición de los grupos de pacientes (es decir, la gravedad de las condiciones de los pacientes tratados en contextos hospitalarios), o tiempos de espera para tratamiento ambulatorio de pacientes con problemas complejos.

Las tasas de suicidio después del alta hospitalaria pueden ser un indicador de la calidad de la atención en la comunidad, así como de la coordinación entre los contextos hospitalario y comunitario. En todos los países de la OCDE, las tasas de suicidio de pacientes que estuvieron hospitalizados en el año previo fueron bajas en Islandia, de 7 por cada 10 000 pacientes, pero alcanzaron casi 100 por cada 10 000 en Países Bajos (Figura 6.29).

Las tasas de mortalidad de los individuos con enfermedades psiquiátricas son más altas que las de la población general. Un valor de "exceso de mortalidad" superior a uno implica que las personas con desórdenes mentales tienen un riesgo más alto de muerte que el resto de la población. La Figura 6.30 muestra los valores de exceso de mortalidad para esquizofrenia y desorden bipolar, los cuales son superiores a dos en la mayoría de los países. En 2017-2019, el exceso de mortalidad de personas que padecían esquizofrenia varió de 1.8 en Lituania a 5.3 en Chile.

Las mediciones de reportes de pacientes pueden ayudar a capturar la calidad de la atención prestada a las personas que padecen de condiciones de salud mental (de Bienassis et al., 2021[41]). Estas mediciones se usan cada vez más en la atención a la salud mental para conocer la experiencia de las personas con los servicios de salud, y que puedan compartir su perspectiva sobre su estado de salud y cómo puede haber cambiado durante el tratamiento. La Figura 6.31 muestra las percepciones de los usuarios sobre el trato cortés y respetuoso de los proveedores, tanto de pacientes ingresados en contextos hospitalarios de salud mental, como aquellos que utilizan servicios comunitarios. Aunque el alcance de los datos incluidos varía desde los centros individuales hasta las encuestas nacionales, esta cifra demuestra la creciente adopción de esfuerzos nacionales y subnacionales para captar información sobre las experiencias de los pacientes con los sistemas de atención a la salud mental (de Bienassis et al., 2021[41]; OECD, próxima publicación[42]).

Definición y comparabilidad

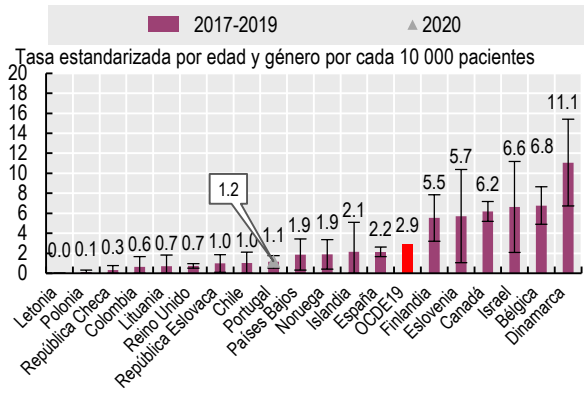
El indicador de suicidios de pacientes hospitalizados se compone de un denominador de pacientes dados de alta con un código de diagnóstico principal o dos de diagnóstico secundario iniciales de salud mental y desórdenes de conducta (ICD-10 códigos F10-F69 y F90-99) y un numerador de estos pacientes con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

El suicidio dentro del primer año del alta se establece relacionando el alta hospitalaria 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).

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

Las mediciones de la experiencia de los pacientes de salud mental (PREMs, por sus siglas en inglés), se basan en la evaluación de los usuarios de los servicios de salud mental hospitalizados y comunitarios utilizando los ámbitos recomendados por el PaRIS *Mental Health Working Group*. Las diferencias en la recopilación de datos entre los sitios y los países que presentan informes pueden influir en los índices calculados, así como las diferencias en la identificación de las poblaciones de pacientes, el número total de encuestados, la estructura y la aplicación del cuestionario, y el proceso de asignación de las actividades de encuesta existentes a los ámbitos identificados (OCDE, próxima publicación[42]). En el caso de Australia, las diferencias entre los servicios de salud mental públicos y privados en cuanto al instrumento de la encuesta, la metodología de muestreo, la combinación de casos de pacientes, la combinación de servicios y la metodología de cálculo, pueden afectar las puntuaciones generales de la experiencia. No se recomienda la comparación directa entre los servicios públicos y privados. Además, la comparación directa entre países debe hacerse con precaución porque hay una variación sustancial en el tamaño de la muestra, así como en los factores mencionados anteriormente.

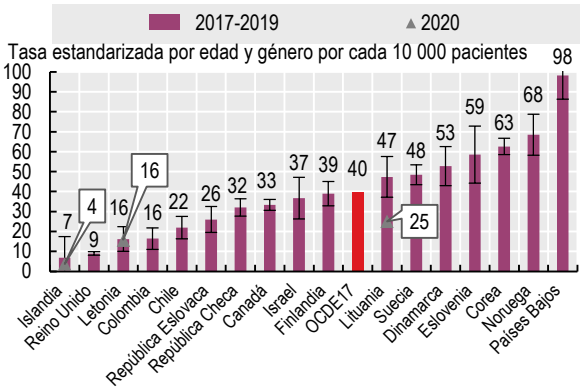
Figura 6.28. **Suicidio de pacientes hospitalizados con un desorden psiquiátrico 2017-2019 (o años más cercanos) y 2020**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. Promedio de tres años, excepto para Lituania, Polonia y República Eslovaca (promedio de dos años).
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/4cq51e

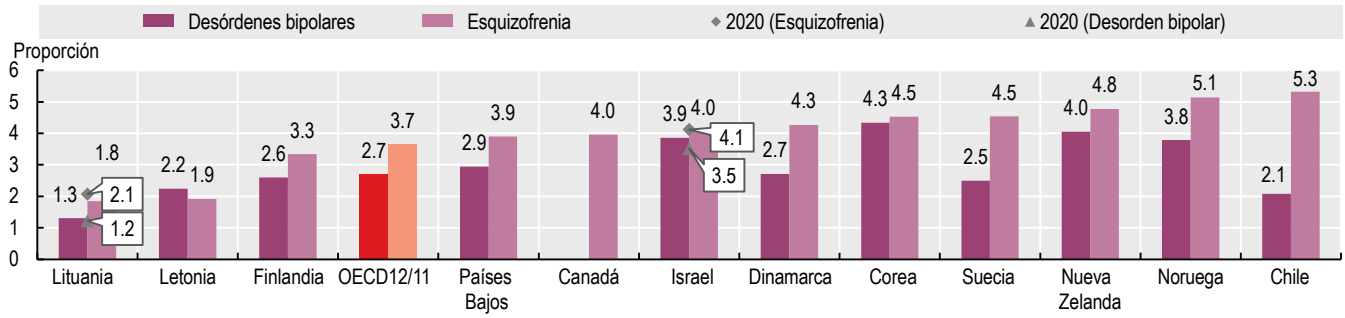
Figura 6.29. **Suicidio posterior a la hospitalización por desorden psiquiátrico, dentro de un año del alta, 2017-2019 (o año más cercano) y 2020**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. Promedio de tres años, excepto para Canadá y Noruega (promedio de dos años).
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/80ypw7

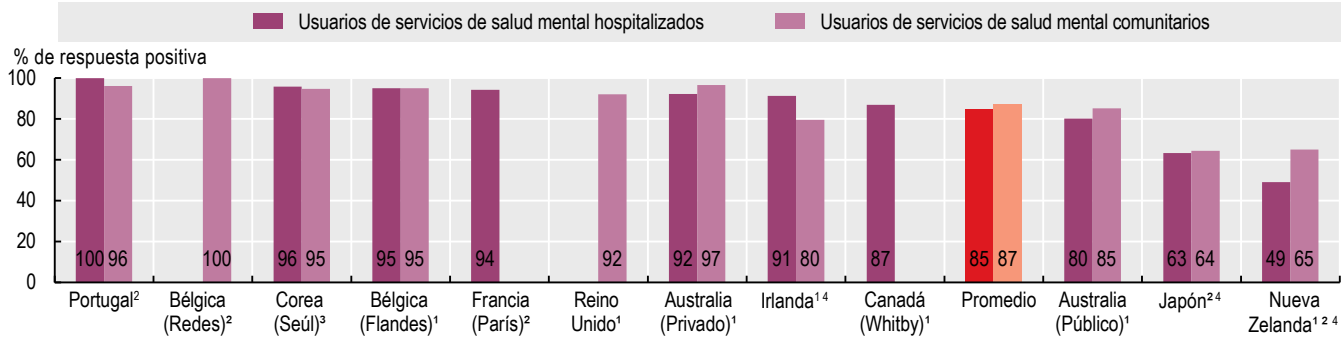
Figura 6.30. **Exceso de mortalidad por desorden bipolar y esquizofrenia, 2015-2017 (o año más cercano y 2020**



Nota: Promedio de tres años, excepto para Colombia en desorden bipolar (2014). Países Bajos: esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos; desorden bipolar y otros trastornos de conducta (excluyendo trastorno depresivo).
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/2h8msv

Figura 6.31. **Proporción de usuarios de servicios de salud mental hospitalizados y servicios de salud mental comunitarios tratados con cortesía y respeto por los proveedores de servicios, 2021 (o año más cercano)**



1. Información mapeada del programa de encuestas existente. 2. Tamaño de la muestra entre 500 y 100. 3. Tamaño de la muestra menor a 100. 4. Encuesta en línea.
Fuente: PaRIS Mental Health Pilot Data Collection 2020-2021.

StatLink https://stat.link/3152qb

Atención de cáncer de mama

El cáncer de mama es el de mayor incidencia entre mujeres en todos los países de la OCDE, y la segunda causa más común de muerte por cáncer entre mujeres (véase el indicador "Incidencia y mortalidad por cáncer en el Capítulo 3). Aunque la calidad y resultados de la atención de cáncer de mama han mejorado en general en años recientes, como se puede apreciar con mejores estimaciones de supervivencia, la pandemia de COVID-19 puede tener un impacto negativo en los resultados de cáncer de mama en los países de la OCDE.

Al principio de la pandemia, muchos sistemas de salud dieron prioridad a las necesidades urgentes de atención, y los programas de detección de cáncer fueron pausados (OECD, 2021[6]). Muchas mujeres también retrasaron la búsqueda de atención para reducir el riesgo de contagio de COVID-19, lo que causó una menor aceptación de pruebas de detección en muchos países de la OCDE (véase el Capítulo 2 "El impacto en salud de la COVID-19"; Figura 6.32). Estos cambios desacelerarán el avance hacia un diagnóstico más temprano que se había logrado en aquellos países de la OCDE que adoptaron programas de detección de cáncer de mama (OECD, 2013[43]), lo que llevó a un aumento en la proporción de mujeres en edad de practicarse mamografías de 57.3% en 2009, a 61.7% en 2019.

Los cambios en la etapa de la enfermedad en el momento del diagnóstico pueden señalar cambios en el acceso oportuno a atención de calidad del cáncer de mama. Durante el periodo 2010-2014, 51.5% de las pacientes de cáncer de mama en los países de la OCDE fueron diagnosticadas en etapa temprana, y 8.6% en etapa avanzada (Figura 6.33). Durante la pandemia de COVID-19, la distribución de la etapa del cáncer cambió en varios países de la OCDE. En Países Bajos, por ejemplo, donde se detuvieron las pruebas de detección, se observó una mayor proporción de pacientes de cáncer diagnosticadas en etapa avanzada durante la primera oleada de la crisis en 2020, en comparación con el mismo período en los dos años previos (NABON COVID-19 Consortium and the COVID y Cancer-NL Consortium, 2021[44]).

El retraso en las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento puede provocar peores resultados para las pacientes con cáncer de mama en un futuro próximo. Para minimizar estas consecuencias, algunos países de la OCDE, como Dinamarca, han hecho esfuerzos adicionales para incrementar la aceptación de pruebas de detección y reducir el retraso en el diagnóstico de cáncer.

La recolección de mediciones de resultados reportadas por las pacientes de cáncer de mama (PROMs, por sus siglas en inglés), está creciendo. Estas pueden informar opciones de tratamientos y formulación de políticas para mejorar la calidad de la atención para las pacientes de cáncer de mama. Muchos países de la OCDE están ampliando sus iniciativas de PROMs para cáncer de mama a nivel regional (p. ej. Italia) y nacional (p. ej. Países Bajos y Suecia), para hacer sus sistemas de salud más centrados en la gente.

La crisis de la COVID-19 ha magnificado los beneficios de contar con una recopilación sistemática de PROMs para los sistemas de salud. La pandemia los ha desafiado a prestar una atención más oportuna y adecuada al cáncer de mama en algunos países de la OCDE. Los datos demuestran que, desde el inicio de la pandemia, las pacientes y sobrevivientes de cáncer de mama eran menos propensas a ponerse en contacto con los médicos y sufrían un deterioro de su funcionamiento emocional y su salud mental (Bargon, 2021[45]). Con el objetivo de minimizar la complejidad de la cirugía, tiempo de hospitalización, riesgos de complicaciones y de contagio de COVID-19, algunos países y algunos hospitales –como Suecia, Reino Unido, y el Brigham and Women's Hospital en Estados Unidos– redujeron o suspendieron las cirugías inmediatas de reconstrucción de mama y retrasaron las reconstrucciones para ofrecerlas una vez que los servicios volvieran a la normalidad (Dave, 2021[46]; Regionala Cancercentrum I Samverkan, 2021[47]). Estas interrupciones de la atención han afectado significativamente la posibilidad de los hospitales participantes de proporcionar datos de PROMs a la OCDE.

La Figura 6.34 presenta los puntajes brutos (sin ajustar) de resultados de satisfacción con los senos a 6 y 12 meses posteriores a los procedimientos para cáncer de mama (terapia de conservación de mama y reconstrucción posterior a la mastectomía) para diez centros clínicos en nueve países. Los resultados sugieren una mayor satisfacción con los senos después de la terapia de conservación de la mama en algunos sitios, pero no en todos. Los puntajes brutos promedio consolidados de los 10 sitios, excepto Suiza, muestran puntuaciones más altas de satisfacción con los senos después de la terapia de conservación de mama en comparación con la cirugía de reconstrucción.

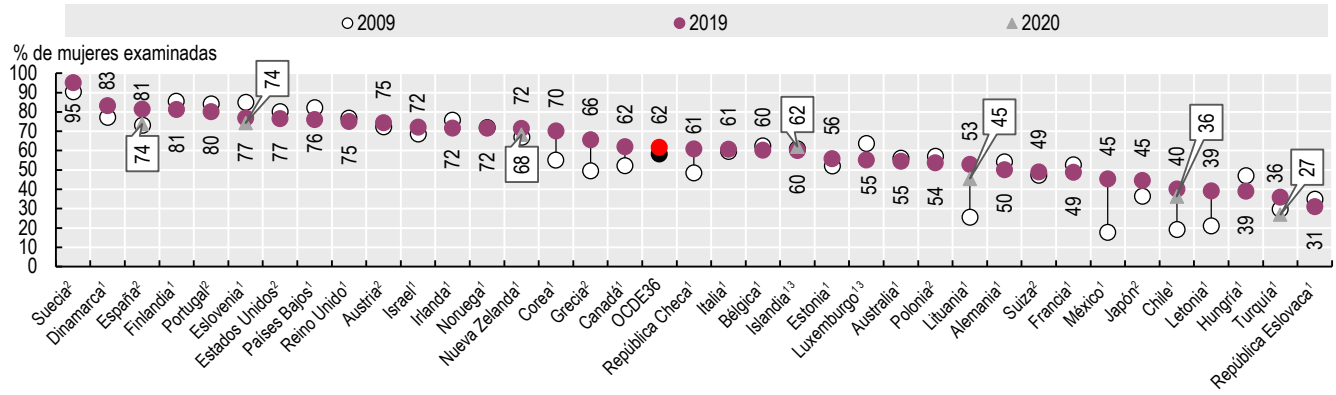
Definición y comparabilidad

Los datos de pacientes con cáncer fueron proporcionados por catastros de cáncer nacionales o regionales. Las tasas de pruebas de detección están basadas en datos de encuestas o programas. Los datos de encuestas pueden estar afectados por un sesgo de memoria. El control de calidad, análisis de la distribución de etapas y estimados de sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad se llevaron a cabo en forma centralizada como parte de *CONCORD*, el programa global de monitoreo de sobrevivencia al cáncer, conducido por la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (Allemani et al., 2018[48]). La etapa del cáncer de mama en el diagnóstico se categoriza de acuerdo al sistema *Tumour, Nodes, Metastasis*.

Los datos de PROMs se presentan solamente para una selección de hospitales y no son representativos para cada país. Los resultados se midieron después de la operación de senos utilizando escalas de satisfacción mediante la herramienta *BREAST-Q*, un instrumento internacionalmente validado utilizado para mediciones de resultados de cirugía de mama reportados por pacientes (Pusic et al., 2009[49]). Un puntaje más alto denota mejores resultados.

Se recomienda cautela al comparar los resultados de los sitios participantes por varias razones. El número de pacientes de los programas participantes varió considerablemente de esfuerzos regionales a hospitales individuales. Estas diferencias se reflejan en los intervalos de confianza incluidos en la Figura 6.34. Debe notarse que las mediciones se extienden más allá de los 12 meses posteriores a la cirugía en algunos sitios. Los datos de *Flinders Medical Centre* (Australia), *University of Western Australia Medical School* (Australia), *Site A* (Portugal), *Hospital 12 Octubre* (España) y *Brigham and Women's Hospital* (Estados Unidos) no se incluyen en la gráfica debido al tamaño pequeño de las muestras. Los datos de estos sitios, y datos adicionales sobre los sitios y las muestras podrán consultarse en un informe técnico de próxima publicación.

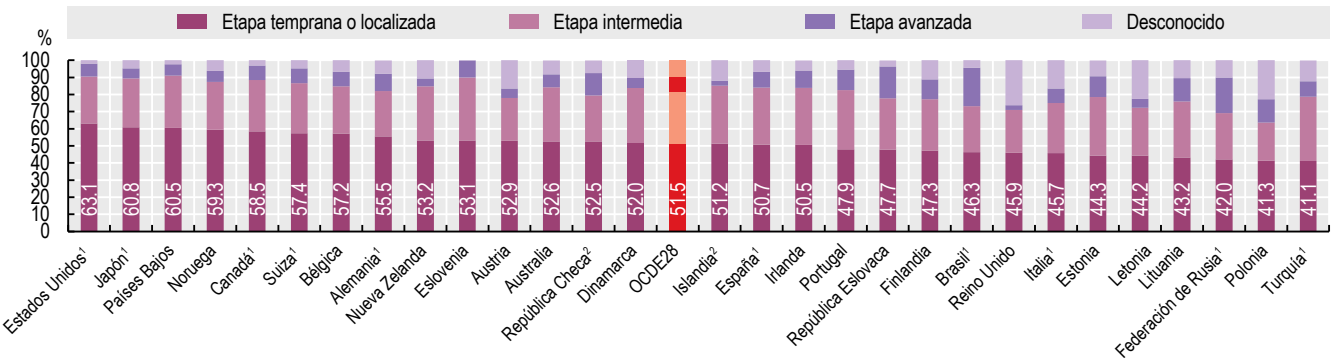
Figura 6.32. **Estudios de mamografía practicados a mujeres entre 50 y 69 años en los dos años previos, 2009, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Datos de programas. 2. Datos de encuestas. 3. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/pgcae2

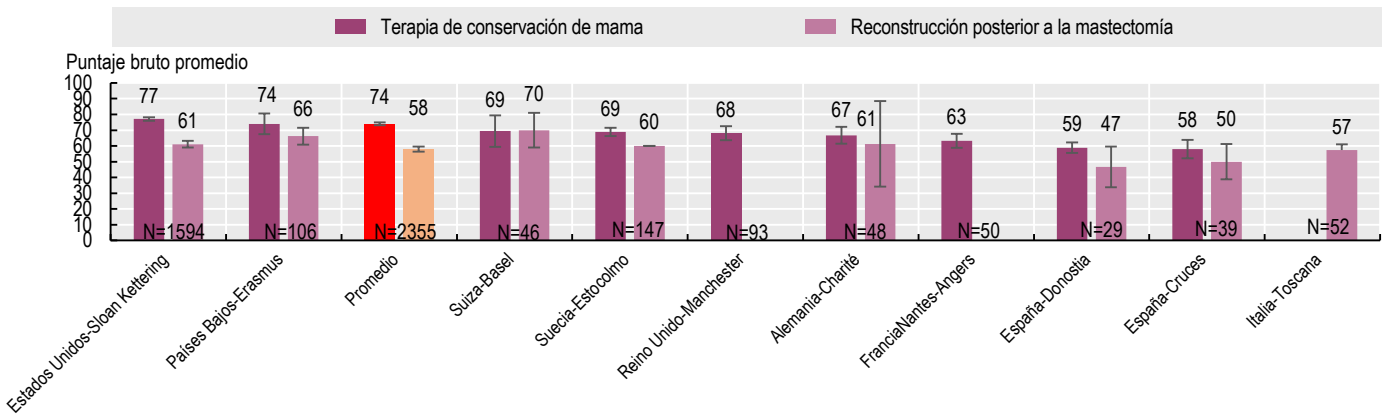
Figura 6.33. **Distribución de la etapa de cáncer de mama en el momento del diagnóstico, 2010-2014**



1. Los datos representan una cobertura inferior al 100% de la población nacional. 2. Datos de 2004-2009.
Fuente: CONCORD Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://stat.link/jqsz7p

Figura 6.34. **Satisfacción autoreportada con los senos: puntajes brutos 6-12 meses después de la cirugía, 2020-2021**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. La media ponderada basada en el tamaño de la muestra del centro se utilizó para calcular la satisfacción promedio bruta con los senos. Las etiquetas de los datos en la base del histograma se refieren al tamaño de la muestra en cada centro.
Fuente: Recolección piloto de datos PaRIS Breast Cancer PROMs 2021.

StatLink https://stat.link/xdqyr7

Sobrevivencia a otros tipos importantes de cáncer

A fin de mejorar los malos resultados de cáncer (véase el indicador "Principales causas de mortalidad" en el Capítulo 3), muchos países de la OCDE han ampliado sus esfuerzos en el control del cáncer. Por ejemplo, el renovado compromiso político de la Unión Europea se articula en el plan *Europe's Beating Cancer*. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha interrumpido la prevención primaria y secundaria, diagnóstico y tratamiento de cáncer en diferentes medidas. Por lo tanto, el mejoramiento de los resultados de cáncer puede presentar dificultades para los países de la OCDE.

El cáncer cervical invasivo es prevenible si se detectan cambios precancerosos o preinvasivos y se tratan antes de que avancen. Más de la mitad de los países de la OCDE tienen programas de detección de cáncer cervical con base en su población (OECD, 2013[43]; European Commission, 2017[50]). La mayoría de los países de la OCDE también cuentan con programas de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), aunque la cobertura varía ampliamente, desde 1% de las mujeres en el grupo de edad objetivo en Japón, hasta 99% en México (WHO, 2021[51]). Durante 2010-2014, la sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad para cáncer cervical varió de 53.9% en Letonia a 77.3% en Corea (Figura 6.35). La incidencia de cáncer invasivo puede ser menor en países donde existen programas intensivos de detección, como Estados Unidos, que pueden detectar y remover cánceres *in situ* y tumores invasivos de crecimiento lento. Las mujeres diagnosticadas con cáncer cervical a pesar de los programas de detección, tienden a tener tumores más agresivos que son más difíciles de tratar, lo que causa menores tasas de sobrevivencia para todas las etapas combinadas.

La realización de pruebas de detección de cáncer cervical y la cobertura de la vacunación contra el VPH fueron afectadas negativamente por la pandemia del COVID-19, al igual que la detección de cáncer de mama y los programas de vacunación infantil (véanse los indicadores "Campañas de vacunación" y "Atención de cáncer de mama"). En Eslovenia, por ejemplo, en 2020 se realizaron menos pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento que en los tres años anteriores, aunque el tiempo desde el diagnóstico hasta el tratamiento y el tiempo hasta la prueba de laboratorio se mantuvieron en un nivel similar (Ivanuš et al., 2021[52]). La detección oportuna de los cambios en el acceso a la atención de cáncer cervical y la calidad de la atención requieren de registro y seguimiento de los datos sobre la etapa de la enfermedad en el momento del diagnóstico, junto con la carga de casos y los tiempos de espera.

El melanoma de piel está causado principalmente por la exposición a la radiación ultravioleta, y las personas con un nivel bajo de pigmentación de la piel, antecedentes familiares de la enfermedad o una función inmunitaria deficiente corren un mayor riesgo. Las tasas de incidencia varían mucho, desde menos de 1 por cada 100 000 habitantes por año en Japón y Corea, hasta más de 30 por cada 100 000 habitantes por año en Australia y Nueva Zelanda (GLOBOCAN, 2020[53]). La supervivencia neta de cinco años estandarizada por edad varía de menos de 50% en la República Popular China (China), a más de 93% en Suiza y Alemania (Figura 6.36). En los países con tasas de incidencia elevadas, como Australia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos, los esfuerzos en materia de salud pública se han centrado en aumentar la conciencia sobre la importancia de reconocer los síntomas tempranos del melanoma, lo que ha contribuido a alcanzar los niveles más altos de supervivencia entre los países de la OCDE. En algunos países, una distribución menos favorable de los subtipos histológicos –como una mayor proporción de melanomas lentiginosos nodulares y acrales, que tienen un peor pronóstico– también puede ayudar a explicar algunas de las diferencias internacionales en la sobrevivencia. Esto requiere que las políticas sanitarias se dirijan a poblaciones específicas para mejorar la concienciación, el diagnóstico oportuno y el acceso al tratamiento.

En años recientes, la sobrevivencia neta al melanoma de piel se ha incrementado en la mayoría de los países de la OCDE. La introducción de inmunoterapias y tratamientos dirigidos para el melanoma metastásico ha supuesto un beneficio clínico sin precedentes, y puede haber contribuido a mejorar la supervivencia de corto plazo, como se ha demostrado en un reciente estudio de base poblacional en Estados Unidos (Di Carlo et al., 2020[54]). Durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19, en Ontario (Canadá) e Italia, por ejemplo, las biopsias de piel fueron menos comunes. En Italia, la distribución de etapas empeoró, pero el tratamiento para pacientes en etapa avanzada fue gestionado de inmediato (Intergruppo Melanoma Italiano, 2021[55]).

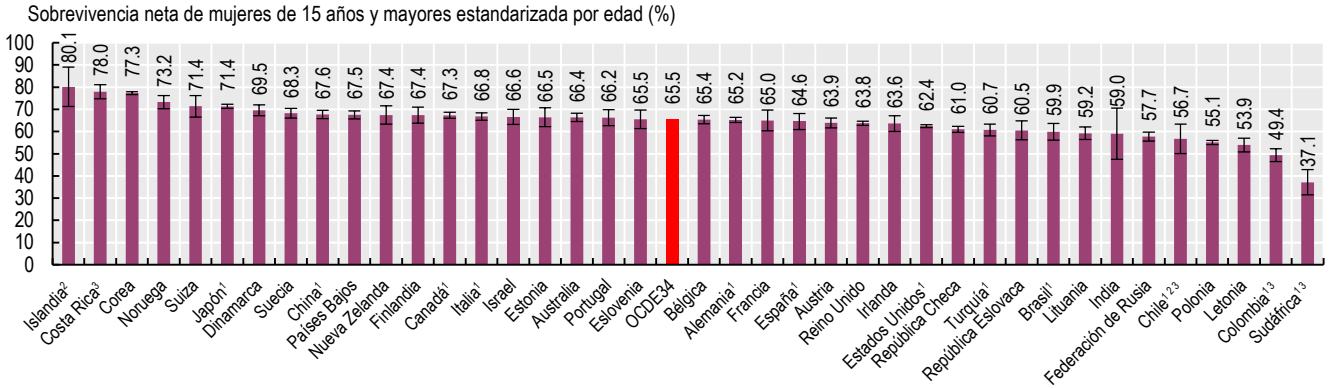
El cáncer de esófago ocupa el sexto lugar en cuanto a incidencia y el quinto en cuanto a mortalidad en los países de la OCDE. El riesgo es mayor entre los hombres y las personas que fuman y beben alcohol. La supervivencia neta de cinco años estandarizada por edad para el cáncer de esófago ha mejorado desde principios de la década de 2000. En el caso de los adultos diagnosticados entre 2010 y 2014, la mayor supervivencia neta de cinco años se registró en Corea (31.3%) y Japón (36.0%), y la más baja en Estonia (5.4%) y Lituania (5.6%) (Figura 6.37). Los países que cuentan con programas de detección de cáncer gástrico de base poblacional, como Corea y Japón, han tenido enormes mejoras en las últimas décadas, y ahora tienen los niveles más altos de supervivencia al cáncer de esófago en todo el mundo.

Definición y comparabilidad

La sobrevivencia neta de cinco años se refiere a la probabilidad acumulativa de que un paciente de cáncer viviera cinco años después del diagnóstico, controlando el riesgo de muerte por otras causas, y considerando que otras causas de muerte son un riesgo más alto entre los adultos mayores. Este enfoque de periodo se utiliza para permitir el cálculo de sobrevivencia de cinco años cuando el seguimiento por este tiempo no está disponible. Los cálculos de sobrevivencia al cáncer están estandarizados por edad con las medidas del *Cancer Survival Standard*.

El control de calidad y los análisis de la sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad fueron llevados a cabo de manera central como parte de *CONCORD*, el programa global de monitoreo de sobrevivencia al cáncer, conducido por la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (Allemani et al., 2018[48]).

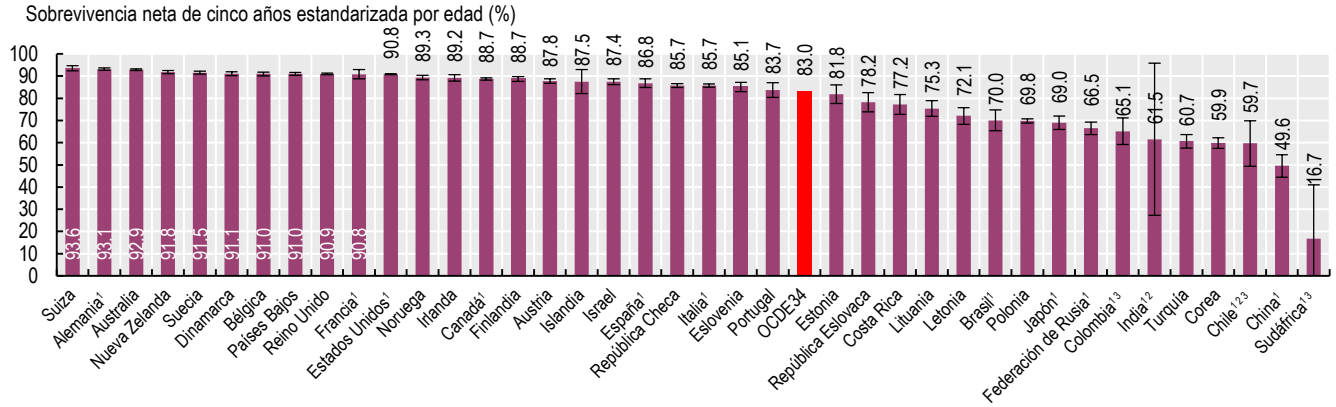
Figura 6.35. **Sobrevivencia neta de cinco años al cáncer cervical, 2010-2014**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Los datos representan cobertura de menos de 100% de la población nacional. 2. Los cálculos de sobrevivencia se consideran menos confiables: véase Allemani et al. (2018[48]) para más información. 3. Los cálculos de sobrevivencia no están estandarizados por edad.
Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://stat.link/fvbu2r

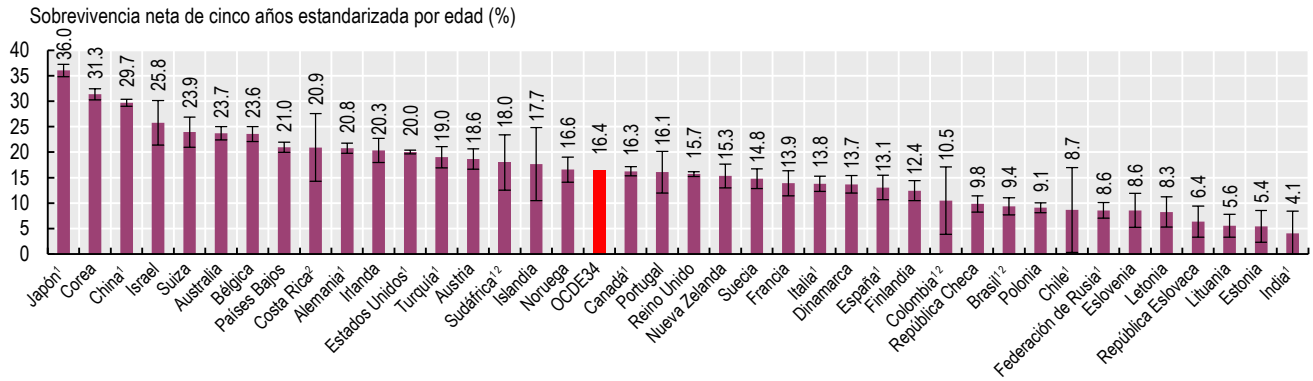
Figura 6.36. **Sobrevivencia neta de cinco años al melanoma, 2010-2014**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Los datos representan cobertura de menos de 100% de la población nacional. 2. Los cálculos de sobrevivencia se consideran menos confiables: véase Allemani et al. (2018[48]) para más información. 3. Los cálculos de sobrevivencia no están estandarizados por edad.
Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://stat.link/2isbg9

Figura 6.37. **Sobrevivencia neta de cinco años al cáncer de esófago, 2010-2014**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Los datos representan cobertura de menos de 100% de la población nacional. 2. Los cálculos de sobrevivencia se consideran menos confiables.
Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://stat.link/ueybw7

Atención integral

A pesar de los esfuerzos nacionales para facilitar las transiciones en la atención y mejorar la interacción entre los proveedores, los sistemas de salud siguen estando fragmentados en la prestación de servicios. El trabajo reciente de la OCDE señala cómo la mala integración socava todo el potencial de los servicios de salud (OECD, 2020[14]). Este es el caso especialmente para quienes padecen de condiciones complejas, como trastornos mentales, y son transferidos a otros contextos de atención (OECD, 2021[39]). Se reporta también escasa coordinación entre los servicios de salud, cuidados de largo plazo y servicios sociales (OECD, 2020[56]). Estas deficiencias se han visto agravadas por la pandemia de COVID-19, ya que la fragmentación de la atención entre los hospitales y la atención comunitaria perjudica la continuidad de los servicios y pone en riesgo la prestación de una atención segura para las poblaciones más vulnerables (OECD, 2020[57]).

La atención integral puede mejorar los resultados y experiencias de los pacientes. Puede también incrementar la relación calidad-precio al mejorar la coordinación y reducir la duplicidad y servicios innecesarios. La OCDE ha identificado mecanismos para mejorar la atención integral: el fortalecimiento de la gobernanza, el desarrollo de sistemas de información sólidos, la creación de una fuerza de trabajo calificada y la garantía de incentivos financieros adecuados (OECD, 2017[17]).

Los indicadores como la mortalidad, readmisiones y prescripción de medicamentos después de la hospitalización proporcionan información sobre la calidad de la integración entre el hospital y los servicios comunitarios. Los indicadores de accidente cerebrovascular e insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) durante el año posterior al alta, pueden ser calculados usando registros del hospital a nivel paciente, vinculados con registros de defunciones y datos de prescripciones para pacientes externos. Sin embargo, solo tres países de la OCDE (República Checa, Finlandia y Suecia) que participan en la recopilación piloto de datos de la OCDE sobre Atención Integral, pueden actualmente vincular todas las fuentes de datos para informar los indicadores de prescripción, además de todos los demás indicadores.

La Figura 6.38 muestra los resultados de mortalidad y readmisiones en los países de la OCDE durante el año posterior al alta después de un accidente vascular isquémico o ICC en 2018. Del total de pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular isquémico, un promedio de 64% sobrevivieron y no volvieron a cuidados intensivos, 22% sobrevivieron y fueron readmitidos (4% por razones relacionadas con el accidente cerebrovascular y 18% por otras razones), y 14% fallecieron en el año siguiente. Del total de pacientes de ICC, en promedio 45% sobrevivieron y no volvieron a cuidados intensivos, mientras 32% sobrevivieron, pero fueron readmitidos por causas relacionadas con ICC u otras causas, y 23% fallecieron en el año siguiente.

La mortalidad de un año para los pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular y fueron dados de alta varió de 2% en Japón, a 25% en Estonia. Para pacientes de ICC, la mortalidad de un año osciló entre 8% en Japón y 33% en Eslovenia. Las readmisiones después de un año de pacientes de accidente cerebrovascular que sobrevivieron un año o más variaron entre 1% en Italia y 6% en Noruega, por causas relacionadas con el accidente cerebrovascular; y de 0% en Costa Rica a 28% en República Checa por causas no relacionadas. Para pacientes con ICC que sobrevivieron un año o más, las tasas de readmisión variaron entre 1% en Italia y 6% en Noruega para causas relacionadas con ICC; y por otras causas, de 0% en Costa Rica a 28% en República Checa.

Un análisis de las tendencias permite identificar cambios en el tiempo, como mejoras en las tasas de mortalidad y readmisión. Se muestran datos de 2013 a 2018 del porcentaje de pacientes de accidente cerebrovascular e ICC dados de alta, que fueron readmitidos o fallecieron en el año siguiente al alta debido a cualquier causa (Figura 6.39) o al diagnóstico primario (Figura 6.40).

La mayoría de los países tuvieron pequeñas mejoras en un período de cinco años. Costa Rica, Suecia e Israel demostraron las mejoras más importantes para reducir las readmisiones y mortalidad de un año después de un accidente vascular isquémico; y Costa Rica, Suecia, Japón e Israel para ICC. Se pueden observar disminuciones similares de las tasas de mortalidad de 30 días para accidente vascular isquémico (véase el indicador "Mortalidad por accidente vascular isquémico"). Sin embargo, en algunos países las tasas empeoraron, como en Lituania, Noruega y Finlandia.

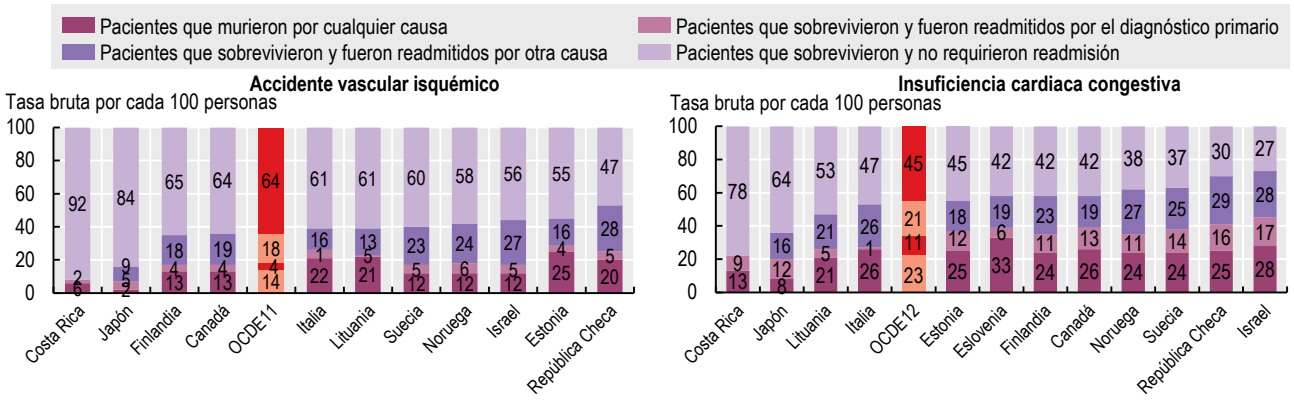
La variación en los resultados entre países puede ser explicada en parte por las diferencias en la organización de la prestación de servicios, y las diferencias en el acceso a los mismos, mecanismos de pago y sistemas de información. Por ejemplo, Estonia adoptó un nuevo modelo de red de atención centrada en la persona, y Finlandia definió un nuevo modelo de gobernanza de financiamiento, organización e información para impulsar la integración de la atención social y de salud.

Definición y comparabilidad

La OCDE realizó una prueba piloto de la recopilación de indicadores de atención integral para apoyar la comparación internacional de los resultados de los pacientes dados de alta del hospital con accidente vascular isquémico o ICC. Los indicadores de resultados se calculan para personas mayores de 15 años y mayores que presentan un episodio de atención aguda no electiva (urgente) por un primer evento de accidente vascular isquémico o ICC, el día de su ingreso. Un primer episodio se define entre las personas que no han ingresado en el hospital por una enfermedad específica en los cinco años anteriores. Los países aplicaron este periodo de "lavado" excepto la República Checa (que solo utilizó el primer evento de diagnóstico primario) y Japón (que utilizó un lavado de un año). Estas variaciones afectan la construcción de la cohorte de pacientes, dificultan la posibilidad de rastrear a las personas que tienen un historial de hospitalizaciones repetidas y reducen la comparabilidad de los datos.

Todos los países utilizan identificadores únicos de pacientes. Para todos los países los datos son representativos a nivel nacional, excepto para Japón. Japón utiliza una red de proveedores que representa 30% de las hospitalizaciones y solo identifica las readmisiones dentro de esta red, lo que limita la comparabilidad de los datos con otros países. Los identificadores únicos de los pacientes vinculan los datos de los hospitales (con información sobre el tipo y la fecha de ingreso y alta y los diagnósticos) con los registros de defunciones y las bases de datos de prescripción. Las definiciones de la atención urgente aguda varían entre los países. La mayoría de los países definen la atención urgente aguda como la admisión hospitalaria a través de atención de emergencia/no planificada (Costa Rica, Finlandia, Japón, Israel, Italia, Noruega, Eslovenia y Suecia) o la atención curativa (Lituania). Algunos países (Estonia) excluyen los cuidados agudos relacionados con la rehabilitación, los cuidados psiquiátricos o de larga duración, o utilizan grupos relacionados con el diagnóstico (República Checa) para identificar los episodios agudos. Como se muestra en la Figura 6.11 y en las Figuras 6.17 y 6.18, las hospitalizaciones por ICC y la mortalidad por accidente vascular isquémico muestran una variabilidad sustancial entre países. Se recomienda cautela al hacer una comparación directa entre países utilizando estas métricas. Véase Barrenho et al. (próxima publicación[58]) para más análisis.

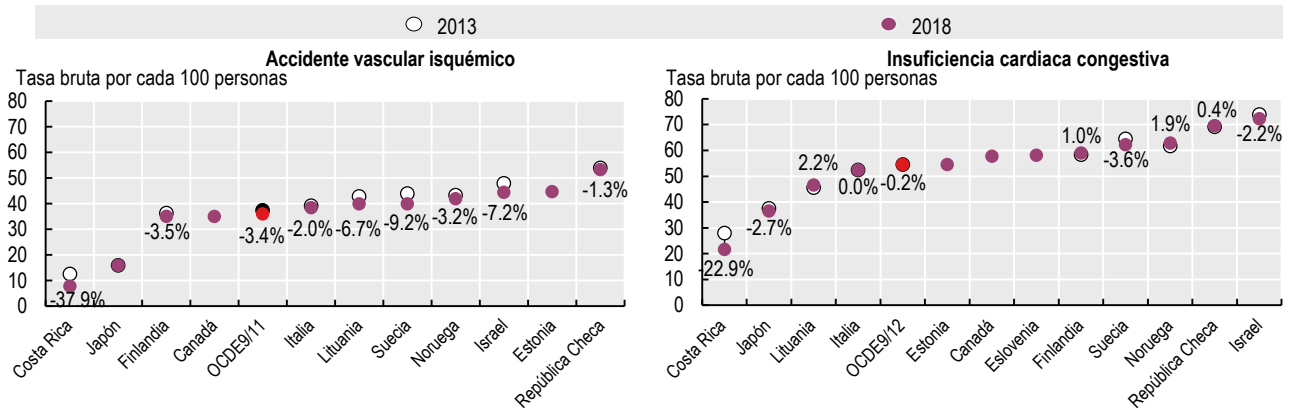
Figura 6.38. **Resultados de pacientes en el plazo de un año desde el alta después de accidente vascular isquémico e insuficiencia cardiaca congestiva, 2018**



Fuente: Recolección Piloto de Datos sobre Atención Integral OECD HCQO 2021.

StatLink https://stat.link/73krij

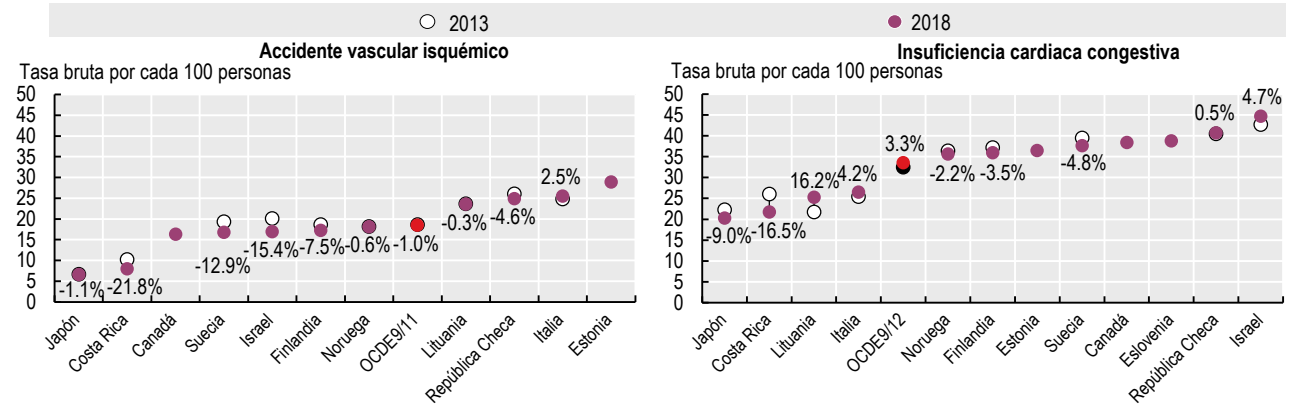
Figura 6.39. **Pacientes que fueron readmitidos o murieron por cualquier causa en el plazo de un año desde el alta después de accidente vascular isquémico e insuficiencia cardiaca congestiva, 2013-2018 (o año más cercano)**



Nota: Las etiquetas de los datos muestran el cambio porcentual relativo, 2013-2018. El promedio de la OCDE de 2013 no incluye datos de Canadá, Estonia y Eslovenia.
Fuente: OECD HCQO Pilot Data Collection on Integrated Care 2021.

StatLink https://stat.link/sgwa07

Figura 6.40. **Pacientes que fueron readmitidos o murieron debido al diagnóstico primario en el plazo de un año desde el altadespués de accidente vascular isquémico e insuficiencia cardiaca congestiva, 2013-2018 (o año más cercano)**



Nota: Las etiquetas de los datos muestran el cambio porcentual relativo, 2013-2018. El promedio de la OCDE de 2013 no incluye datos de Canadá, Estonia y Eslovenia.
Fuente: OECD HCQO Pilot Data Collection on Integrated Care 2021.

StatLink https://stat.link/wynqf6

Referencias

[9] Al-Aly, Z., Y. Xie y B. Bowe (2021), "High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19", *Nature*, vol. 594/7862, pp. 259-264, disponible en *http://dx.doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9*.

[48] Allemani, C. et al. (2018), "Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries", *The Lancet*, vol. 391/10125, pp. 1023-1075, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3*.

[45] Bargon, C. (2021), "Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient-Reported Outcomes of Breast Cancer Patients and Survivors", *JNCI Cancer Spectrum*, vol. 5/1, p. pkaa104, disponible en *https://doi.org/10.1093/jncics/pkaa104*.

[58] Barrenho et al. (próxima publicación), "Methodological development of indicators for international comparison of integrated care: findings of a pilot on stroke and chronic heart failure", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, París.

[29] Bersano, A. et al. (2020), "Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries", *European Journal of Neurology*, vol. 27/9, pp. 1794-1800, disponible en *http://dx.doi.org/10.1111/ene.14375*.

[15] CDC (2021), *Certain Medical Conditions and Risk for Severe COVID-19 Illness*, U.S. Department of Health & Human Services, *https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html* (obtenido el 8 de julio, 2021).

[7] CDC (2021), *Measles Cases and Outbreaks*, *https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html* (obtenido el 7 de julio, 2021).

[22] Chudasama, Y. et al. (2020), "Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals", *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, vol. 14/5, pp. 965-967, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042*.

[21] Collins, F. (2021), *How COVID-19 Can Lead to Diabetes – NIH Director's Blog,* National Institutes of Health, *https://directorsblog.nih.gov/2021/06/08/how-covid-19-can-lead-to-diabetes/* (obtenido el 7 de julio, 2021).

[46] Dave, R. (2021), "Breast cancer management pathways during the COVID-19 pandemic: outcomes from the UK "Alert Level 4" phase of the B-MaP-C study", *British Journal of Cancer*, vol. 124/11, pp. 1785-1794, disponible en *http://dx.doi.org/10.1038/s41416-020-01234-4*.

[36] de Bienassis, K. et al. (2020), "Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, núm. 119, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/6ee1aeae-en*.

[41] de Bienassis, K. et al. (2021), "Measuring patient voice matters: setting the scene for patient-reported indicators", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 33/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzab002*.

[54] Di Carlo, V. et al. (2020), "Trends in short-term survival from distant-stage cutaneous melanoma in the United States, 2001-2013 (CONCORD-3)", *JNCI Cancer Spectrum*, vol. 4/6, disponible en *http://dx.doi.org/10.1093/jncics/pkaa078*.

[50] European Commission (2017), *Cancer Screening in Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf* (obtenido el 24 de junio, 2019).

[12] Fujisawa, R. y N. Klazinga (2017), "Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016", *OECD Health Working Papers*, núm. 102, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/893a07d2-en*.

[34] G20 Health & Development Partnership (2021), *The Overlooked Pandemic: How to Transform Patient Safety and Save Healthcare Systems, https://www.ssdhub.org/wp-content/uploads/2021/03/1863-Sovereign-Strategy-Patient-Safetly-Report-1.pdf* (obtenido el 3 de junio, 2021).

[3] Gallup (2021), *Over 1 Billion Worldwide Unwilling to Take COVID-19 Vaccine, https://news.gallup.com/poll/348719/billion-unwilling-covid-vaccine.aspx* (obtenido el 8 de julio, 2021).

[2] Gallup (2019), *Is There an Outbreak of Doubt About Vaccines in the U.S.?, https://news.gallup.com/opinion/gallup/259574/outbreak-doubt-vaccines.aspx* (obtenido el 8 de julio, 2021).

[53] GLOBOCAN (2020), *International Agency for Research on Cancer*, Global Cancer Observatory, Cancer Today, disponible en *https://gco.iarc.fr/today/home*.

[26] Holmes, J. et al. (2020), "Emergency ambulance services for heart attack and stroke during UK's COVID-19 lockdown", *The Lancet*, vol. 395/10237, pp. e93-e94, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31031-x*.

[55] Intergruppo Melanoma Italiano (2021), "The effect of COVID-19 emergency in the management of melanoma in Italy", *Dermatology Reports*, vol. 13/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.4081/dr.2021.8972*.

[18] International Diabetes Federation (2020), *IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019*.

[52] Ivanuš, U. et al. (2021), "The impact of the COVID-19 pandemic on organised cervical cancer screening: The first results of the Slovenian cervical screening programme and registry", *The Lancet Regional Health - Europe*, vol. 5, p. 100101, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100101*.

[27] Little, C. et al. (2020), "COVID-19 pandemic and STEMI: pathway activation and outcomes from the pan-London heart attack group", *Open Heart*, vol. 7/2, p. e001432, disponible en *http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2020-001432*.

[25] Martínez-Sánchez, C. et al. (2017), "Reperfusion therapy of myocardial infarction in Mexico: A challenge for modern cardiology", *Archivos de Cardiología de México*, vol. 87/2, pp. 144-150, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.12.007*.

[19] Muniyappa, R. y S. Gubbi (2020), "COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus", *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, vol. 318/5, pp. E736-E741, disponible en *http://dx.doi.org/10.1152/ajpendo.00124.2020*.

Referencias

[44] NABON COVID-19 Consortium and the COVID and Cancer-NL Consortium (2021), "Impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis, stage, and initial treatment of breast cancer in the Netherlands: a population-based study", *Journal of Hematology & Oncology*, vol. 14/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1186/s13045-021-01073-7*.

[40] OECD (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en*.

[5] OECD (2021), "Access to COVID-19 vaccines: Global approaches in a global crisis", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/c6a18370-en*.

[4] OECD (2021), "Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/eae0ec5a-en*.

[13] OECD (2021), *Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS)*, OECD, París, *http://www.oecd.org/health/paris.htm* (obtenido el 26 de junio, 2019).

[6] OECD (2021), "Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/9a5ae6da-en*.

[39] OECD (2021), "Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/9a5ae6da-en*.

[14] OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en*.

[56] OECD (2020), "Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly", *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en*.

[57] OECD (2020), "Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/43fc5d50-en*.

[8] OECD (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD countries*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/a18286f0-en*.

[30] OECD (2019), "Measuring what matters for people-centred health systems", en *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/4bbba455-en*.

[38] OECD (2019), *Patient-Reported Safety Indicators: Question Set and Data Collection Guidance*, OECD, París, disponible en *https://www.oecd.org/health/health-systems/Patient-reported-incident-measures-December-2019.pdf*.

[10] OECD (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264307599-en*.

[17] OECD (2017), *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en*.

[11] OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

[23] OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[28] OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en*.

[43] OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[31] OECD (próxima publicación), *Findings of the OECD Working Group on Patient-Reported Indicators for Hip and Knee Replacement Surgery: Technical report on data collected from 2018-2021*, OECD, París.

[37] OECD (próxima publicación), *Safety in numbers: Quantifying health worker perceptions of patient safety culture in OECD countries*, OECD Publishing, París.

[42] OECD (próxima publicación), "Standards for Assessing Patient Outcomes and Experiences of Mental Health Care in OECD Countries: Findings of the PaRIS Mental Health Working Group Pilot Data Collection", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, París.

[24] OECD/The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy?: OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/47a04a11-en*.

[49] Pusic, A. et al. (2009), "Development of a New Patient-Reported Outcome Measure for Breast Surgery: The BREAST-Q", *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 124/2, pp. 345-353, disponible en *http://dx.doi.org/10.1097/prs.0b013e3181aee807*.

[47] Regionala Cancercentrum I Samverkan (2021), *Statistik om uppskjuten cancervård till följd av coronaviruset*, disponible en *https://cancercentrum.se/samverkan/covid-19/uppskjuten-cancervard*.

[16] Rey et al., J. (2020), "Heart failure in COVID-19 patients: prevalence, incidence and prognostic implications", *European Journal of Heart Failure*, vol. 22/12, pp. 2205-2215, disponible en *http://dx.doi.org/10.1002/ejhf.1990*.

[20] Singh, A. et al. (2020), "Diabetes in COVID-19: Prevalence, pathophysiology, prognosis and practical considerations", *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, vol. 14/4, pp. 303-310, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.004*.

Referencias

[33] Slawomirski, L., A. Auraaen 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, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en*.

[32] Van Hout, B. et al. (2012), "Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets", *Value in Health*, vol. 15/5, pp. 708-715, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/J.JVAL.2012.02.008*.

[35] WHO (2021), *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*, World Health Organization, *https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan* (obtenido el 2 de junio, 2021).

[51] WHO (2021), *WHO Immunization Data portal*, World Health Organization, *https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=incidence&location=Global* (obtenido el 15 de julio, 2021).

[1] WHO (2019), *Global Influenza Strategy 2019-2030*, World Health Organization, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/311184*.

7. GASTO EN SALUD

Gasto en salud en relación al PIB

Gasto en salud per cápita

Precios en el sector salud

Gasto en salud por esquema de financiamiento

Financiamiento público del gasto en salud

Gasto en salud por tipo de servicio

Gasto en salud en servicios primarios

Gasto en salud por proveedor

Gasto de capital en el sector salud

Gasto en salud en relación al PIB

El gasto destinado a servicios de salud en comparación con el tamaño del total de la economía varía con el tiempo debido a las diferencias tanto en el crecimiento del gasto en salud, como en el crecimiento económico general. Durante la década de 1990 y principios de la década de 2000, el gasto en salud de los países de la OCDE crecía en general a un paso más acelerado que el resto de la economía, lo que causaba un aumento casi continuo en la proporción del gasto en salud en relación con el producto interno bruto (PIB). Después de la volatilidad de la crisis económica de 2008, esta proporción permaneció relativamente estable, ya que el incremento del gasto sanitario en general correspondía con el desempeño económico de los países de la OCDE. Sin embargo, con las restricciones graves que la crisis de COVID-19 ha impuesto en la actividad económica, y la tendencia al alza del gasto en salud, la relación entre éste y el PIB va a experimentar un ajuste significativo.

En 2019, antes de la pandemia de COVID-19, los países de la OCDE gastaron en promedio alrededor de 8.8% del PIB en servicios de salud, cifra que no había variado mucho desde 2013. Estados Unidos tuvo por mucho el gasto más alto en salud, equivalente a 16.8% de su PIB –muy por encima de Alemania, el país con el segundo lugar, con un gasto de 11.7% (Figura 7.1). Después de Estados Unidos y Alemania, se encuentra un grupo de diez países de ingresos altos, que incluye a Francia, Canadá, Japón y Reino Unido, que gastaron más de 10% de su PIB en servicios de salud. Otra docena de países, de la OCDE además de Brasil y Sudáfrica, tuvieron un gasto en salud de 8% a 10% de su PIB. El siguiente bloque de países, con un gasto en salud entre 6% y 8% del PIB, incluye a muchos países de la OCDE de Europa central y del este, así como a nuevos miembros de Latinoamérica –Colombia y Costa Rica. Finalmente, México y Turquía gastaron menos de 6% del PIB en salud, junto con otros países socios, como República Popular China (China) e India.

Los cálculos preliminares para 2020 de varios países de la OCDE apuntan a un incremento significativo en el gasto en salud como proporción del PIB, lo que refleja tanto el gasto extraordinario necesario para enfrentar la crisis de COVID-19, como las reducciones en el PIB causadas por las restricciones en la actividad económica. Con base en los datos iniciales, se estima que la proporción promedio del PIB destinada a salud se incrementó de 8.8% en 2019 a 12.8% en 2020. Los países más gravemente afectados por la pandemia reportaron incrementos sin precedentes en la proporción del PIB destinada a la salud. Reino Unido estimó un incremento de 10.2% en 2019 a 12.8% en 2020, mientras que Eslovenia anticipó un aumento de la proporción del PIB destinada a salud de 8.5% a más de 10%.

Un análisis de las tendencias del gasto en salud per cápita y el PIB en los últimos 15 años claramente muestra los dos choques: la crisis económica de 2008 y el impacto de la COVID-19 en 2020 (Figura 7.2). Aunque las economías de la OCDE se contrajeron fuertemente en 2008 y 2009, el crecimiento del gasto en salud se mantuvo por un tiempo antes de decrecer también –el crecimiento se mantuvo justo por encima de cero entre 2010 y 2012– a medida que una serie de medidas políticas entraban en vigor para frenar el gasto público en salud. Para el resto de la década de 2010, la tasa de crecimiento promedio del gasto en salud en los países de la OCDE tendió a seguir de cerca el crecimiento de la economía en general. La brecha se amplió en 2019, con un mayor crecimiento en el gasto en salud. Con cierres generalizados y otras medidas de salud pública que restringen gravemente la producción económica y el gasto de los consumidores, muchas economías de la OCDE entraron en caída libre en 2020. El PIB per cápita cayó más de 4.5% en promedio, España y Reino Unido registraron contracciones de dos dígitos en el PIB. La necesidad de incrementar el gasto en salud, sobre todo por parte de los gobiernos, como respuesta a la pandemia, hizo crecer el gasto promedio per cápita a cerca de 5%, según los datos preliminares de varios países de la OCDE. Es probable que este sea el crecimiento más rápido del gasto en salud en la OCDE en los últimos 15 años.

Las tendencias en el gasto en salud y el PIB en este periodo se traducen en un patrón claro, con picos significativos en la proporción en 2009 y 2020, y un periodo de estabilidad entre esos años (Figura 7.3). El enfoque en algunos países muestra que Italia y Reino Unido siguieron de cerca esta tendencia, y este último mostró un pico aún más pronunciado en 2020. Alemania y Portugal experimentaron una transición más suave, y se estima que el gasto en salud en Portugal será sólo 0.4 puntos porcentuales más alto que en 2005. A pesar de los choques, el gasto en salud en Corea ha mostrado un incremento constante año tras año, pasando de 4.8% a 8.4% en este periodo de 15 años.

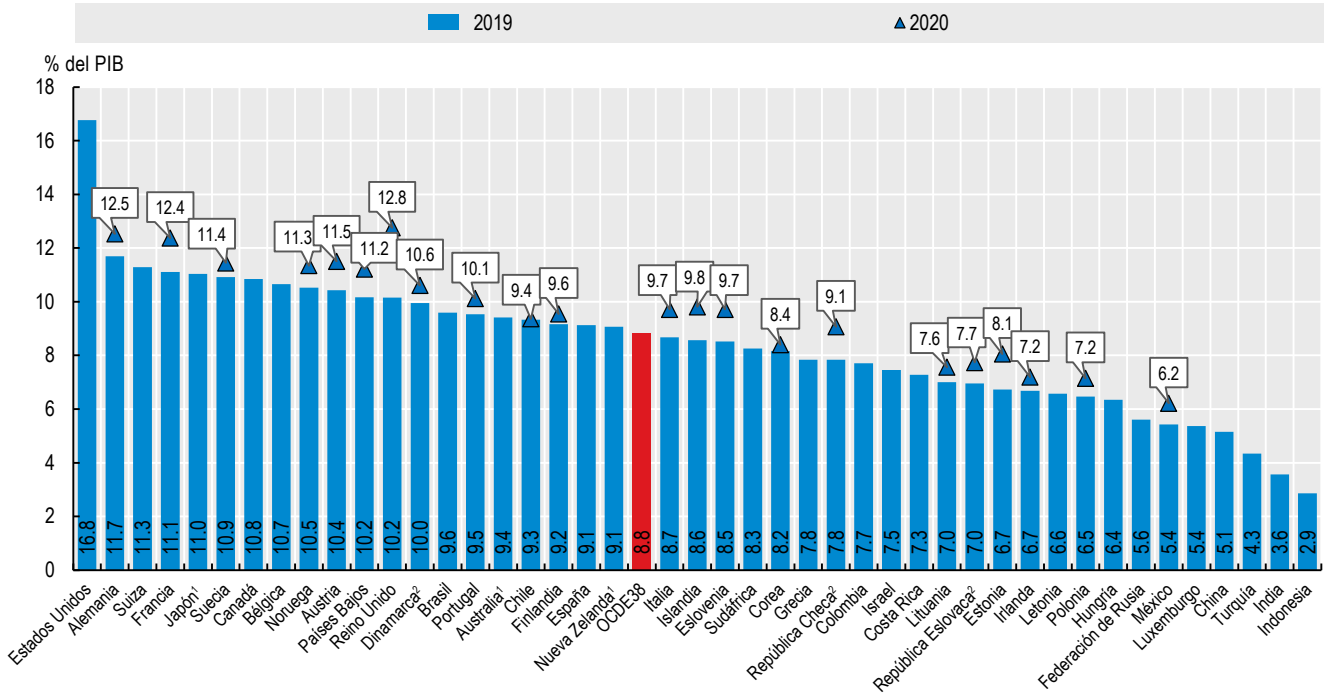
Definición y comparabilidad

Véase el indicador "Gasto en salud per cápita" para una definición del gasto corriente en salud. El PIB es la suma de consumo final, formación bruta de capital (inversión) y exportaciones netas. El consumo final 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 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 utilidades repatriadas, y por lo tanto no está disponible para consumo nacional, el producto nacional bruto (PNB) puede ser una medida más apropiada que el PIB. Sin embargo, para fines de consistencia se mantiene el PIB como denominador para todos los países.

Debe notarse que los datos para 2020 se basan en cifras preliminares provistas por el país o estimados preliminares de la Secretaría de la OCDE. Como consecuencia de las dificultades para recopilar información durante la pandemia de COVID-19, las estimaciones de 2020 pueden estar sujetas a más incertidumbre de lo habitual.

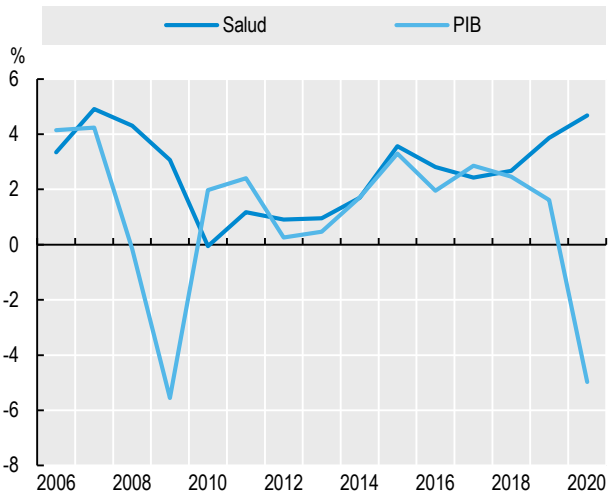
Figura 7.1. **Gasto en salud como proporción del PIB, 2019 (o año más cercano) y 2020**



1. Estimaciones de la OCDE para 2019. 2. Estimaciones de la OCDE para 2020.
Fuente: OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink https://stat.link/gdkxzq

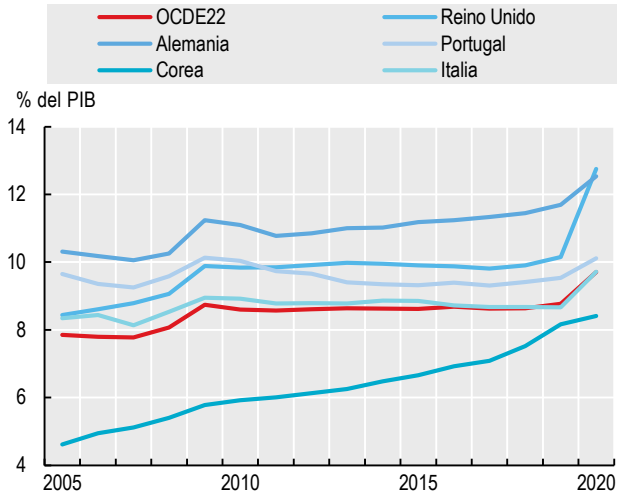
Figura 7.2. **Crecimiento anual real en gasto en salud per cápita y PIB, OCDE, 2005-2020**



Nota: Promedio de 23 países de la OCDE.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/eycqao

Figura 7.3. **Gasto en salud como proporción del PIB, selección de países de la OCDE, 2005-2020**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/wknc80

Gasto en salud per cápita

El nivel de gasto en salud per cápita, que cubre las necesidades de servicios de salud individuales y de la población, y sus cambios a través del tiempo, depende de una variedad de factores demográficos, sociales y económicos, y de las disposiciones organizacionales y de financiamiento del sistema de salud.

En 2019, el promedio del gasto en salud per cápita en los países de la OCDE (ajustado por diferencias en poder adquisitivo) se calculó en más de USD 4 000, mientras que en Estados Unidos alcanzó un equivalente de casi USD 11 000 por cada ciudadano americano. En Suiza, el país con el segundo lugar en este rubro en la OCDE, el gasto en salud fue de alrededor de dos tercios de esta cifra (Figura 7.4). Además de Suiza, solo unos cuantos países de la OCDE de ingresos altos, incluyendo a Alemania, Noruega y Suecia, gastaron más de la mitad del gasto en salud en Estados Unidos, mientras que en otros, como Japón y Reino Unido, la cifra fue cercana al promedio de la OCDE. Los gastos en salud per cápita más bajos en la OCDE fueron los de Colombia, Turquía y México, alrededor de una cuarta parte del promedio de la OCDE. Los últimos cálculos disponibles muestran que el gasto per cápita en China fue ligeramente inferior a 20% del promedio de la OCDE, mientras que tanto India como Indonesia gastaron entre 6% y 8% de esta cifra.

La Figura 7.4 también muestra la división del gasto en salud, con base en el tipo de cobertura de servicios de salud –organizada ya sea a través de esquemas gubernamentales o seguros médicos obligatorios (públicos o privados), o a través de medios voluntarios como un seguro médico privado o pagos directos de los hogares (véase el indicador "Gasto en salud por esquema de financiamiento"). En todos los países de la OCDE, más de 76% del total del gasto en salud es financiado a través de esquemas gubernamentales o seguros médicos obligatorios. En Estados Unidos, desde la introducción del *Affordable Care Act* en 2014, este porcentaje es de 85%, lo que refleja la existencia de un mandato para adquirir un seguro médico individual. Los programas federales y estatales, como *Medicaid* y *Medicare*, siguen teniendo un papel importante en la adquisición de servicios de salud.

Entre 2015 y 2019, el gasto en salud per cápita en la OCDE creció 2.7% en promedio (Figura 7.5), lo que se compara con las bajas tasas de crecimiento que se observaron en muchos países inmediatamente después de la crisis económica y financiera global. En el periodo 2015-2019, se siguió observando un crecimiento anual promedio de menos de 1% en Francia, Grecia y México, mientras que los países bálticos y Corea siguieron teniendo un sólido crecimiento promedio superior a 5%. Con el comienzo de la pandemia de COVID-19 en 2020, los cálculos preliminares para un subgrupo de países de la OCDE apuntan a un incremento pronunciado del gasto en salud de alrededor de 4.7% en promedio. Este incremento representaría el crecimiento promedio más importante del gasto en salud per cápita en alrededor de 15 años.

Sin embargo, existen tendencias divergentes en el patrón de gasto en salud entre los países en 2020,que varían según el grado de afectación de cada país por la crisis, y reflejan las diferentes formas en que los servicios de salud son financiados. En varios países se observa una presión al alza del gasto, en línea con el aumento de las pruebas y el tratamiento de los pacientes de COVID-19, mientras que las políticas de contención generalizadas y la reducción de los servicios de salud no relacionados con COVID-19 pueden haber provocado una disminución del gasto en salud, sobre todo cuando el financiamiento según la actividad desempeña un papel. Las estimaciones iniciales para Estonia, Eslovenia y Reino Unido sugieren que el gasto en salud per cápita creció más de 10% en 2020. Otros países –principalmente europeos– que han podido proporcionar estimaciones iniciales también han informado de aumentos significativos del gasto en salud en comparación con el periodo anterior. Noruega y Corea, que impusieron estrictas medidas de salud pública y tuvieron un número relativamente bajo de casos de COVID-19, registraron un crecimiento del gasto en salud sustancialmente menor en 2020 en comparación con 2019. En Chile y Portugal, las proyecciones preliminares apuntan a una reducción en términos reales del gasto en salud per cápita en 2020.

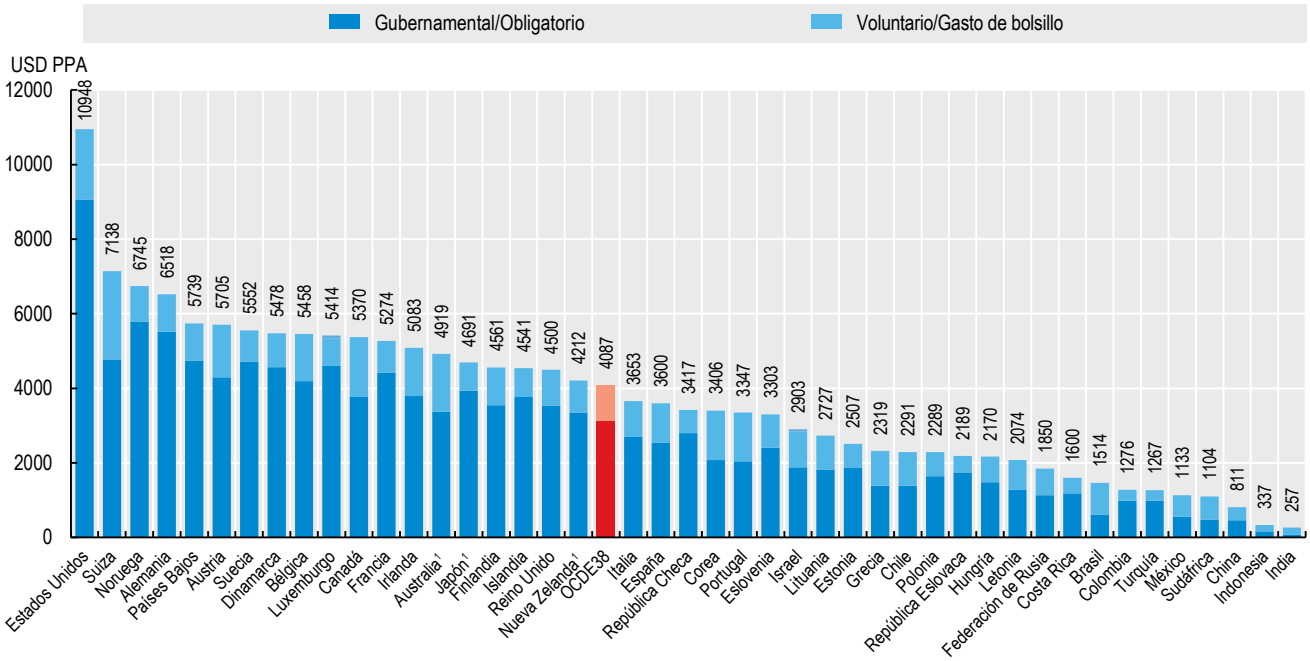
Definición y comparabilidad

El gasto en salud mide el consumo final de bienes y servicios para la salud (es decir, el gasto corriente en salud) (OECD/Eurostat/WHO, 2017[1]), lo que incluye el gasto de todos los tipos de mecanismos de financiamiento (p. ej. programas gubernamentales, seguridad social o gasto de bolsillo) en bienes y servicios médicos, programas de salud pública y prevención, y administración del sistema de salud. La división del gasto combina los esquemas de financiamiento gubernamentales y obligatorios. Estos últimos incluyen seguros médicos privados obligatorios (p. ej. en Suiza y Países Bajos). Debido a limitaciones de la información, los seguros privados voluntarios en Estados Unidos están incluidos en los seguros privados de los empleadores, actualmente un mandato del *Affordable Care Act*.

Para comparar los niveles de gasto entre países, los gastos en salud per cápita se convierten a una divisa común (dólares estadounidenses) y se ajustan para tomar en cuenta las diferencias de poder adquisitivo de divisas nacionales. Se usan las PPA (paridad de poder adquisitivo) del Consumo Individual Real como las tasas de conversión de mayor disponibilidad y confiabilidad. Para el cálculo de las tasas de crecimiento en términos reales, se usan deflactores del consumo individual real en todos los países, cuando están disponibles.

Debe notarse que los datos para 2020 se basan en cifras provisionales provistas por el país, o estimadas por la Secretaría de la OCDE.

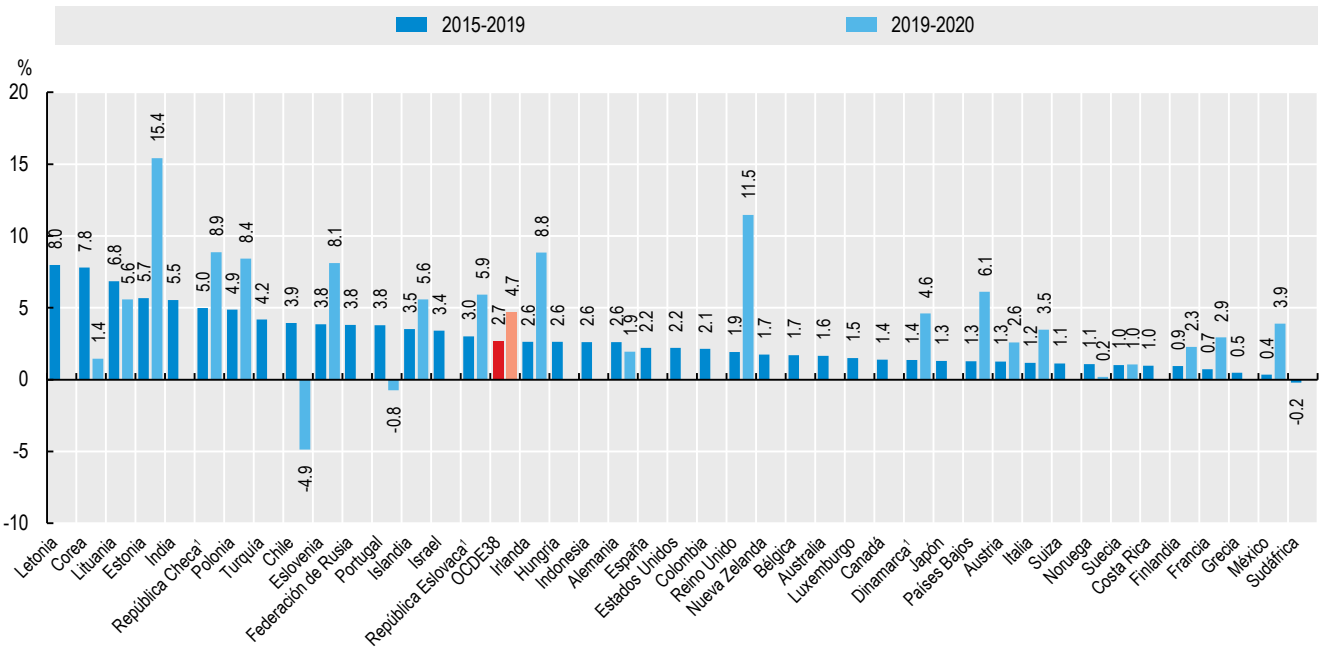
Figura 7.4. **Gasto en salud per cápita, 2019 (o año más cercano)**



1. Estimaciones de la OCDE.
Fuente: OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink https://stat.link/36exif

Figura 7.5. **Crecimiento anual en gasto en salud per cápita (términos reales), 2015-2019 (o año más cercano) y 2019-2020**



Nota: La tasa de crecimiento promedio de la OCDE para 2019-2020 se basa en estimaciones preliminares para 22 países. 1. Estimaciones de la OCDE para 2020.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/3iguft

Precios en el sector salud

Las comparaciones del gasto en salud reflejan tanto las diferencias en los precios de los bienes y servicios de salud, como la cantidad de servicios que utilizan las personas ("volumen"). Al desglosar el gasto en salud en sus dos componentes, los responsables de formular las políticas comprenden mejor los motivos de las diferencias, lo que les orienta sobre las acciones que pueden aplicarse para responder.

Las comparaciones entre países requieren que el gasto se exprese en una divisa común, y la elección de medida de conversión de la divisa puede afectar de forma importante los resultados e interpretación. Aunque los tipos de cambio del mercado son comúnmente usados, no son ideales para el sector salud. Los tipos de cambio se determinan con la oferta y demanda de divisas, lo que puede ser influenciado por especulaciones monetarias y tasas de interés, entre otros factores. De esta forma, para sectores en los que el intercambio comercial no es predominante, como el sector salud, los tipos de cambio no suelen reflejar el poder adquisitivo relativo de las divisas en sus mercados nacionales (OECD/Eurostat, 2012[2]). Finalmente, los tipos de cambio del mercado se actualizan continuamente y están sujetos a volatilidad. En contraste, las paridades de poder adquisitivo (PPA) son estimaciones puntuales que suelen calcularse anualmente y están disponibles para toda la economía, al nivel de la industria (p. ej. salud o educación), y para determinados agregados del gasto (como el consumo individual real y el consumo gubernamental).

Las PPA del Consumo Individual Real (CIR) son las tasas de conversión más usadas para el gasto en salud (véase el indicador "Gasto en salud per cápita"). Sin embargo, el uso de PPA CIR significa que las medidas resultantes reflejan no solo las variaciones en el volumen de bienes y servicios de salud, sino también cualquier variación en los precios de bienes y servicios de salud en relación a los precios de otros bienes de consumo y servicios en los países. Por lo tanto, la Figura 7.6 muestra los niveles de precios del sector salud usando una canasta representativa de bienes y servicios de salud para cada país de la OCDE. Islandia y Suiza tienen los precios de salud más altos en la OCDE: en promedio, la misma canasta de bienes y servicios costaría 72% más que el promedio de la OCDE en Suiza, y 67% más en Islandia. Los precios de servicios de salud también tienden a ser relativamente altos en Noruega. En contraste, los precios para la misma mezcla de bienes y servicios de salud en Chile y Grecia son alrededor de dos tercios del promedio de la OCDE. Los precios más bajos en la OCDE son los de Turquía, alrededor de 20% del promedio de la OCDE.

El ajuste de los precios de salud, resulta en una medida de la cantidad de bienes y servicios de salud que consume la población ("el volumen de servicios"). La comparación de los niveles relativos de gasto en salud y los volúmenes, proporciona una forma de examinar la contribución de los volúmenes y los precios. Las medidas de volumen son un complemento útil de las comparaciones del gasto para analizar el uso de los servicios de salud.

Los volúmenes de uso de servicios de salud varían menos que el gasto en salud (Figura 7.7). Estados Unidos tiene el gasto en salud más alto, cerca de tres veces el promedio de la OCDE, pero en términos de volumen se sitúa alrededor del doble del promedio de la OCDE debido a los precios relativamente altos en ese país. Tomando en cuenta sus altos precios de servicios de salud, Irlanda, Noruega, Suecia y Suiza también tienen medidas relativamente bajas del volumen de servicios. Por otro lado, República Checa tiene un nivel más alto con base en el volumen de servicios debido a los precios relativamente bajos de su sector salud. Mientras que México y Turquía tienen niveles similarmente bajos de gasto en salud, la diferencia en niveles de precios significa que el volumen de servicios en Turquía es casi el doble del de México. Las diferencias en el volumen de atención per cápita son influenciadas por el perfil de edad y enfermedades de la población, la organización de la prestación de servicios, el uso de medicamentos prescritos y los problemas de acceso que ocasionan que se usen niveles más bajos de servicios.

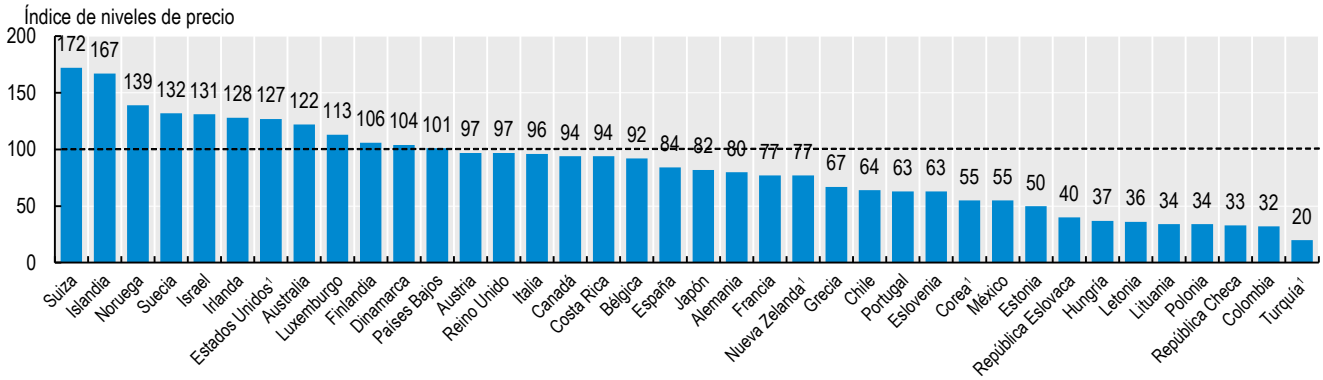
La variación en precios de servicios de hospitalización es mayor comparada con la del conjunto del sector salud. Como con los precios de salud, los de los hospitales tienden a ser más altos en las economías de ingresos más altos: el sector hospitalario es más demandante de mano de obra que el sector salud en su conjunto (normalmente 60 a 70% del gasto hospitalario corresponde a costos de personal). Los precios de los servicios en los hospitales están fuertemente determinados por los niveles salariales locales (nacionales), pero también pueden estar influenciados por los mecanismos y los acuerdos de financiamiento de los hospitales, la estructura de la prestación de servicios, la estructura del mercado y la competencia entre quienes pagan y entre los proveedores, y la forma en que se fijan los precios (Barber, Lorenzoni y Ong, 2019[3]). Las estimaciones para 2017 sugieren que los precios medios de los hospitales en Suiza son más del doble del nivel promedio calculado en todos los países de la OCDE, mientras que los precios en Turquía son solo una octava parte del promedio de la OCDE (Figura 7.8).

Definición y comparabilidad

Las paridades de poder adquisitivo (PPA) son tasas de conversión que muestran la relación de precios en divisas nacionales por la misma canasta de bienes y servicios en diferentes países. Por lo tanto, pueden usarse para conversión de divisas y como deflactores de precios. Cuando se usan para convertir el gasto a una unidad común, los resultados se valoran a un nivel de precio uniforme y reflejan solo diferencias en los volúmenes de bienes y servicios consumidos.

Para evaluar las diferencias en volúmenes de servicios de salud, se requieren PPA específicos para salud. Eurostat y la OCDE calculan las PPA para el PIB y alrededor de 50 grupos de productos, incluyendo la salud, en forma regular. En años recientes, varios países han optado por medidas con base en la producción de bienes y servicios de salud. La metodología basada en la producción se ha utilizado para calcular las PPA del sector salud y hospitalario, que están ya incorporadas en el cálculo general de PPA del PIB. Estas PPA pueden ser usadas para calcular índices del nivel de precios de salud para comparar niveles de precio y volúmenes entre países. Estos índices se calculan como proporciones de PPA de salud y tipos de cambio, e indican el número de unidades de una divisa común necesarias para adquirir el mismo volumen de servicios.

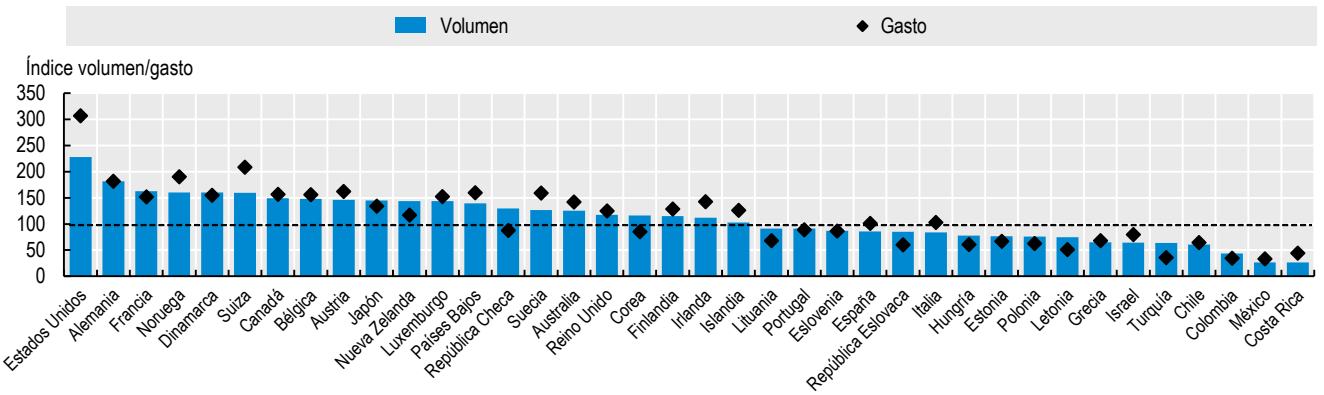
Figura 7.6. **Niveles de precios en el sector salud, 2017, promedio de la OCDE=100**



1. Para los hospitales, las PPA se calculan principalmente a partir de los salarios del personal médico y no médico (método de insumos).
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/m9ws2i

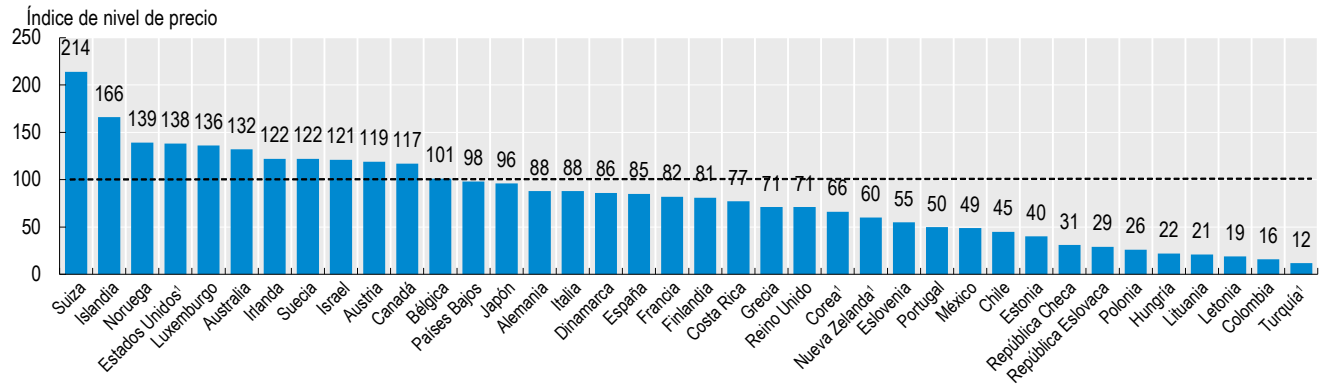
Figura 7.7. **Volumen de servicios de salud per cápita en comparación con el gasto en salud per cápita, 2017, promedio de la OCDE=100**



Nota: Los volúmenes se calculan usando las PPA para salud. Los gastos se calculan usando las PPA para el consumo individual real.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/roufsq

Figura 7.8. **Niveles de precio de hospitales, 2017, promedio de la OCDE=100**



1. Las PPA se calculan principalmente a partir de los salarios del personal médico y no médico (método de insumos).
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/ijp0qz

Gasto en salud por esquema de financiamiento

Los individuos o los grupos de población obtienen servicios de salud a través de una variedad de modalidades de financiamiento, que involucran una variedad de esquemas de terceros, pero también, por convención, pagos realizados directamente por los hogares. Los esquemas gubernamentales de financiamiento, a nivel nacional o regional, o para grupos específicos de población, otorgan derechos de atención a las personas con base en su residencia, y constituyen el mecanismo primordial para cubrir el costo de los servicios de salud en cerca de la mitad de los países de la OCDE. El otro método principal de financiamiento es alguna forma de seguro médico obligatorio (gestionado a través de entidades públicas o privadas). El gasto de los hogares (gasto de bolsillo), tanto de forma totalmente discrecional, como en el marco de algún acuerdo de copago, puede constituir una parte significativa del total del gasto en salud. Por último, los seguros médicos voluntarios, en sus diferentes formas, pueden también tener un papel importante de financiamiento en algunos países.

La cobertura obligatoria o automática, a través de esquemas gubernamentales o seguros médicos, constituye la principal forma de financiamiento de los servicios de salud en los países de la OCDE (Figura 7.9). Considerados juntos, estos tipos de esquemas obligatorios de financiamiento cubrieron tres cuartas partes del total del gasto en salud en 2019. En Noruega, Dinamarca, Suecia, Islandia y Reino Unido, los esquemas gubernamentales centrales, regionales o locales representaron 80% o más del gasto nacional en salud. En Alemania, Japón, Francia y Países Bajos, más de 75% del gasto fue cubierto a través de algún tipo de esquema de seguro médico obligatorio. Mientras Alemania y Japón cuentan con una amplia seguridad social, Francia complementa la cobertura de la seguridad social con un sistema privado de acuerdos de seguros médicos, que se convirtió en obligatorio bajo ciertas condiciones de empleo en 2016.

En Estados Unidos, los programas federales y estatales, como *Medicaid*, cubrieron alrededor de una cuarta parte del total del gasto en salud en 2019. Aunque casi 60% del gasto se clasificó bajo esquemas de seguro médico obligatorio, cubren acuerdos muy diferentes. Los esquemas de seguridad social federales, como *Medicare*, cubrieron una cuarta parte del gasto total, pero la mayor parte del gasto en esta categoría fue financiada con seguros médicos privados. Este último representó otro tercio del gasto total en salud y se considera obligatorio bajo la *Affordable Care Act*, debido a la existencia de mandatos para los individuos para la adquisición de cobertura de salud.

El gasto de bolsillo financió una quinta parte del gasto total en salud en 2019 en los países de la OCDE, con una proporción que disminuye a medida que el PIB aumenta. Los hogares cubrieron una tercera parte o más del gasto total en México (42%), Letonia (37%), Grecia (36%) y Chile (33%), mientras que en Francia el gasto de bolsillo fue menos de 10%. El gasto de bolsillo en servicios de salud fue también superior a 35% en la Federación de Rusia (Rusia) y China, y superior a 60% en India.

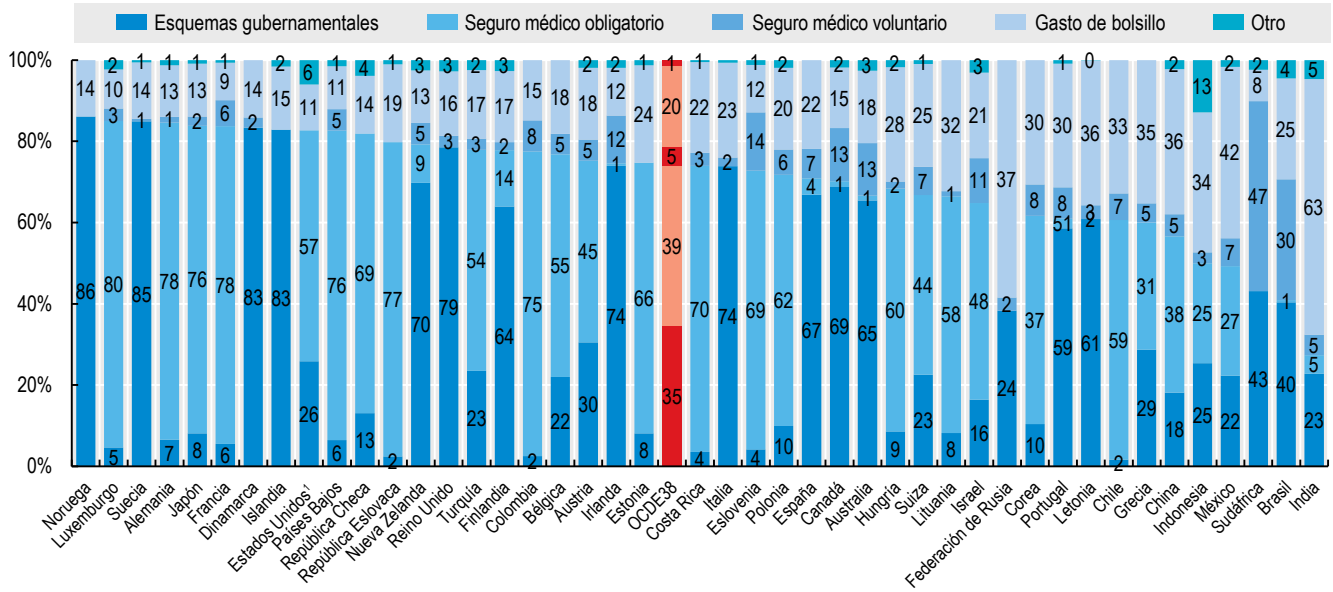
Con el objetivo de lograr cobertura universal de salud, varios países de la OCDE han aumentado el gasto destinado a esquemas gubernamentales o de seguro médico obligatorio en décadas recientes. Como resultado, han habido algunas disminuciones significativas en la proporción de costos de servicios de salud pagados por los individuos y los esquemas de seguro médico voluntario en algunos países. Aunque la proporción de gasto en salud cubierto por esos dos esquemas en los países de la OCDE disminuyó ligeramente, de alrededor de 28% en 2003 a 25% en 2019, existe una variación notable en los países. En Eslovenia y Canadá, donde los seguros médicos voluntarios desempeñan un papel importante, la proporción permaneció relativamente estable, mientras que en Corea y México aumentó (Figura 7.10).

En los años posteriores a la crisis económica y financiera global, la proporción de gasto en salud cubierta por pagos de bolsillo aumentó en varios países europeos, como Grecia (6 puntos porcentuales), Portugal (5 puntos porcentuales) y España (3 puntos porcentuales) (Figura 7.11). Esto puede haber sido el resultado de políticas adoptadas para balancear los presupuestos públicos, como la introducción o el aumento de copagos, o el incremento de los umbrales de reembolso. En Chile y Corea, en cambio, la proporción del gasto de bolsillo ha disminuido gradualmente en los últimos 15 años. Los cálculos preliminares del gasto en salud en 2020 sugieren que el gasto procedente del financiamiento privado puede haber disminuido a medida que el impacto de la COVID-19 redujo las actividades de atención sanitaria en áreas del sector en las que el gasto privado desempeña un papel más importante, como la atención dental y los productos farmacéuticos de libre acceso. Al mismo tiempo, muchos gobiernos de la OCDE incrementaron los compromisos presupuestarios de salud, para cubrir los costos adicionales asociados a COVID-19 (OECD, 2021[4]).

Definición y comparabilidad

El financiamiento de los servicios de salud puede analizarse desde el punto de vista de los esquemas de financiamiento (acuerdos de financiamiento a través de los cuales los servicios de salud son pagados y obtenidos por las personas, como la seguridad social de salud), los agentes de financiamiento (organizaciones que gestionan los esquemas de financiamiento, como los organismos de seguridad social) y los tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento (como las contribuciones a la seguridad social). En este caso, "financiamiento" se utiliza en el sentido de los esquemas definidos en el *System of Health Accounts* (OECD/Eurostat/WHO, 2017[1]) e incluye los esquemas gubernamentales, seguros médicos obligatorios, seguros médicos voluntarios y fondos privados, como el gasto de bolsillo de los hogares y el financiamiento de los sistemas de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las empresas privadas. Los pagos de bolsillo son los gastos pagados directamente por los pacientes. Los datos incluyen la participación en los gastos y, en algunos países, estimaciones de los pagos informales a los proveedores de servicios de salud.

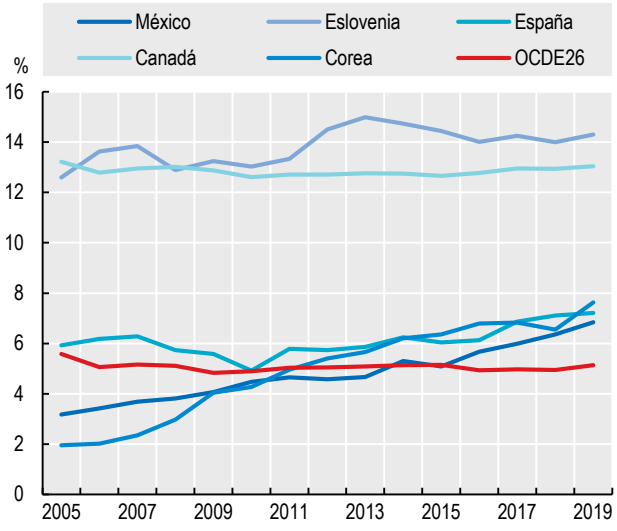
Figura 7.9. **Gasto en salud por tipo de financiamiento, 2019 (o año más cercano)**



1. All spending by private health insurance companies reported under compulsory health insurance. Category "Other" refers to financing by NGOs, employers, non-

StatLink https://stat.link/fnap0l

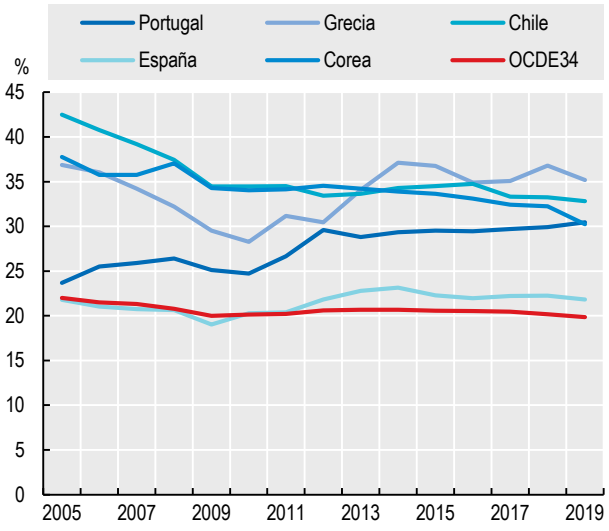
Figura 7.10. **Gasto en seguro médico voluntario como proporción del total, selección de países, 2005-2019**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/rthb9l

Figura 7.11. **Gasto de bolsillo como proporción del total, selección de países, 2005-2019.**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/y3bq27

Financiamiento público del gasto en salud

Mientras que con esquemas de financiamiento se adquieren servicios de salud para los individuos y las poblaciones (véase el indicador "Gasto en salud por esquema de financiamiento"), los ingresos necesarios para sufragar este gasto pueden originarse de diferentes fuentes (ingresos gubernamentales, contribuciones a la seguridad social, primas de seguros, etc.). El análisis del flujo desde estas fuentes a los esquemas, permite un conocimiento más amplio del financiamiento de los servicios de salud y de la carga total que representa para diferentes sectores de la economía.

La mayor parte del financiamiento de esquemas gubernamentales proviene de ingresos gubernamentales generales (como impuestos y gravámenes), canalizado a través de procesos presupuestarios y de asignación. Sin embargo, los gobiernos pueden también contribuir a la seguridad social, por ejemplo, cubriendo las contribuciones de grupos particulares de población, o proporcionando apoyo presupuestal a fondos de seguros médicos. Los individuos adquieren seguros médicos privados pagando primas periódicas, pero con frecuencia una parte de la prima es pagada por los empleadores o puede ser subsidiada por el gobierno. Los individuos también financian los servicios directamente, utilizando el ingreso familiar para pagar el total de los servicios, o como parte de acuerdos de pago compartido con un esquema de financiamiento con un tercero. Otros esquemas de financiamiento de la atención (como organizaciones sin fines de lucro o empresariales) pueden recibir donaciones o generar ingreso de inversiones u otras operaciones comerciales. Finalmente, aunque es una opción limitada en la mayoría de los países de la OCDE, los fondos pueden provenir de fuentes internacionales a través de acuerdos bilaterales entre gobiernos extranjeros o socios para el desarrollo.

Los fondos públicos en general se pueden definir como la suma de las transferencias gubernamentales y las contribuciones sociales. Las fuentes privadas consisten en primas de esquemas de seguros médicos voluntarios y obligatorios, y otros fondos provenientes de los hogares o las corporaciones. En 2019, las fuentes públicas sufragaron alrededor de 71% del gasto en servicios de salud en promedio en los países de la OCDE (Figura 7.12). En los países donde los esquemas gubernamentales de financiamiento son el mecanismo principal, como Noruega, Suecia y Dinamarca, las fuentes públicas financiaron más de 80% del gasto en salud. En otros países, los gobiernos pueden no pagar directamente la mayor parte de los servicios de salud, pero otorgan transferencias y subsidios (Mueller y Morgan, 2017[5]). En Alemania, por ejemplo, solo alrededor de 7% del gasto en salud provino directamente de esquemas gubernamentales, pero las transferencias gubernamentales a organismos públicos y fondos de seguridad social, así como las contribuciones a la seguridad social pagadas por empleados y empleadores, hicieron que una gran proporción del gasto se siguiera considerando financiado con fondos públicos (78% del total).

Los gobiernos financian una variedad de servicios públicos, y los servicios de salud compiten con otros sectores como educación, defensa y vivienda. El nivel de financiamiento público de los servicios de salud es determinado por factores como el tipo de sistema de salud existente, la composición demográfica de la población y las políticas públicas. Las prioridades presupuestarias pueden cambiar de un año a otro debido a decisiones políticas y efectos económicos. El financiamiento público del gasto en salud (a través de transferencias gubernamentales y contribuciones a la seguridad social), representaron en promedio 15% del total del gasto gubernamental en los países de la OCDE en 2019 (Figura 7.13). Alrededor de 20% o más del gasto público estuvo asociado al gasto en salud en Costa Rica, Japón, Estados Unidos, Irlanda y Alemania. En el otro extremo de la escala, México, Grecia, Hungría y Turquía asignaron alrededor de 10% del gasto gubernamental a los servicios de salud. Todos los países de la OCDE expandieron y revisaron sus asignaciones presupuestarias en 2020, como parte de la respuesta gubernamental para enfrentar el impacto de la COVID-19. Aunque los recursos públicos asignados a la salud aumentaron, el nivel de estos incrementos fue en general menor a los subsidios provistos a las empresas que fueron afectadas por la paralización económica.

Muchos países tienen un sistema de seguro médico obligatorio –ya sea seguridad social o a través de cobertura privada– pero la diversidad de la composición de los ingresos para estos tipos de esquemas es notable (Figura 7.14). La importancia de las transferencias gubernamentales como fuente de ingresos puede variar significativamente. En promedio, alrededor de tres cuartas partes del financiamiento proviene de contribuciones sociales (o primas) –principalmente divididas entre empleadores y empleados– pero alrededor de una cuarta parte aún proviene de transferencias gubernamentales, ya sea destinadas a ciertos grupos (como los grupos de ingresos bajos o los desempleados), o como apoyo general. En Hungría, las transferencias gubernamentales financiaron 64% del gasto del fondo de seguridad social de salud. En Polonia, Eslovenia y Costa Rica, la proporción fue de menos de 5%, siendo las contribuciones a la seguridad social la principal fuente de financiamiento.

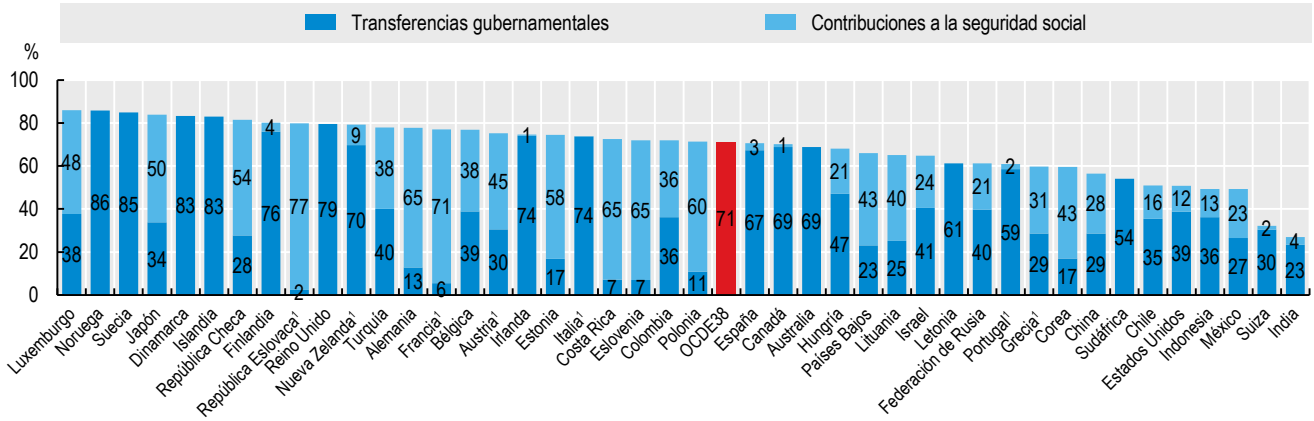
Definición y comparabilidad

Los esquemas de financiamiento de los servicios de salud recaudan ingresos para pagar la atención a la población que cubren. En general, los esquemas de financiamiento pueden recibir transferencias gubernamentales, contribuciones a la seguridad social, prepagos voluntarios u obligatorios (como las primas de seguros), otros ingresos nacionales e ingresos del extranjero (por ejemplo, como parte de la ayuda para el desarrollo).

Los ingresos de un esquema de financiamiento rara vez equivalen a los gastos en un año determinado, lo que genera un superávit o déficit de fondos. En la práctica, la mayoría de los países usan una combinación de ingresos por esquema para aplicarla a prorrata al gasto del mismo, lo que permite tener una idea del financiamiento del gasto en el ejercicio contable.

Se considera la definición del gasto gubernamental total del *System of National Accounts*. Usando la metodología del *System of Health Accounts* (OECD/Eurostat/WHO, 2017[1]), el gasto público en servicios de salud es igual a la suma de las transferencias gubernamentales (nacionales), transferencias gubernamentales (extranjeras), y contribuciones a la seguridad social. De no contar con información sobre los ingresos, la suma del gasto de los esquemas gubernamentales de financiamiento y la seguridad social de salud se utiliza como aproximación.

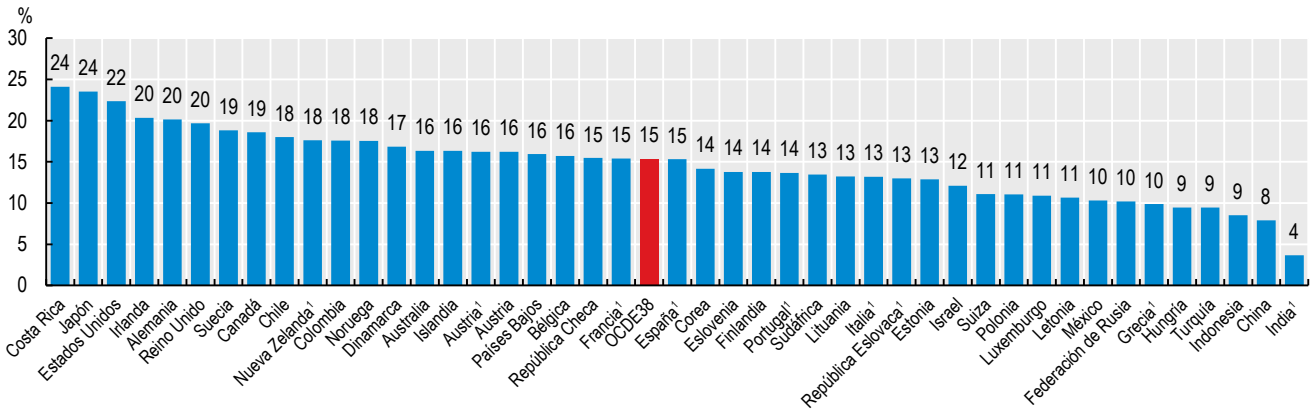
Figura 7.12. **Gasto en salud de fuentes públicas como porcentaje del total, 2019 (o año más cercano)**



1. El financiamiento público se calcula usando el gasto de esquemas gubernamentales y seguridad social de salud.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/fpmysx

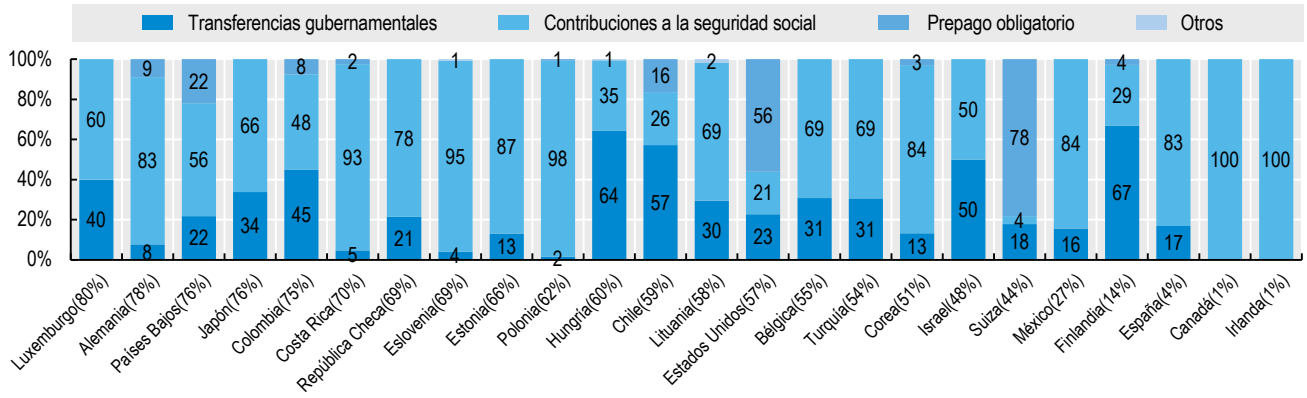
Figura 7.13. **Gasto en salud de fuentes públicas como porcentaje del gasto gubernamental total, 2019 (o año más cercano)**



1. El gasto gubernamental incluye el gasto en esquemas gubernamentales y seguridad social de salud.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/0ca9v5

Figura 7.14. **Fuentes de financiamiento de seguros médicos obligatorios, 2019 (o año más cercano)**



Nota: Los números entre paréntesis indican la contribución de seguros médicos obligatorios al gasto total en salud. La categoría "Otros" incluye otros ingresos nacionales y transferencias directas del extranjero. Debido al redondeo, los porcentajes pueden no sumar el 100%.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/12dzfv

Gasto en salud por tipo de servicio

Los cálculos del gasto en salud se basan en un límite común que establece la gama de servicios de salud e insumos médicos que se incluyen. Estos elementos se agrupan en categorías generales de atención, con base en su finalidad o modo de prestación. En todos los países de la OCDE, los servicios de atención curativa y de rehabilitación constituyen la mayor parte del gasto en salud, y se prestan principalmente a través de servicios de hospitalización y consulta externa –estas dos categorías normalmente representan 60% del gasto total en salud (Figura 7.15). Los insumos médicos (en su mayoría productos farmacéuticos) constituyen otro 19%, seguido de una creciente proporción de gasto en cuidados de largo plazo, los cuales promediaron en 2019 del orden de 15% del gasto en salud. La administración y la gobernanza general del sistema de salud, junto con atención preventiva, representan el resto, con un gasto en prevención de enfermedades que en promedio es solamente 2.7% del gasto total en salud. Tanto el nivel como la estructura del gasto pueden variar entre países debido a factores como la forma en que se organizan los servicios y se establecen prioridades entre proveedores, el costo de los insumos y las necesidades de la población.

Grecia fue el país miembro de la OCDE que reportó la mayor proporción del gasto en salud asignada a la atención hospitalaria en 2019, de 44%. Esta cifra está bastante por delante de los siguientes países con proporciones más altas, Bélgica y Polonia, y más de 15 puntos porcentuales por encima del promedio de la OCDE. En el otro extremo de la escala, muchos de los países nórdicos, Canadá y Países Bajos informan de una proporción mucho menor de gasto en servicios de hospitalización, alrededor de 20 a 25% del gasto total en salud.

La consulta externa es una categoría amplia que cubre servicios de médicos generales y especialistas, y atención dental, pero también atención domiciliaria y servicios complementarios. Tomando todas estas categorías juntas, el gasto en servicios de consulta externa representó cerca de la mitad del gasto total en Portugal e Israel, en comparación con el promedio de 33% de la OCDE en 2019. Dada la proporción relativamente alta de la atención hospitalaria, no es sorprendente que en Grecia y Bélgica el gasto en consulta externa fuera la proporción más baja, de menos de una cuarta parte del total del gasto en salud.

La tercera categoría con el gasto más alto es la de insumos médicos. Las diferencias de precios de insumos internacionales como los productos farmacéuticos tienden a mostrar una menor variación entre países que la de los servicios producidos localmente (véase el indicador “Precios en el sector salud”). El resultado es que el gasto destinado a insumos médicos (incluyendo los productos farmacéuticos) en países de ingresos bajos, con frecuencia representa una proporción más alta del gasto en salud en relación con los servicios. Por lo tanto, el gasto en insumos médicos representó casi un tercio del gasto total en salud en Hungría y República Eslovaca en 2019. En contraste, en Dinamarca, Noruega y Países Bajos, las proporciones fueron mucho menores, alrededor de 10% del gasto total en salud.

El gasto en servicios de cuidados de largo plazo representó en promedio 15% del gasto en salud, pero esta cifra oculta las enormes diferencias en recursos para cubrir las disposiciones de atención para los adultos mayores y lapoblación dependiente en los países de la OCDE.

En los países con disposiciones formales, como Noruega, Suecia y Países Bajos, una cuarta parte o más del gasto en salud puede estar relacionada con cuidados de largo plazo. Sin embargo, en los países con un sector más informal de cuidados de largo plazo, como muchos países del sur, centro y este de Europa, el gasto es mucho menor –normalmente alrededor de 5% o menos en Grecia, Portugal, Hungría, Letonia y República Eslovaca.

Tras una desaceleración generalizada después de la crisis económica, el crecimiento del gasto total en salud se reanudó a partir de 2011, aunque en un nivel muy moderado inicialmente (véase el indicador "Gasto en salud en relación con el PIB"). Durante los años de la crisis económica, muchos gobiernos trataron de ahorrar costos en el sistema de salud, protegiendo al mismo tiempo los servicios de primera línea (Morgan y Astolfi, 2013[6]). Como resultado, durante el periodo 2009-2013, el gasto en servicios de atención curativa se mantuvo en general en muchos países, mientras que hubo reducciones más notables en el gasto en productos farmacéuticos y servicios de prevención (Figura 7.16).

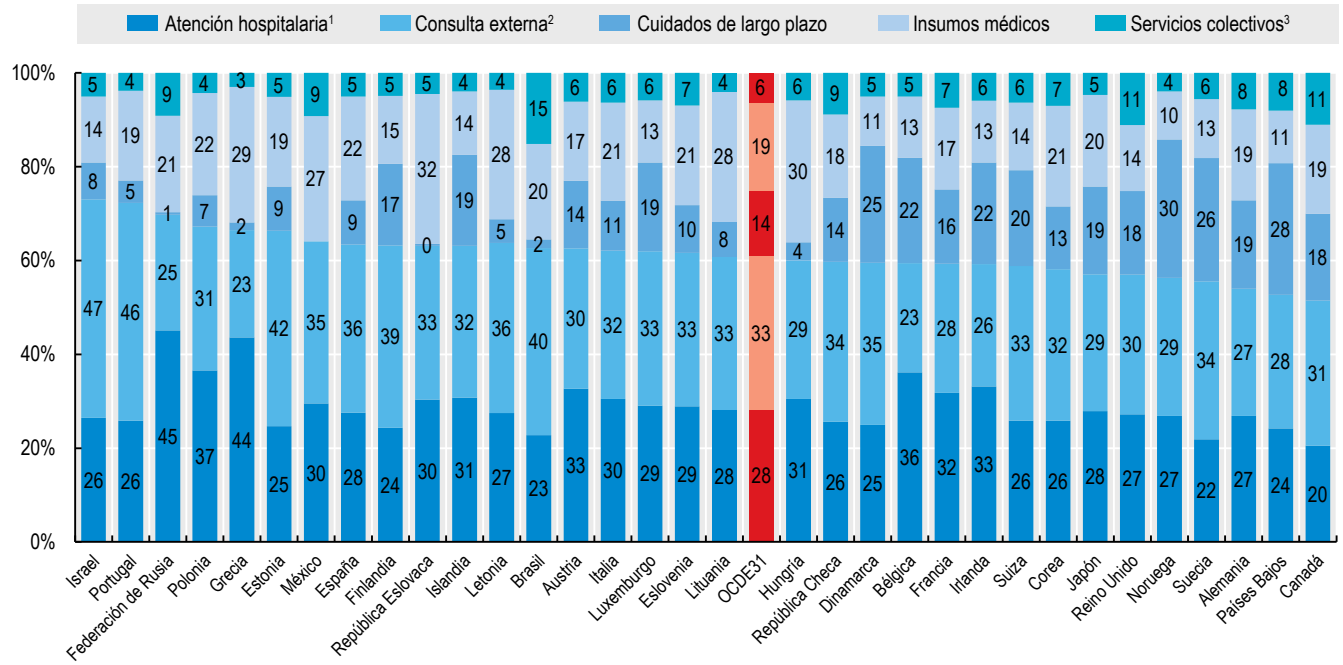
Sin embargo, entre 2013 y 2019, el crecimiento del gasto repuntó en casi todas las funciones de los servicios de salud. Este fue particularmente el caso de la consulta externa, que vio un crecimiento de más del doble en promedio (de 1.3% anual a 3.4%), mientras que el gasto en atención hospitalaria aumentó 2.1%, el gasto en productos farmacéuticos aumentó 1.3% y los servicios de prevención aumentaron 2.5% por año. En particular, el gasto en cuidados de largo plazo ha seguido creciendo a un ritmo constante desde 2003: la demanda de servicios de cuidados de largo plazo sigue creciendo a medida que la población de los países de la OCDE envejece. Aunque todavía no se han identificado claramente los diversos factores que han desencadenado el crecimiento excepcionalmente elevado previsto para 2020 (véase el indicador "Gasto en salud per cápita"), cabe esperar que el fuerte crecimiento del gasto en atención hospitalaria haya contribuido a ello en varios países.

Definición y comparabilidad

El *System of Health Accounts* (OECD/Eurostat/WHO, 2017[1]) define los límites del sistema de salud desde una perspectiva funcional, con funciones de atención a 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 e insumos médicos) y servicios colectivos (prevención y servicios públicos de salud, así como administración, lo que se refiere a gobernanza 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 (atención hospitalaria, diurna, consulta externa y atención domiciliaria).

Para el cálculo de tasas de crecimiento en términos reales, se utilizan deflactores del consumo individual real (CIR).

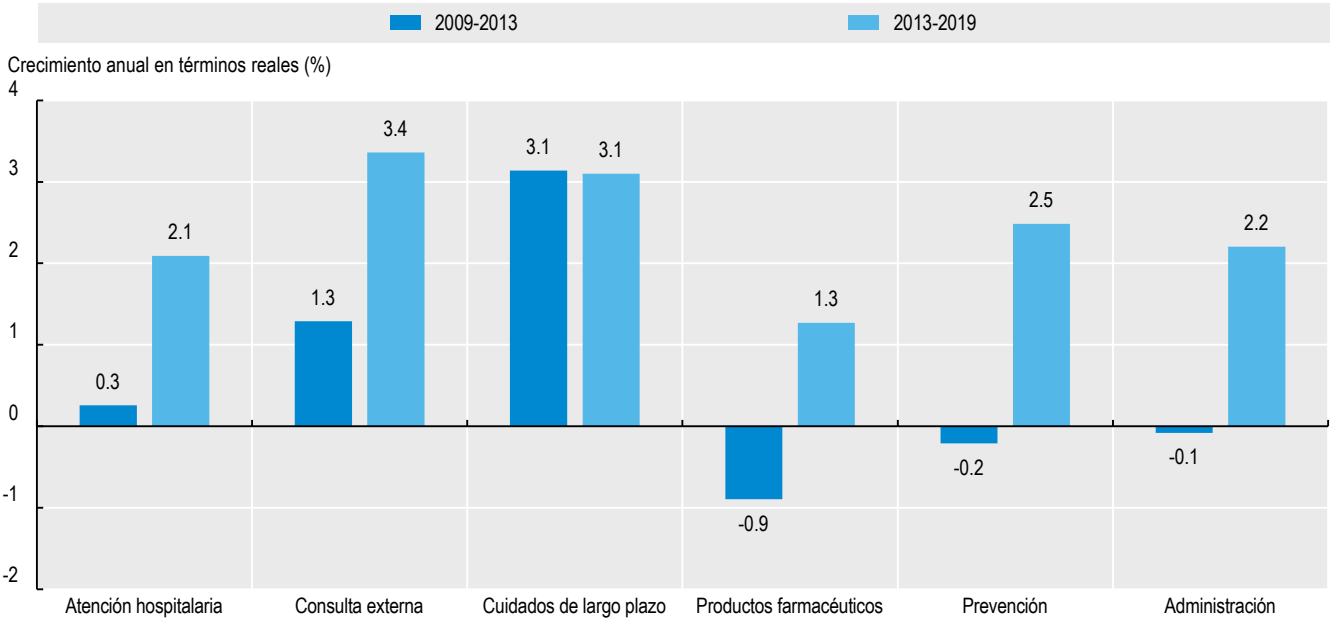
Figura 7.15. **Gasto en salud por tipo de servicio, 2019 (o año más cercano)**



Nota: Los países se clasifican según la atención curativa y de rehabilitación como porcentaje del gasto corriente en salud.
1. Se refiere a los cuidados curativos y de rehabilitación en contextos de hospitalización y atención diurna. 2. Incluye la atención domiciliaria y los servicios auxiliares. 3. Se refiere a la prevención y la administración e incluye servicios desconocidos o no asignados.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/9a68jn

Figura 7.16. **Crecimiento anual del gasto en salud para una selección de servicios (términos reales), promedio de la OCDE, 2009-2013 y 2013-2019**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/53vnga

Gasto en salud en servicios primarios

Los servicios primarios son el pilar de un sistema de salud eficiente, equitativo y centrado en la gente. El fortalecimiento de estos servicios se ha identificado como una forma eficaz de mejorar la coordinación de los servicios y los resultados de salud, y de reducir el gasto excesivo al poner un límite a las hospitalizaciones innecesarias y sus costos asociados en los hospitales y otras partes del sistema de salud. Sin embargo, en muchos países de la OCDE los servicios primarios no han alcanzado todo su potencial (OECD, 2020[7]).

El concepto de servicios primarios es complejo, pues se extiende a diferentes tipos de servicio y de proveedor. No existe un consenso definitivo sobre los servicios o proveedores que deben incluirse, y los países pueden tener diferentes nociones nacionales de las actividades que debe involucrar. En este informe, se usan las estimaciones reportadas de gasto en servicios primarios para una variedad de servicios (denominados en forma colectiva "servicios de atención básica") que cubren consulta externa general, atención dental y cuidados curativos domiciliarios, así como servicios preventivos cuando sean prestados por proveedores de atención ambulatoria –es decir que los mismos servicios prestados en hospitales o por especialistas en consulta externa no están incluidos. Utilizando esto como medida aproximada, los servicios primarios representan en promedio alrededor de 13% del gasto en salud en los países de la OCDE, con una variación desde 10% o menos en Luxemburgo, Países Bajos, República Eslovaca y Suiza, hasta 17% o más en Polonia, Australia, Lituania y Estonia (Figura 7.17). El gasto en servicios primarios de salud como proporción del gasto total en salud ha permanecido relativamente constante en los últimos cinco años en muchos países de la OCDE, lo que sugiere un crecimiento del gasto en línea con el gasto total en salud. Lituania y Letonia son excepciones –ya que la proporción de gasto en servicios primarios se ha incrementado en aproximadamente 1 punto porcentual en los últimos cinco años– así como España, Finlandia y Australia, donde esta proporción ha disminuido desde 2013.

En promedio, la mitad del gasto en servicios primarios en los países de la OCDE se destina a servicios de consulta externa general, y adicionalmente 38% a atención dental. Los servicios preventivos (8%) y visitas domiciliarias de médicos generales o personal de enfermería (3%) constituyen una proporción mucho menor de gasto en servicios primarios, aunque frecuentemente los servicios relacionados con actividades de prevención pueden ser difíciles de distinguir de los de consulta externa general. A nivel de cada país, la atención en consulta externa general prestada por proveedores de atención ambulatoria representa una proporción particularmente alta en Australia, México y Polonia, alcanzando cerca de 12% del gasto total en salud. En Canadá, Suiza, Austria, Alemania y Luxemburgo, el gasto en consulta externa general es mucho menor en general, y representa menos de 5% del gasto en salud (Figura 7.17).

En Lituania y Estonia, la alta proporción que los servicios primarios representan del gasto total en salud puede explicarse por el gasto en atención dental, que constituye la mitad del gasto en servicios primarios. En ambos países, la atención dental representa 9% del presupuesto total para salud –casi el doble del promedio de la OCDE. Esta cifra se compara con la de Polonia, Bélgica, Países Bajos y Reino Unido, donde el gasto en atención dental representa solo alrededor de 3% del gasto total en salud.

Los "servicios de atención básica" descritos anteriormente pueden ser prestados en diferentes contextos, incluyendo los hospitales.La proporción de gasto en estos servicios que es prestada en el sector de atención ambulatoria podría ser interpretada como una medida rudimentaria de eficiencia de la asignación, ya que podría indicar lo que se presta en el contexto más adecuado. No obstante, a este nivel agregado, la comparabilidad de este indicador entre países sigue siendo limitada debido a la diversidad de modelos de organización de la atención primaria en los países de la OCDE. Por ejemplo, algunos países pueden haber establecido unidades dedicadas de atención primaria dentro de los hospitales. En todos los países de la OCDE, 80% del gasto en servicios básicos se destina a servicios prestados por proveedores de atención ambulatoria (Figura 7.18). Esta proporción fue de 90% o más en México, Alemania, Letonia, España, Dinamarca, Lituania y Bélgica, pero de menos de 70% en Luxemburgo, Canadá y Suiza.

Definición y comparabilidad

Las comparaciones internacionales del gasto en servicios primarios de salud han estado mayormente ausentes, debido a la falta tanto de una definición aceptada en común, como de un marco de recolección de datos apropiado. En colaboración con expertos en información y clínica, y socios internacionales, la OCDE ha desarrollado un marco metodológico para calcular el gasto en servicios primarios de salud. Los resultados que se presentan en este informe se basan en esta metodología (Mueller y Morgan, 2018[8]).

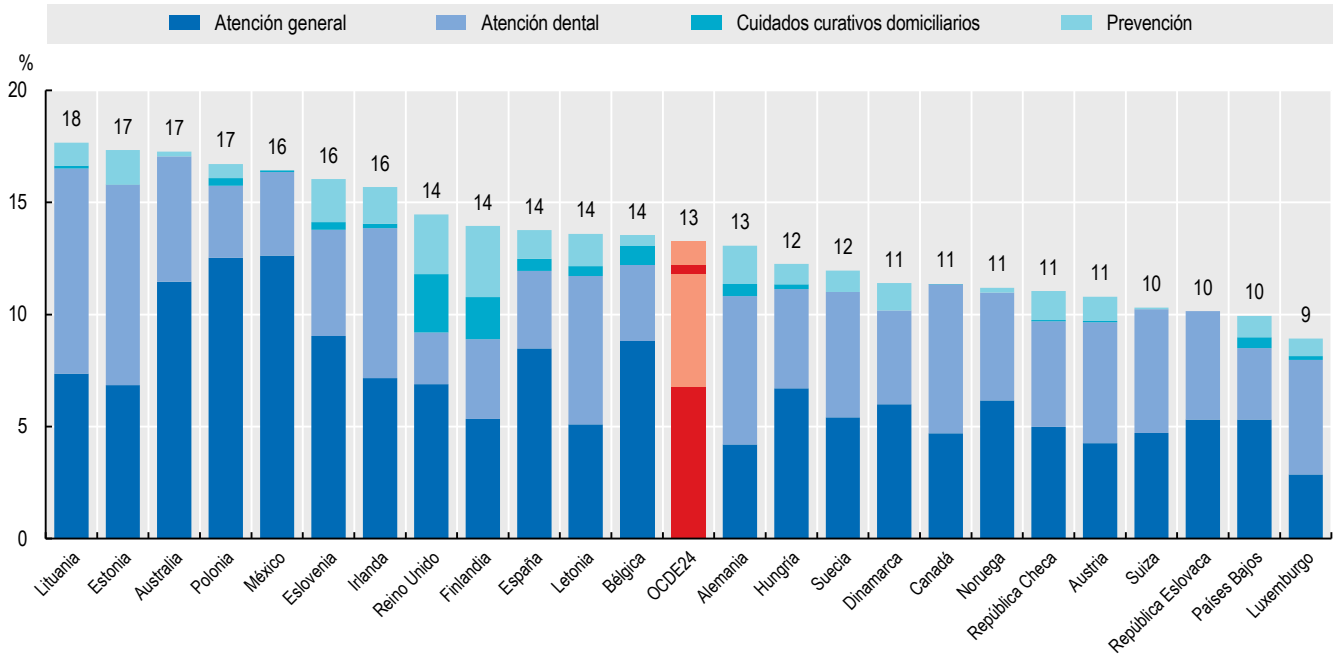
Los cálculos se basan en datos suministrados utilizando el marco *System of Health Accounts 2011*. Las siguientes funciones se han identificado como servicios básicos de atención:

- consulta externa para cuidados curativos generales (como visitas de rutina con un médico general o con personal de enfermería para tratamientos de condiciones agudas o crónicas)
- consulta externa para atención dental (incluyendo visitas periódicas de control y tratamiento oral más complejo)
- cuidados curativos domiciliarios –principalmente visitas a domicilio de médicos generales o personal de enfermería
- servicios de atención preventiva (como vacunación o chequeos médicos).

En los países donde los servicios de atención básica son prestados por proveedores de atención ambulatoria, como médicos, dentistas, centros de consulta externa y proveedores de servicios de salud domiciliarios, esto puede ser considerado una aproximación de la atención primaria. Debe señalarse que esta medida aproximada es un enfoque simplificado para hacer más operativo un concepto que es complejo y multidimensional. Una aproximación alternativa para medir los servicios primarios de salud también incluye productos farmacéuticos, aunque no se presenta en esta sección ya que el gasto en medicamentos se analiza en detalle en otro indicador (véase el indicador "Gasto en medicamentos").

La comparabilidad de este indicador sigue siendo limitada, pues depende de la capacidad de los países y de los métodos usados para distinguir los servicios de consulta externa general y de especialistas.

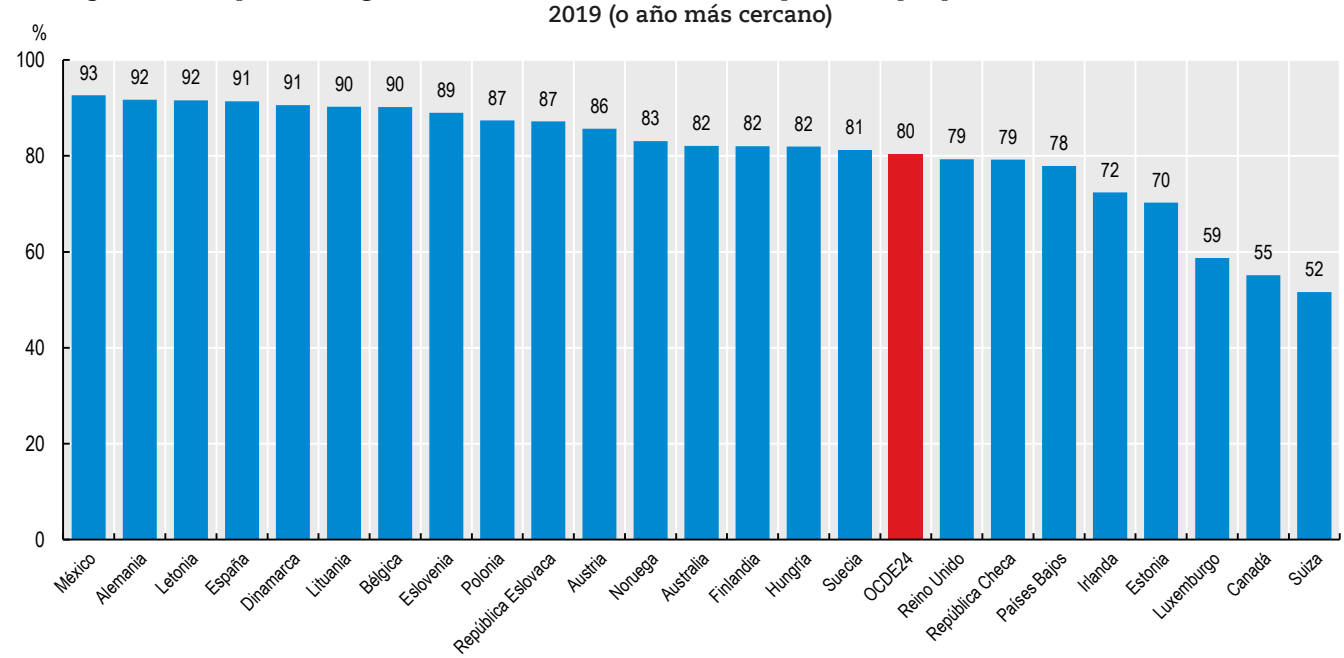
Figura 7.17. **Gasto en servicios primarios de salud como proporción del gasto corriente en salud, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/g14rc5

Figura 7.18. **Proporción de gasto en servicios de atención básica prestados por proveedores de consulta externa, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/njzi48

Gasto en salud por proveedor

Los servicios de salud son prestados por una amplia variedad de proveedores, desde hospitales y consultorios médicos, hasta instalaciones de atención ambulatoria y distribuidores. Esto afecta los patrones de gasto para diferentes productos y servicios. El análisis del gasto en salud por proveedor puede ser particularmente útil cuando se considera junto con el desglose por función del gasto en salud, y proporciona una panorámica más completa de la organización de los sistemas de salud (véase el indicador "Gasto en salud por tipo de servicio").

Las diferencias en la organización de la prestación de servicios de salud causan un impacto significativo en el gasto en salud por proveedor en los diferentes países. Aunque los servicios prestados en hospitales representaron la mayor proporción del gasto en los sistemas de salud de los países de la OCDE en 2019, alrededor de 39%, tanto en Turquía como en Costa Rica este promedio fue sobrepasado por mucho, pues se destinó alrededor de la mitad de los recursos financieros a los servicios en hospitales (Figura 7.19). Por otro lado, en Alemania y Canadá se asignó menos de 30% del presupuesto total de salud a los hospitales.

Después de los hospitales, la categoría más grande de proveedores son los servicios ambulatorios. Esta categoría cubre una amplia variedad de instalaciones, y la mayor parte del gasto se destina a consultorios médicos, incluyendo médicos generales y especialistas (como es el caso de Austria, Francia y Alemania) o centros de atención ambulatoria (como en Finlandia, Irlanda y Suecia). En todos los países de la OCDE los servicios prestados por proveedores ambulatorios representaron en promedio alrededor de una cuarta parte del total del gasto en salud en 2019. Dentro de esta, alrededor de dos tercios del gasto total se destinó a médicos generales, consultorios de especialidades y centros de atención ambulatoria, y aproximadamente una quinta parte a consultorios dentales. El gasto total en proveedores de servicios ambulatorios en 2019 fue superior a 30% del gasto total en salud en Israel, Bélgica, Estados Unidos, México y Alemania, pero permaneció en menos de 20% en Turquía, Países Bajos y Grecia.

Otras categorías importantes de proveedores incluyen a los distribuidores minoristas (principalmente farmacias que venden medicamentos de prescripción y de libre acceso), que representaron 17% del gasto total en salud en 2019, y las instalaciones residenciales de cuidados de largo plazo (que prestan principalmente servicios de largo plazo a personas que dependen de ellos), a las que se asigna alrededor de una décima parte del gasto total en salud.

Existe una gran variación entre los países de la OCDE en cuanto a las diferentes actividades que pueden llevarse a cabo en la misma categoría de proveedor, lo que refleja las diferencias en la estructura y organización de los sistemas de salud. Las diferencias más pronunciadas entre países son las del sector hospitalario (Figura 7.20). Aunque la atención curativa y de rehabilitación de pacientes hospitalizados define la principal actividad de los hospitales y por lo tanto representa la mayor parte de su gasto, los hospitales pueden también ser importantes proveedores de consulta externa en muchos países, por ejemplo, a través de departamentos de accidentes y urgencias, unidades especializadas de consulta externa o servicios de laboratorio e imagenología. En algunos países, son también proveedores importantes en la infraestructura de cuidados de largo plazo para pacientes hospitalizados.

En países como Estonia, Dinamarca, Suecia, Finlandia y Portugal, los servicios de consulta externa representaron más de 40% del gasto de los hospitales en 2019, pues los especialistas normalmente reciben pacientes en los departamentos de consulta externa de los hospitales. Por otro lado, en Alemania y Grecia los hospitales son generalmente monofuncionales, con una inmensa mayoría (más de 90%) del gasto en servicios de hospitalización y muy poco destinado a consulta externa y atención diurna.

Más aún, en años recientes muchos países también han migrado algunos servicios de hospitalización a departamentos de atención diurna, debido a los posibles incrementos de eficiencia y reducción de tiempos de espera (véase el indicador "Cirugía ambulatoria" en el Capítulo 5). Como resultado, los servicios de atención diurna representaron 15% o más del gasto total en hospitales en Bélgica, Francia, Irlanda y Portugal en 2019.

En vista de que muchos países asignaron recursos adicionales a los hospitales para atender los casos graves de COVID-19 y estar mejor preparados para futuros incrementos de demanda, la proporción de gasto en hospitales del gasto total en salud puede haberse incrementado en 2020. Es muy probable que la composición de la prestación de servicios en hospitales haya cambiado en muchos países, puesto que las cirugías electivas de un día con frecuencia fueron pospuestas, y se aumentó la capacidad de hospitalización.

Definición y comparabilidad

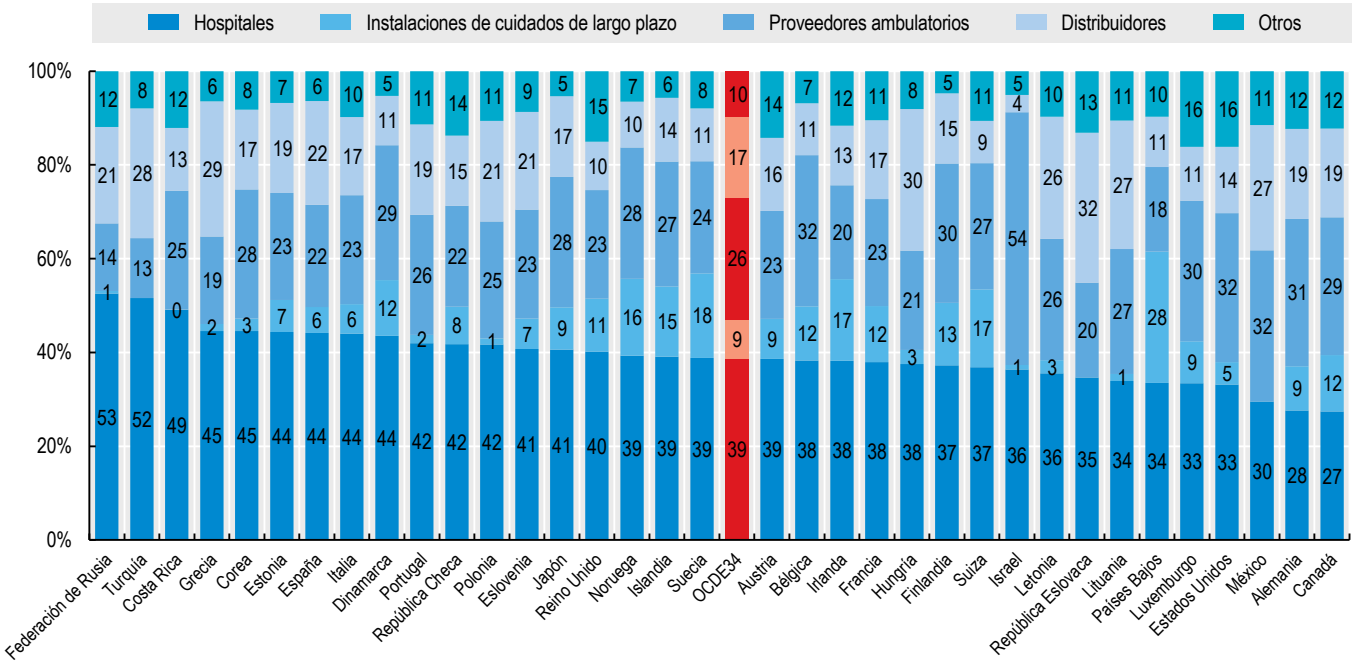
El universo de proveedores de servicios de salud se define en el *System of Health Accounts* (OECD/Eurostat/WHO, 2017[1]) y comprende proveedores primarios –organizaciones y actores que proveen bienes y servicios para la salud como su actividad primaria– y proveedores secundarios, para quienes la prestación de servicios de salud es una de varias actividades.

Las principales categorías de proveedores primarios son hospitales (de cuidados agudos y psiquiátricos), instalaciones residenciales de cuidados de largo plazo, proveedores de atención ambulatoria (consultorios de médicos generales y especialistas, consultorios dentales, centros de atención ambulatoria y proveedores de atención domiciliaria), proveedores de servicios complementarios (como servicios de ambulancia y laboratorios), minoristas (como farmacias) y proveedores de cuidados preventivos (como instituciones de salud pública).

Los proveedores secundarios incluyen instituciones residenciales de atención, cuya actividad principal puede ser la provisión de alojamiento, pero prestan servicios de enfermería como actividad secundaria; supermercados que venden medicamentos de libre acceso, e instalaciones que prestan servicios de salud a grupos restringidos de la población, como los servicios de salud en los penales. Los proveedores secundarios también incluyen proveedores de la administración y financiamiento del sistema de salud (como las agencias gubernamentales y agencias de seguros médicos) y los hogares como proveedores de servicios domiciliarios.

Pueden surgir problemas de comparabilidad cuando existen disposiciones complejas de atención, como las redes de servicio en las que unidades de proveedores con diferentes actividades se asignan a un proveedor con base en la actividad principal de la red.

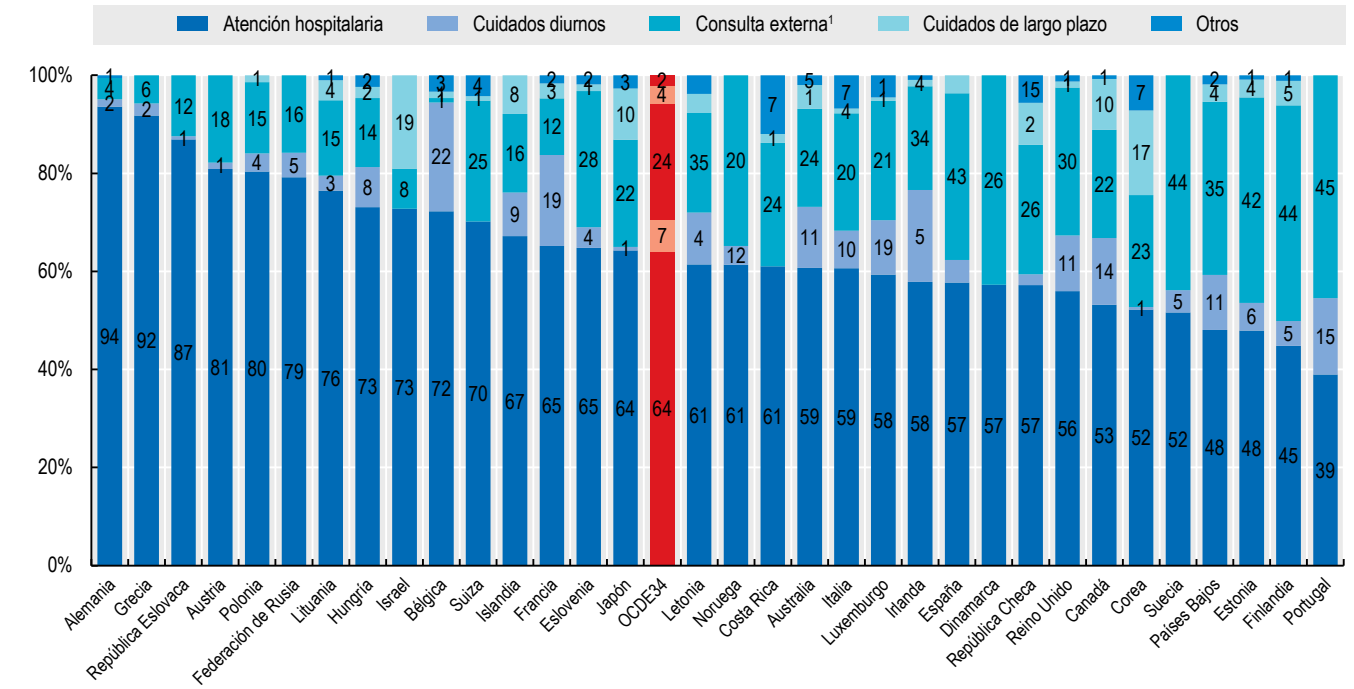
Figura 7.19. **Gasto en salud por proveedor, 2019 (o año más cercano)**



Nota: "Otros" incluye proveedores de servicios complementarios (p. ej. transporte de pacientes, laboratorios), administración del sistema de salud, organizaciones de salud pública y prevención, hogares cuando proporcionan cuidados de largo plazo pagados, y proveedores atípicos en lugares donde los servicios de salud son una actividad económica secundaria.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/y6qokb

Figura 7.20. **Gasto en hospitales por tipo de servicio, 2019 (o año más cercano)**



1. Incluye servicios complementarios. "Otros" incluye actividades de cuidados preventivos, productos farmacéuticos administrados a pacientes de consulta externa y servicios desconocidos.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/6olyka

Gasto de capital en el sector salud

Aunque los recursos humanos son esenciales en el sector salud y de cuidados de largo plazo, los recursos físicos son también un factor clave en la producción de servicios de salud. El monto de la inversión de un país en nuevas instalaciones de salud, equipo terapéutico y de diagnóstico, y tecnologías de la información y la comunicación (TIC), puede tener un impacto importante en la capacidad de su sistema de salud para atender las necesidades de atención de la salud de la población. La crisis de COVID-19 ha puesto de manifiesto algunos de los desafíos de infraestructura. Los sistemas de salud –y los hospitales en particular– han sido sometidos a una presión inmensa. Algunos países han carecido de los recursos físicos necesarios para atender el flujo repentino de pacientes de COVID-19 gravemente enfermos. Contar con equipo suficiente en las unidades de cuidados intensivos y otros contextos sanitarios ayuda a evitar retrasos potencialmente catastróficos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. El equipo no médico también es importante –principalmente la infraestructura de TIC necesaria para monitorear la salud de la población, tanto en situaciones agudas como de largo plazo. La inversión en equipo es, por lo tanto, un requisito previo para reforzar la resiliencia general del sistema de salud.

En realidad, la inversión de capital fluctúa de un año a otro, ya que las decisiones de inversión pueden depender de circunstancias económicas y políticas, u opciones empresariales, así como reflejar necesidades futuras y niveles de inversión en el pasado. Como en cualquier industria, la carencia de gasto de inversión en el presente puede ocasionar problemas y costos más altos en el futuro a medida que el equipo y las instalaciones se deterioran.

Entre 2015 y 2019 el gasto anual de capital promedio en el sector salud en los países de la OCDE fue equivalente a aproximadamente 0.6% del PIB (Figura 7.21). Esta cifra se compara con una proporción de 8.8% del PIB en promedio del gasto en salud en 2019 (véase el indicador "Gasto en salud en relación al PIB"). Alemania, Japón, Bélgica y Austria tuvieron los gastos más altos en esos cinco años, con una inversión de alrededor de 1% del PIB en promedio cada año en nuevos proyectos de construcción, equipo médico y no médico, y tecnología en el sector salud y social. Estados Unidos tiene un gasto alto en términos nominales, pues invierte 0.7% del PIB anualmente. Notablemente, de los países del G7, el gasto de capital en Reino Unido e Italia permaneció debajo del promedio de la OCDE durante el período 2015-2019, en 0.4% del PIB. México gastó en promedio alrededor de 0.1% del PIB en inversión de capital –una décima parte del nivel de Alemania o Japón.

El gasto de capital cubre una amplia gama de inversiones, desde proyectos de construcción (construcción de hospitales e instalaciones sanitarias) y equipo (incluyendo equipo médico y de TIC), hasta propiedad intelectual (incluyendo bases de datos y software). La Figura 7.21 muestra que, en los países de la OCDE en promedio, 40% del gasto de capital se destinó a proyectos de construcción, 46% a equipo, y el restante 14% a propiedad intelectual. Estados Unidos, Países Bajos y Finlandia tuvieron niveles similares de inversión total, pero mientras que Finlandia destinó la mayor parte a la construcción de instalaciones de servicios de salud, Estados Unidos invirtió una mayor proporción en equipo, y Países Bajos gastó una proporción más significativa en soluciones digitales y datos.

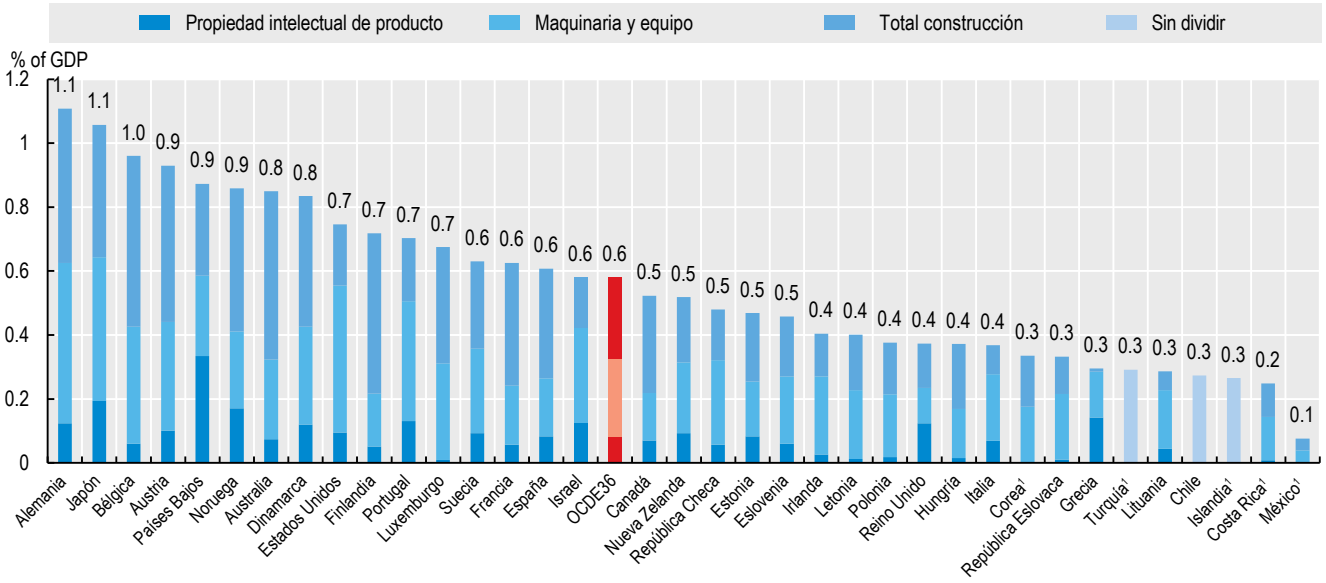
La Figura 7.22 (panel izquierdo) muestra un índice de gasto de capital en términos reales en un período de 10 años para una selección de países no europeos de la OCDE. En promedio en los países de la OCDE, la inversión anual fue aproximadamente una tercera parte más alta (en términos reales) en 2019, en comparación con los niveles de inversión reportados en 2019. Estados Unidos siguió en general la tendencia de la OCDE, e incrementó el gasto de capital anual en ese período en alrededor de 20-25%. En Australia, la inversión en salud se incrementó de manera importante a partir de 2011. Por otro lado, Canadá invirtió 14% menos en términos reales en 2019 en comparación con 2010. En Europa (panel derecho), Noruega estaba invirtiendo 40% más hacia el final del período en comparación con el inicio de la década, y la trayectoria de gasto de capital de Alemania fue similar al promedio de la OCDE. La inversión de Reino Unido en el sector salud disminuyó más de una tercera parte en los años posteriores a la crisis económica, y si bien se ha recuperado desde entonces, en términos reales las inversiones de capital en 2019 estuvieron aún 10% por debajo del nivel de 2010.

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 (hospitales, clínicas, etc.), maquinaria y equipo (incluyendo maquinaria de diagnóstico y cirugía, ambulancias y equipos de TIC), así como software y bases de datos.

La formación bruta de capital fijo se reporta bajo *National Accounts* (UN et al., 2009[9]) por sector industrial según *International Standard Industrial Classification* (ISIC) Rev. 4, usando la sección Q: salud humana y actividades de trabajo social. Muchos países también lo reportan bajo el *System of Health Accounts*. El ISIC, sección Q, es en general más amplio que el límite de *System of Health Accounts* para servicios de salud. Por motivos de comparabilidad y disponibilidad, se ha dado preferencia a las medidas de formación bruta de capital fijo bajo *National Accounts*.

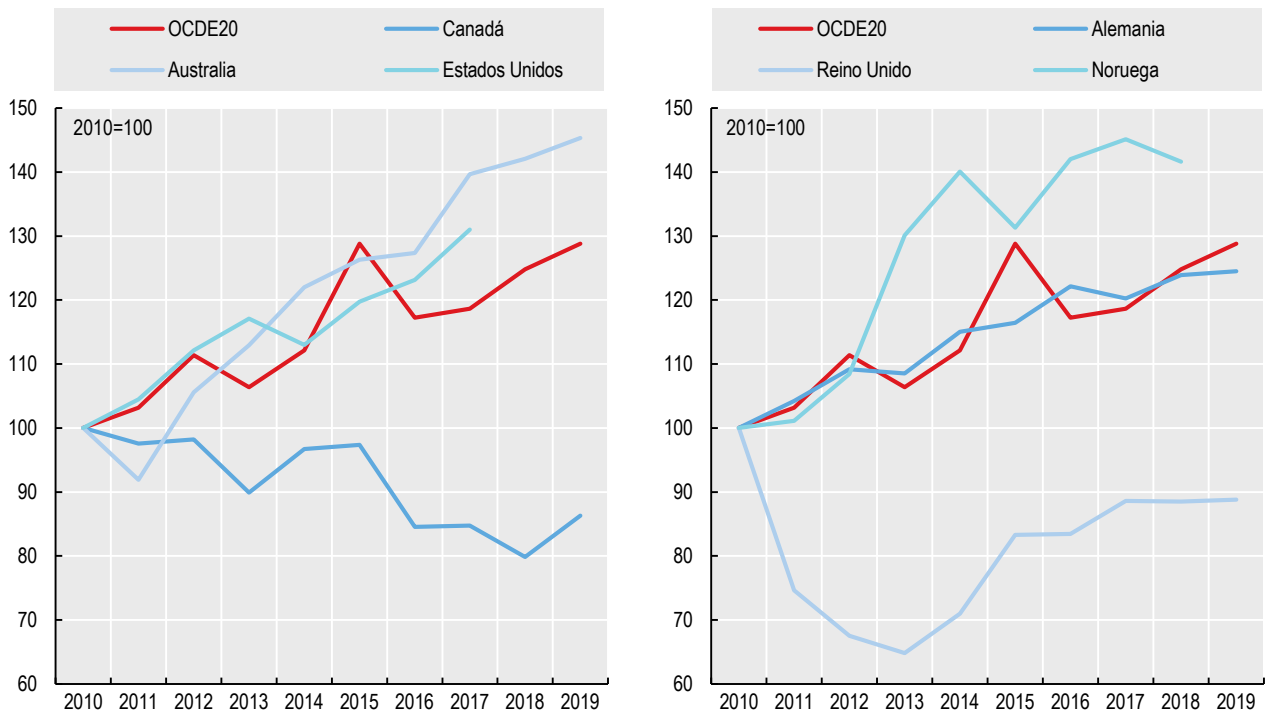
Figura 7.21. **Gasto anual de capital en salud como proporción del PIB, promedio durante el período 2015-2019 (o año más cercano) por tipo de activo**



1.Se refiere a la formación bruta de capital fijo en los proveedores de servicios de salud bajo el System of Health Accounts. El desglose por tipo de activo se refiere al último año disponible con base en los datos de National Accounts o Health Accounts.
Fuente: OECD National Accounts, OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/kixd7m

Figura 7.22. **Tendencias en gasto de capital (precios constantes), selección de países, 2010-2019**



Fuente: OECD National Accounts, OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/ycmho0

Referencias

[3] Barber, S., L. Lorenzoni y P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/World Health Organization, Ginebra, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/ed3c16ff-en*.

[10] Eurostat (2001), *Handbook on Price and Volume Measures in National Accounts*, Unión Europea, Luxemburgo.

[6] Morgan, D. y R. Astolfi (2013), "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?", *OECD Health Working Papers*, núm. 60, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en*.

[8] Mueller, M. y D. Morgan (2018), *Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework*, OECD, París, disponible en *http://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf*.

[5] 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. 121/7, pp. 764-769, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008*.

[4] OECD (2021), "Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19", *OECD Journal of Budgeting*, vol. 21/1, disponible en *https://doi.org/10.1787/69b897fb-en*.

[7] OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en*.

[2] OECD/Eurostat (2012), *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012 Edition)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264189232-en*.

[1] OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264270985-en*.

[9] UN et al. (2009), *System of National Accounts 2008*, Naciones Unidas, disponible en *https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/sna2008.pdf*.

8. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Fuerza laboral en salud y trabajo social

Médicos (número total)

Médicos (por edad, género y categoría)

Distribución geográfica de médicos

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

Personal de enfermería

Remuneración de personal de enfermería

Trabajadores hospitalarios

Graduados de medicina

Graduados de enfermería

Migración internacional de médicos y personal de enfermería

Fuerza laboral en salud y trabajo social

En los países de la OCDE, los sistemas sociales y de salud emplean hoy día a más trabajadores que nunca antes en la historia. En 2019 uno de cada diez empleos (10%) se dio en salud o trabajo social, un incremento a la cifra de menos de 9% en 2000 (Figura 8.1). En los países nórdicos y Países Bajos, más de 15% del total de empleos corresponden a salud y trabajo social. De 2000 a 2019, la proporción de trabajadores sanitarios y sociales se incrementó en todos los países, excepto República Eslovaca, donde decreció en la década de 2000 y ha permanecido estable desde 2010; y Suecia, donde esta proporción disminuyó en años recientes, aunque sigue siendo de las más altas. La proporción de trabajadores sanitarios y sociales se incrementó en forma particularmente rápida en las últimas dos décadas en Japón (en más de 5 puntos porcentuales), así como en Irlanda y Luxemburgo (en alrededor de 4 puntos porcentuales).

El número de empleos en el sector salud y de atención social se ha incrementado en forma mucho más rápida que en otros sectores desde 2000. En todos los países de la OCDE en promedio, el empleo en salud y trabajo social aumentó 49% entre 2000 y 2019, superando incluso el crecimiento en el sector de servicios, mientras que el empleo en los sectores de agricultura e industrial siguió disminuyendo durante ese período (Figura 8.2).

Al mismo tiempo, el sector salud y de trabajo social ha resistido mejor las fluctuaciones cíclicas que cualquier otro. Mientras que las cifras totales de empleo disminuyeron durante la crisis económica global en 2008-2009, el empleo en el sector salud y de trabajo social siguió creciendo en muchos países de la OCDE. No es sorprendente que durante la pandemia de COVID-19, muchos empleos con el incremento más importante de ofertas en línea fueron en el sector salud. Por ejemplo, las ofertas de empleo en línea para cuidadores de adultos mayores y personas con discapacidades aumentaron 35% en Australia; para personal de enfermería certificado, 39% en Canadá; 91% para personal sanitario comunitario en Estados Unidos; y 25% para profesionales de la salud en Reino Unido. (OECD, 2021[1]).

El personal de enfermería constituye la categoría más numerosa de trabajadores sanitarios y sociales en muchos países de la OCDE, representando aproximadamente 20-25% de todos los trabajadores. Los trabajadores de cuidados personales (incluidos los asistentes sanitarios en hospitales y residencias de ancianos y los cuidadores a domicilio) también representan una parte relativamente grande, que a veces supera el número de enfermeros. En comparación, los médicos representan un porcentaje mucho menor.

En la mayoría de los países de la OCDE, más de 75% de los trabajadores en el sector salud y de trabajo social son mujeres. Aunque suele haber una mayor concentración de mujeres en las ocupaciones menos calificadas y peor pagadas, en promedio casi la mitad de todos los médicos en los países de la OCDE en 2019 eran mujeres (véase el indicador "Médicos por edad, género y categoría").

Tras la crisis de COVID-19, cabe esperar que la inversión en empleos en salud y trabajo social (la "economía asistencial") suponga un estímulo para la recuperación del empleo. Estos empleos pueden ofrecerse en todas las regiones y para una gran variedad de conjuntos de competencias. Se espera que las megatendencias, como el envejecimiento de la población y el cambio tecnológico, sigan desempeñando un papel fundamental en el impulso de la demanda de trabajadores en el ámbito de los servicios sanitarios y sociales.

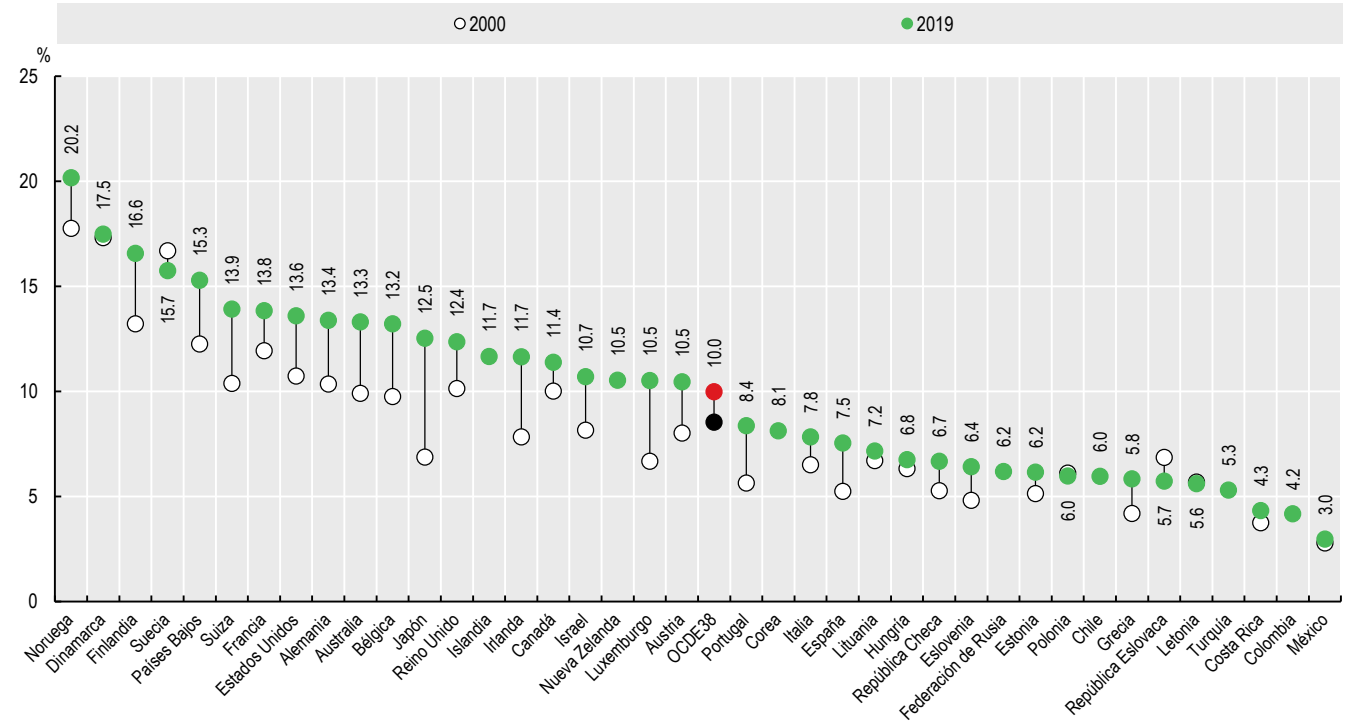
La mayoría de las proyecciones nacionales prevén un crecimiento sustancial del empleo en el sector salud y de trabajo social en los próximos años. En Estados Unidos, el *Bureau of Labor Statistics* prevé que los puestos de trabajo de este sector sean los de crecimiento más rápido entre 2020 y 2030, ya que cinco de las diez ocupaciones que más crecen pertenecen a ese sector (BLS, 2021[2]). En Australia, también se prevé que los puestos de trabajo en el ámbito de la salud y el trabajo social aumenten rápidamente entre 2020 y 2025, con incrementos previstos de 15% para los profesionales de la salud y de 25% para los cuidadores de adultos mayores y personas con discapacidades durante este período de cinco años (Australian Government, 2021[3]). En Canadá, las proyecciones realizadas antes de la pandemia de COVID-19 preveían un aumento de 8% en todas las ocupaciones en el sector salud entre 2020 y 2028, incluido un aumento de más de 10% de personal de enfermería registrado (Gobierno de Canadá, 2019[4]).

También cabe esperar que las nuevas tecnologías, en particular la tecnología de la información y la inteligencia artificial, generen una demanda de nuevos puestos de trabajo y nuevas competencias en el sector salud y de trabajo social, mientras reducen la importancia de algunas tareas (OECD, 2019[5]).

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*. Es un subcomponente del sector de servicios, y se define como un conjunto de actividades para la salud humana, actividades de atención residencial (incluyendo cuidados de largo plazo) y actividades de trabajo social sin alojamiento.

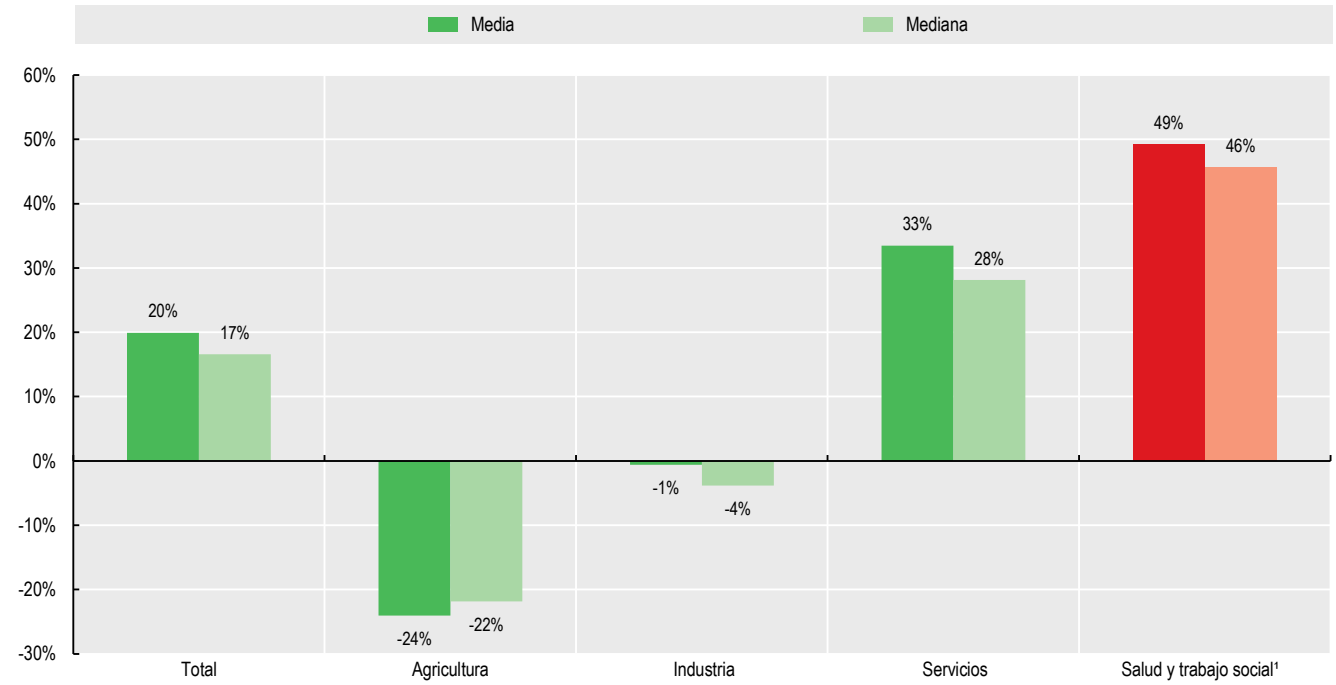
Figura 8.1. **Empleo en salud y trabajo social como porcentaje del total de empleo, 2000 y 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD National Accounts; OECD Annual Labour Force Statistics para Turquía.

StatLink https://stat.link/uyutka

Figura 8.2. **Crecimiento del empleo por sector, promedio de la OCDE, 2000-2019 (o año más cercano)**



1. Salud y trabajo social se clasifica como un subcomponente del sector de servicios.
Fuente: OECD National Accounts.

StatLink https://stat.link/ycib1d

Médicos (número total)

El número de médicos en los países de la OCDE se incrementó de alrededor de 2.8 millones en 2000, a 3.4 millones en 2010, y 4.1 millones en 2019. En la mayoría de los países de la OCDE el número de médicos aumentó más rápidamente que el tamaño de la población, de modo que en promedio, el número de médicos creció de 2.7 por cada 1 000 habitantes en 2000, a 3.6 en 2019 (Figura 8.3). Israel fue una excepción a esta tendencia general, pues el incremento de 38% en el número absoluto de médicos no fue suficiente para seguir el ritmo de crecimiento total de la población de 44% entre 2000 y 2019.

En 2019, el número de médicos en países miembros de la OCDE varió de menos de 2.5 por cada 1 000 habitantes en Turquía, Colombia, Polonia y México, a más de 5 en Austria, Portugal y Grecia. Sin embargo, los números en Portugal y Grecia son sobreestimaciones, ya que incluyen a todos los médicos con licencia para ejercer.

En Indonesia, Sudáfrica e India, el número de médicos por cada 1 000 habitantes era menos de uno en 2019. En República Popular China (China), el número de médicos se incrementó rápidamente de 1.2 por cada 1 000 habitantes en 2000, a 2.2 por cada 1 000 habitantes en 2019. Esta cifra también aumentó en forma rápida en Brasil entre 2000 y 2019, pero sigue siendo baja en comparación con la mayoría de los países de la OCDE.

El creciente número de médicos en los países de la OCDE en las últimas dos décadas, ha sido impulsado principalmente por el incremento en el número de estudiantes admitidos y graduados de programas de educación médica nacionales (véase el indicador "Graduados de medicina"). La preocupación por la escasez de médicos y el envejecimiento de la fuerza laboral médica, dio lugar a que muchos países de la OCDE aumentaran el número de estudiantes en los programas de educación médica (OECD, 2016[6]). En algunos países, la inmigración de médicos capacitados en el extranjero también contribuyó al crecimiento (véase el indicador "Migración internacional de médicos y personal de enfermería"). Un tercer factor que contribuyó a este incremento es el número creciente de médicos en varios países que extienden su vida laboral y trabajan más allá de lo que solía ser la edad estándar de jubilación.

El aumento del número de médicos por cada 1 000 habitantes desde 2000 ha sido importante en algunos países que tenían un número bajo en ese año, como Corea, Reino Unido, Eslovenia y Nueva Zelanda,aunque el número en estos países sigue estando por debajo del promedio de la OCDE (Figura 8.4). También ha habido un fuerte aumento en varios países donde el número de médicos ya estaba por encima del promedio de la OCDE en 2000, como Austria, Noruega, España, Suecia y Dinamarca.

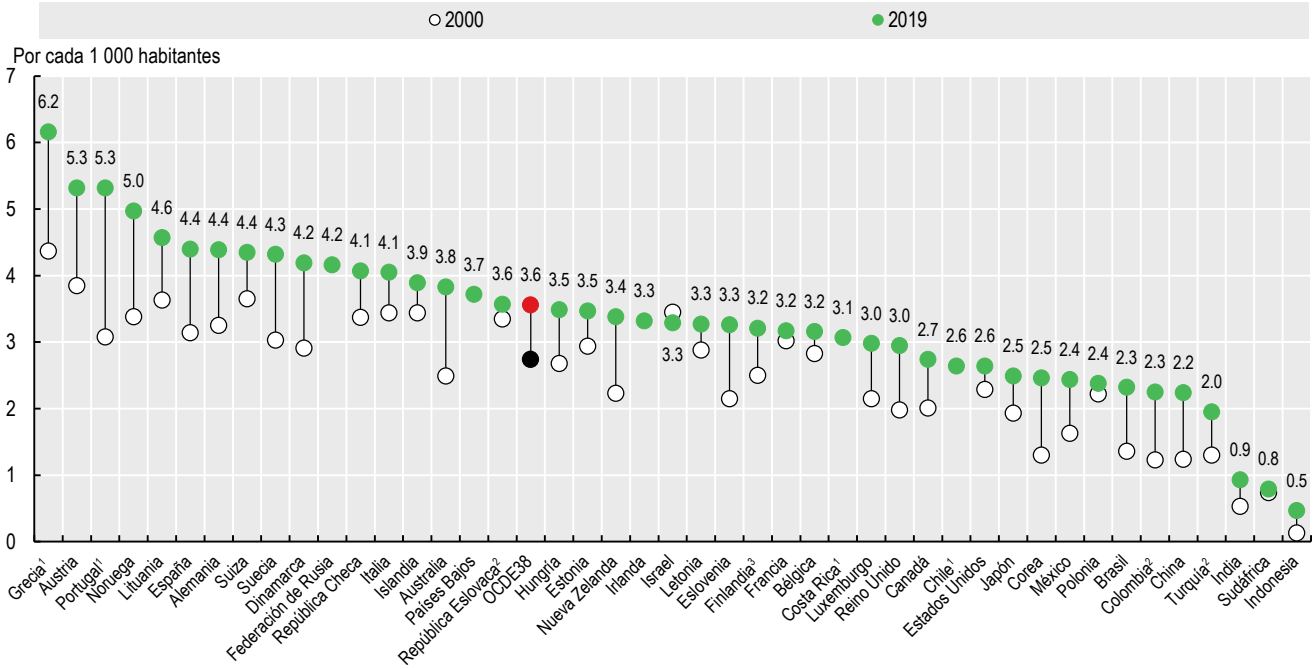
El número de médicos per cápita se incrementó en forma modesta a partir de 2000 en Francia, Polonia y República Eslovaca. En Francia, el número de médicos apenas se mantuvo al nivel del crecimiento de la población, y se proyecta una disminución en los próximos años, tanto en niveles absolutos, como per cápita, pues se espera que se retire un número de médicos superior al número de nuevos integrantes de la profesión. Este contexto ha dado lugar a recomendaciones para incrementar 20% más el número de estudiantes admitidos en las facultades de medicina en Francia en el período 2021-2025, en comparación con el período anterior de cinco años (ONDPS, 2021[7]). Sin embargo, la larga duración de la educación y capacitación de los médicos significa que se necesita alrededor de una década para sentir el impacto de cualquier aumento en el número de estudiantes en la educación médica.

En la mayoría de los países de la OCDE, las preocupaciones y las respuestas políticas se refieren más específicamente a abordar la escasez de médicos generales (véase el indicador "Médicos (por edad, género y categoría)") y la escasez de médicos en regiones rurales y remotas (véase el indicador "Distribución geográfica de médicos").

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 (pero no en todos), las cifras incluyen a internos y residentes (médicos en capacitación). Colombia, República Eslovaca y Turquía también incluyen médicos que están activos en el sector salud, aunque pueden no atender pacientes directamente, lo que agrega 5-10% a las cifras. Chile, Costa Rica, Grecia y Portugal reportan el número de médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una sobreestimación aún mayor del número de médicos en servicio.

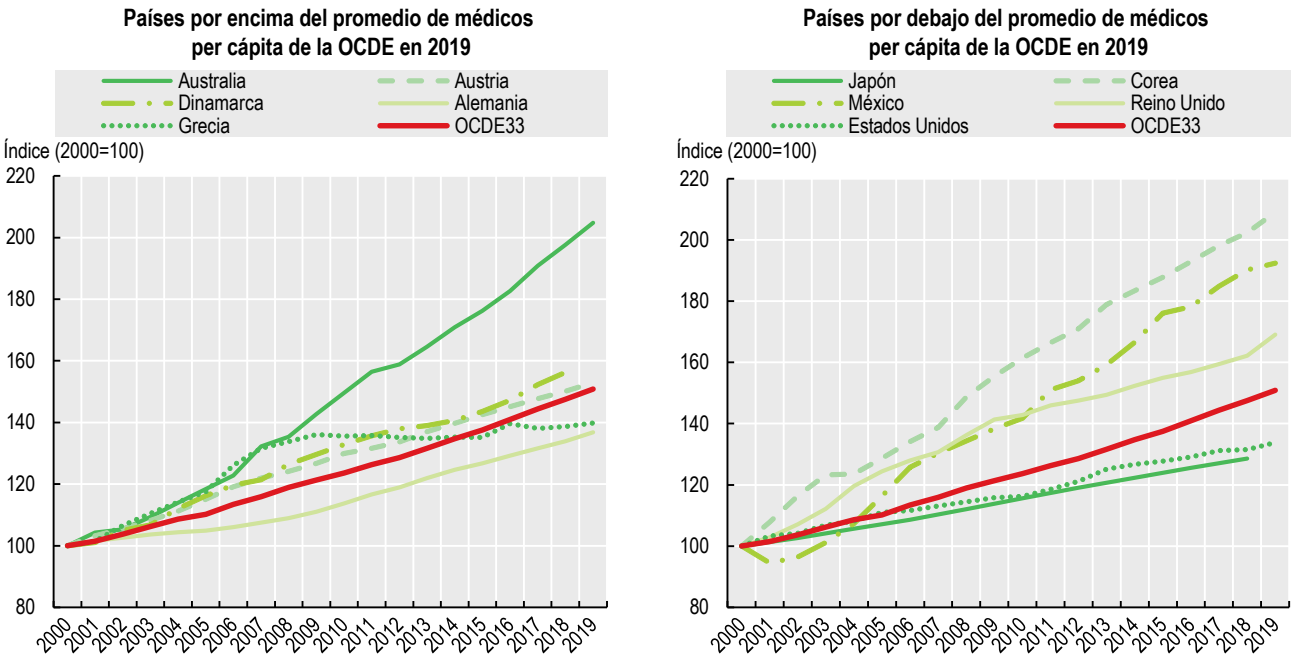
Figura 8.3. **Médicos en servicio por cada 1 000 habitantes, 2000 y 2019 (o año más cercano)**



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. alrededor de 30% en Portugal). 2. Los datos incluyen no solo a los médicos que atienden directamente a pacientes, sino también a aquellos que trabajan en el sector salud como administradores, educadores, investigadores, etc. (lo que agrega otro 5-10% al número de médicos). 3. En Finlandia las cifras más recientes se refieren a 2014 solamente.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/3pasve

Figura 8.4. **Evolución del número de médicos, selección de países, 2000-2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/qub5zr

Médicos (por edad, género y categoría)

En 2019, más de un tercio de todos los médicos en los países de la OCDE tenían más de 55 años de edad, en comparación con una quinta parte en 2000 (Figura 8.5). El porcentaje de médicos de más de 55 años se incrementó en todos los países entre 2000 y 2019, aunque se ha estabilizado en algunos países con el ingreso de muchos médicos jóvenes en la profesión en años recientes, y el retiro progresivo de la generación del baby-boom de médicos.

Algunos países han visto un rápido envejecimiento de su personal médico en las últimas dos décadas. Italia, donde el porcentaje de médicos de 55 años y mayores se incrementó de alrededor de 20% en 2000 a 56% en 2019, es el ejemplo más impactante. No menos de 20% de todos los médicos en Italia tenían 65 años o más en 2019. En Francia también se ha presentado un rápido incremento del porcentaje de médicos de 55 años y mayores desde 2000, y 14% de los médicos (uno de cada siete) tenían 65 años o más en 2019. Otros países como Israel, Letonia, Hungría, Bélgica y España también han visto un rápido envejecimiento de su personal médico (Figura 8.5).

El envejecimiento del personal médico es una preocupación, ya que se puede esperar que los médicos de 55 años y mayores se retiren en la siguiente década. Se requiere una planeación adecuada de la fuerza laboral para asegurar que existirá un número suficiente de nuevos médicos para reemplazarlos, dado que la capacitación médica toma alrededor de diez años. Al mismo tiempo, es importante tener en cuenta los cambios en los patrones de jubilación de los médicos, y considerar que muchos pueden continuar ejerciendo más allá de los 65 años de edad, a tiempo parcial o completo, si las condiciones de trabajo son adecuadas y si los sistemas de pensión no lo desincentivan (OECD, 2016[8]).

La proporción de médicos mujeres se ha incrementado en todos los países de la OCDE en las últimas dos décadas, y las médicos mujeres son en promedio más jóvenes que los hombres. En 2019, casi la mitad de todos los médicos de la OCDE eran mujeres. Esta cifra varió de alrededor de tres cuartas partes en Letonia y Estonia, a menos de una cuarta parte en Japón y Corea (Figura 8.6). La proporción de médicos mujeres se incrementó en forma particularmente rápida desde 2000 en Países Bajos, España, Dinamarca y Noruega, donde las mujeres representaron más de la mitad del total de médicos en 2019. Este incremento se debe a que un número creciente de mujeres se matriculan en facultades de medicina, así como la jubilación progresiva de generaciones comúnmente masculinas de médicos. Las médicos mujeres tienden a desempeñarse más en medicina general y especialidades médicas como pediatría, y menos en especialidades quirúrgicas.

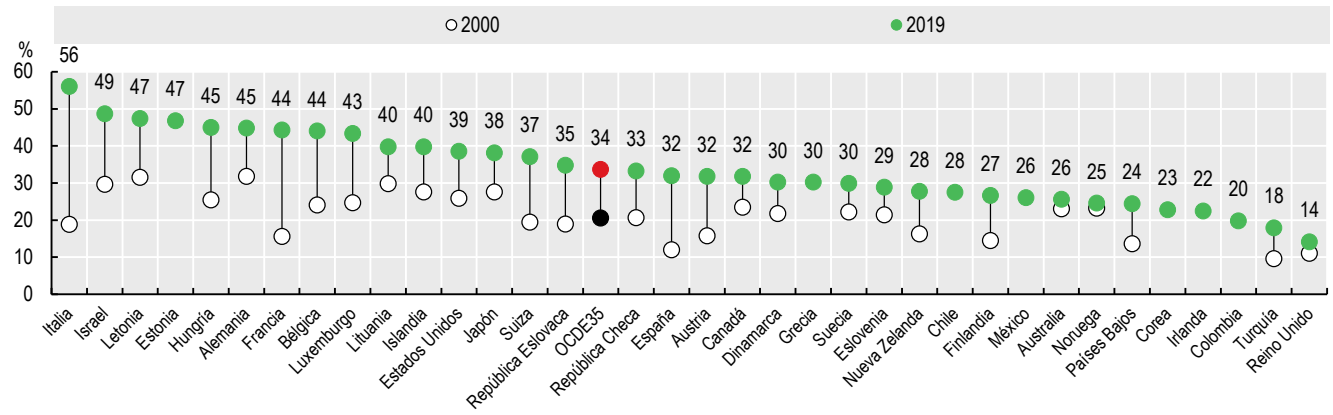
Los médicos generales (médicos familiares) representaron menos de una cuarta parte (23%) del total de médicos en los países de la OCDE en promedio, variando de alrededor de la mitad en Portugal, Canadá y Chile, a solo 6% en Grecia y Corea (Figura 8.7). Sin embargo, es difícil comparar entre países debido a las diferencias en la categorización de los médicos. Por ejemplo, en Estados Unidos e Israel, los médicos de internistas generales suelen desempeñar una función similar a la de los médicos familiares en otros países, aunque se les considera especialistas. Los pediatras generales que prestan atención general a los niños también se consideran especialistas en todos los países, por lo que no se les considera médicos generales. En muchos países, los médicos generales desempeñan un papel fundamental para garantizar un buen acceso a los servicios de salud, gestionar las enfermedades crónicas y mantener a la gente fuera del hospital (véase el indicador "Admisiones hospitalarias evitables" en el Capítulo 6).

Muchos países han tomado medidas para aumentar el número de plazas de formación en medicina general en respuesta a la preocupación por la escasez de médicos generales. Por ejemplo, en Francia, casi 40% de todas las nuevas plazas de posgrado desde 2017 han sido de medicina general, una proporción mucho mayor que en casi todos los demás países de la OCDE. En Canadá, el número de residentes que completaron su capacitación en medicina general en 2019 fue casi igual a los que la completaron en todas las especialidades médicas y quirúrgicas combinadas. Sin embargo, en muchos países sigue siendo un reto atraer a un número suficiente de graduados en medicina para cubrir todas las plazas de capacitación en medicina general disponibles, dado el menor prestigio y remuneración percibidos (véase el indicador "Remuneración de médicos (generales y especialistas").

Definición y comparabilidad

La información para la mayoría de los países se refiere a médicos en servicio, definido como médicos que atienden directamente a pacientes. En algunos países, los datos se basan en todos los médicos con licencia para ejercer, no solamente en los médicos en servicio (Chile, Grecia y Portugal, y también Israel y Nueva Zelanda para médicos por edad y género). No todos los países disponen de datos de todos sus médicos en las dos categorías de médico general y especialista, lo que puede deberse a que los datos específicos por especialidad no están disponibles para médicos en capacitación o para quienes tienen prácticas privadas. Se hace una distinción en la categoría de médicos generales entre médicos generales (médicos familiares) y médicos sin especialidad que trabajan en hospitales y otros contextos. En Suiza, los médicos internistas generales y otros están incluidos como médicos generales.

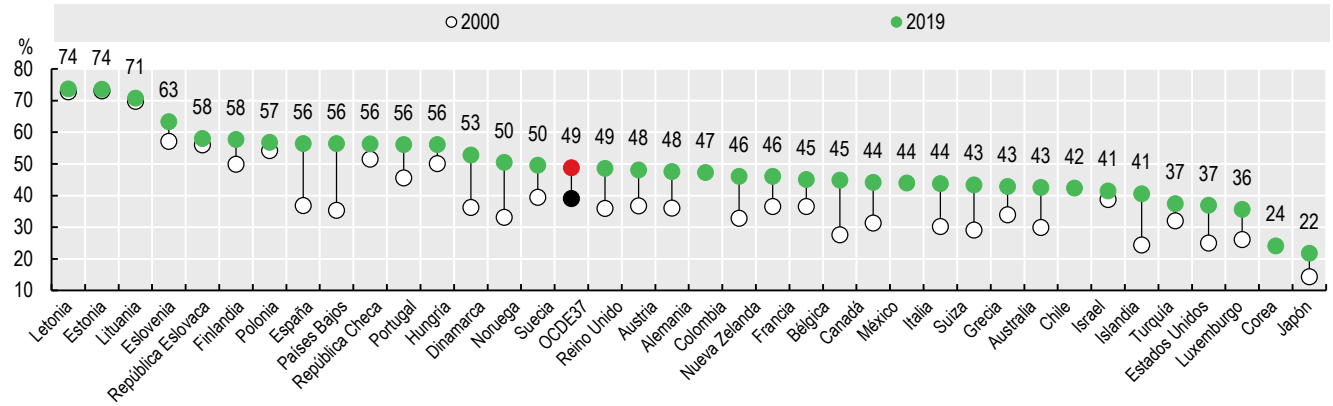
Figura 8.5. Porcentaje de médicos de 55 años y mayores, 2000 y 2019 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/j1ya9v

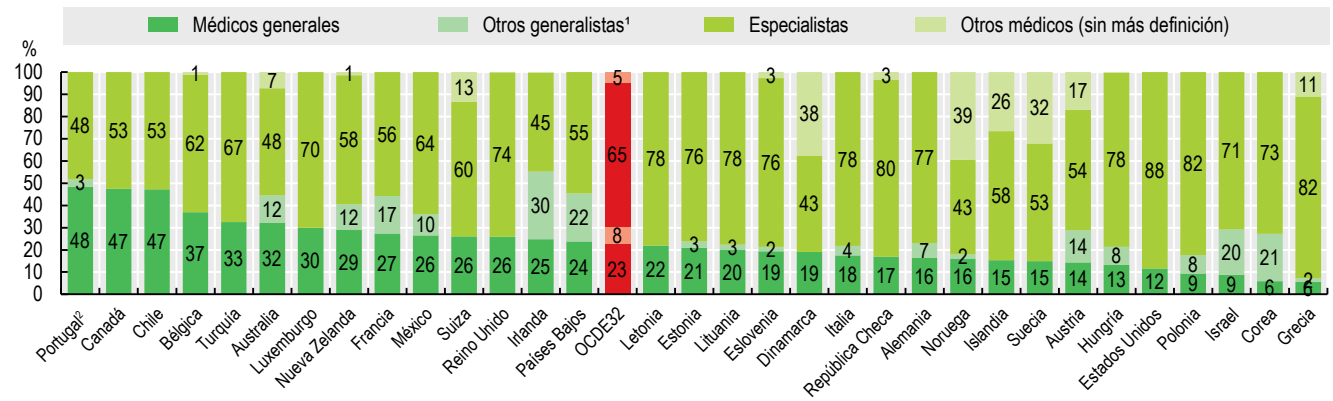
Figura 8.6. Porcentaje de médicos mujeres, 2000 y 2019 (o año más cercano)



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/y3p0fe

Figura 8.7. Porcentaje de diferentes categorías de médicos, 2019 (o año más cercano)



1. Incluye médicos sin especialidad trabajando en hospitales y graduados de medicina recientemente que no han empezado su especialidad de posgrado. 2. En Portugal solamente alrededor de 30% de los médicos empleados por el sector público trabajan como médicos generales en atención primaria, el otro 70% trabaja en hospitales.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/c6qlsd

Distribución geográfica de médicos

El acceso a servicios de salud requiere un número suficiente y una distribución apropiada de médicos en todo el país. La escasez de médicos en algunas regiones puede provocar desigualdades en el acceso a los servicios y necesidades no atendidas. Las dificultades para reclutar y retener médicos en ciertas regiones ha sido un tema importante de políticas públicas en muchos países de la OCDE por mucho tiempo, especialmente en países con áreas remotas y poco pobladas, y aquellos con regiones rurales y urbanas desfavorecidas.

El número total de médicos por cada 1 000 habitantes varía considerablemente entre los países miembros de la OCDE, desde menos de 2.5 en Turquía, Colombia, México y Polonia, a más de 5 en Portugal, Austria y Grecia (véase el indicador "Médicos (número total)"). Más allá de estas diferencias entre países, el número de médicos por cada 1 000 habitantes también varía enormemente entre las regiones de cada país. La densidad de médicos generalmente es mayor en regiones urbanas, lo que refleja la concentración de servicios especializados, como cirugías, y la preferencia de los médicos de ejercer en contextos urbanos. Las diferencias más pronunciadas en la densidad de médicos entre áreas urbanas y rurales en 2019 se presentaron en Hungría, República Eslovaca, Lituania, Letonia y Canadá. La distribución fue más balanceada en Noruega y Japón, aunque en Japón hubo relativamente pocos médicos en todas las regiones (Figura 8.8).

En muchos países existe una concentración particularmente alta de médicos en las regiones de la capital del país (Figura 8.9). En 2019, este fue el caso particularmente en Austria, República Checa, Grecia, Hungría, Portugal, República Eslovaca y Estados Unidos.

Los médicos pueden ser reacios a ejercer en regiones rurales debido a preocupaciones por su vida profesional (incluyendo sus ingresos, horas de trabajo, oportunidades de desarrollo profesional y aislamiento de sus colegas), y opciones sociales (como opciones de educación para sus hijos y oportunidades profesionales para sus parejas). Se pueden emplear una variedad de políticas para influir en la elección del lugar donde los médicos establecen su práctica profesional, incluyendo: 1) proporcionar incentivos financieros para médicos que trabajan en áreas subatendidas; 2) aumentar la matriculación en programas de educación médica de estudiantes que provienen de áreas subatendidas o descentralizar las facultades de medicina; 3) regular la elección de la ubicación del lugar donde los médicos ejercen (para médicos recién egresados, o capacitados en el extranjero y recién llegados al país); y 4) reorganizar la prestación de los servicios para mejorar las condiciones de trabajo de los médicos en zonas subatendidas (OECD, 2016[8]). El desarrollo de la telemedicina también puede ayudar a superar las barreras geográficas entre pacientes y médicos (véase el indicador "Salud digital" en el Capítulo 5).

En Francia, en los últimos 15 años el gobierno ha puesto en marcha una serie de medidas para enfrentar la preocupación por los "desiertos médicos", que incluyen ofrecer apoyo financiero a médicos que establecen sus consultorios en áreas subatendidas. También ha apoyado la creación de residencias médicas multidisciplinarias para que los médicos generales y otros profesionales de la salud trabajen en el mismo lugar, aunque la mayoría de las 1 600 residencias médicas que se habíancreado hasta 2020 no estaban situadas en zonas de acceso más limitado. El estímulo a los estudiantes de medicina para que ejerzan en zonas subatendidas ha tenido bastante éxito, sobre todo mediante el uso de "contratos de acceso", con los que los estudiantes de medicina y los residentes reciben un estipendio mensual durante su educación y capacitación a cambio de un compromiso de ejercer durante un periodo equivalente en zonas subatendidas designadas después de graduarse (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021[9]).

En Alemania, donde el número de médicos por cada 1 000 habitantes está muy por encima del promedio de la OCDE, la distribución geográfica de los médicos varía entre los estados, así como entre las zonas urbanas y rurales. El número de médicos en las zonas rurales suele estar por debajo del promedio, mientras que, en las capitales, como Berlín y Hamburgo, está muy por encima. Hay una serie de medidas para incrementar el número de médicos que trabajan en las zonas rurales, como la concesión de plazas a los estudiantes de medicina que se comprometen a ejercer como médicos generales en las zonas rurales al graduarse (Blümel et al., 2020[10]).

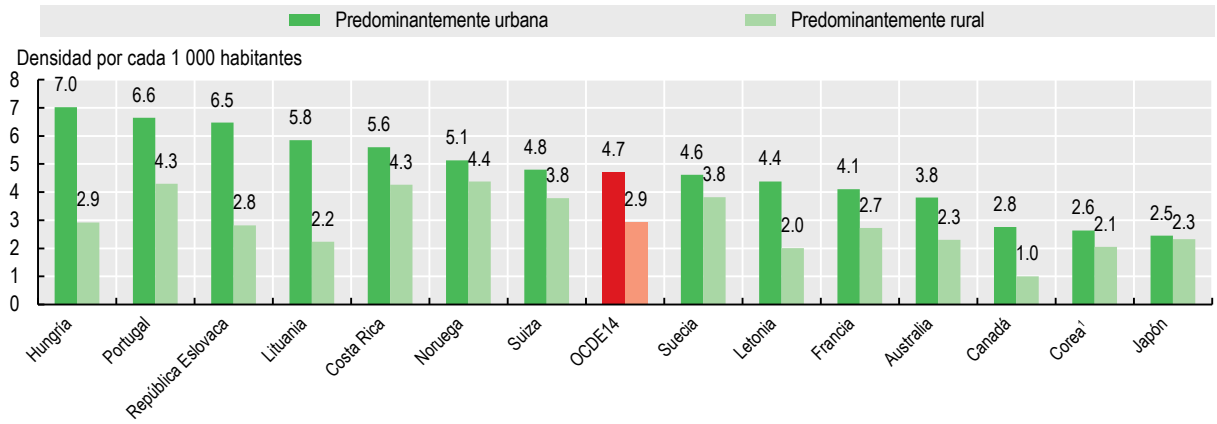
En República Checa, el Ministerio de Salud anunció en abril de 2020 un nuevo programa de apoyo para médicos generales que trabajen en áreas subatendidas. El programa está abierto a todos los médicos generales que están planeando o han empezado recientemente a prestar servicios en un área subatendida designada. Proporciona fondos para los consultorios de médicos generales para cubrir costos de personal y equipo técnico hasta un cierto nivel. Los fondos de seguros médicos también pagan más por los servicios de médicos generales prestados en algunas áreas subatendidas (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021[9]).

En Australia, el gobierno anunció en 2018 el programa de diez años *Stronger Rural Health Strategy* para hacer frente a los desafíos actuales y futuros del personal de salud en las zonas rurales y remotas. Esta estrategia comprende 13 iniciativas que tienen como objetivo abordar los problemas de calidad, distribución y planificación del personal de salud de Australia, especialmente en las comunidades regionales, rurales y remotas (Department of Health, 2019[11]). Se espera una evaluación a corto plazo de esta estrategia en 2022.

Definición y comparabilidad

Las regiones se clasifican en dos niveles territoriales. El nivel superior (nivel territorial 2) está formado por grandes regiones que corresponden generalmente a las regiones administrativas nacionales. Estas amplias regiones pueden contener una mezcla de zonas urbanas, intermedias y rurales. El nivel inferior se compone de regiones más pequeñas clasificadas como regiones predominantemente urbanas, intermedias o rurales, aunque hay variaciones entre los países en la clasificación de estas regiones. Todos los datos sobre las distribuciones geográficas proceden de la base de datos *OECD Regional Database*, que incluye datos de la base de datos de Eurostat para el nivel territorial 2.

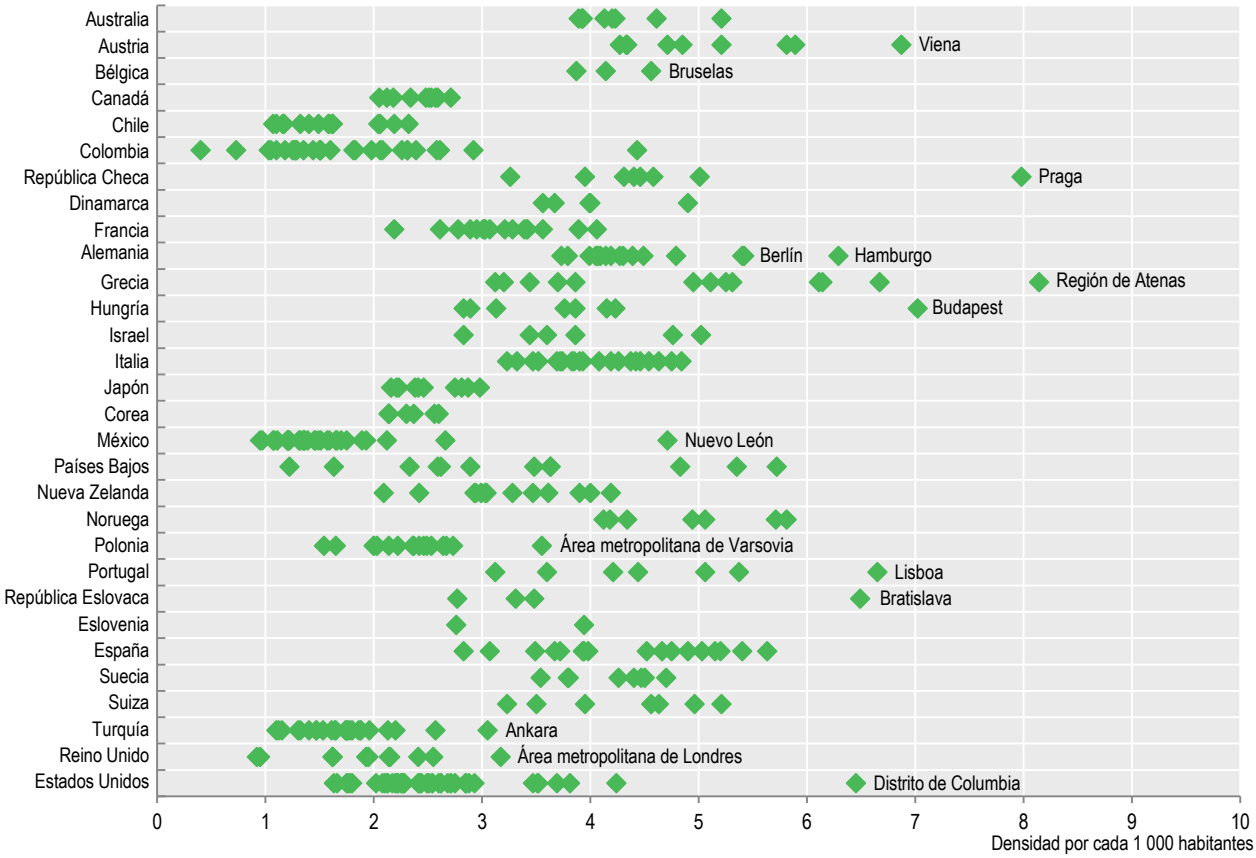
Figura 8.8. **Densidad de médicos, áreas urbanas vs. áreas rurales, 2019 (o año más cercano)**



1. En Corea, los datos para predominantemente rural se refieren a regiones intermedias (el porcentaje de población que vive en áreas rurales es entre 15 y 50%).
Fuente: OECD Regional Statistics Database 2021.

StatLink https://stat.link/qt6e5w

Figura 8.9. **Densidad de médicos en todas las regiones, por regiones de nivel territorial 2, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Regional Statistics Database 2021.

StatLink https://stat.link/d691h8

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

El nivel y la estructura de la remuneración de las distintas categorías de médicos afectan el atractivo financiero de la medicina general y las distintas especialidades. Las diferencias en los niveles de remuneración de los médicos en los países, también pueden actuar como un factor de "empuje" o "tracción" cuando se trata de migración de médicos (OECD, 2019[12]). En muchos países los gobiernos pueden determinar o influir en el nivel y la estructura de la remuneración de los médicos, regulando sus honorarios o fijando los salarios de los médicos empleados en el sector público.

En todos los países de la OCDE, la remuneración de los médicos (tanto generales como especialistas), es sustancialmente superior al salario promedio de todos los trabajadores. En la mayoría de los países, los médicos generales percibieron de dos a cuatro veces más que el salario promedio en cada país en 2019, mientras que los especialistas ganaron de dos a seis veces más (Figura 8.10)

En la mayoría de los países, los especialistas ganaron más que los médicos generales. En Australia y Bélgica, los especialistas independientes percibieron al menos el doble que los médicos generales independientes. En Alemania, la diferencia entre los especialistas y los médicos generales es mucho menor, alrededor de 20%.

En la mayoría de los países, la remuneración de los médicos ha aumentado desde 2010, pero a ritmos diferentes entre los países y entre los médicos generales y especialistas (Figura 8.11). El incremento tanto entre los especialistas como entre los generalistas ha sido especialmente fuerte en Chile y Hungría. Los grandes incrementos en Chile se deben principalmente a los aumentos salariales sucesivos para especialistas y generalistas entre 2012 y 2016. En Hungría, el gobierno también aumentó sustancialmente la remuneración de especialistas y médicos generales durante la última década para reducir la emigración y la escasez de médicos. Estos incrementos salariales han ido acompañados de una reducción del número de médicos húngaros que se mudan a otros países como Alemania y Reino Unido en años recientes.

En varios países, la remuneración de los especialistas ha aumentado más rápidamente que la de los médicos generales desde 2010, lo que ha incrementado la brecha salarial. Este ha sido el caso particularmente en Chile. Sin embargo, en Austria, Bélgica, Países Bajos y Turquía, la brecha se ha reducido ligeramente, ya que los ingresos de los médicos generales aumentaron más que los de los especialistas.

En algunos países, como Portugal, Eslovenia y Reino Unido, la remuneración tanto de los médicos generales, como de los especialistas, disminuyó en términos reales entre 2010 y 2019. En Portugal, la disminución ocurrió entre 2010 y 2012: desde entonces, la remuneración de los médicos ha aumentado, pero sigue siendo inferior en 2019 que en 2010 en términos reales. En Reino Unido, la remuneración de los médicos se redujo ligeramente en términos reales en lax última década, al igual que la del personal de enfermería y el resto del personal del NHS (The Health Foundation, 2021[13]).

Es importante tomar en cuenta que la remuneración de las distintas categorías de especialidades quirúrgicas o médicas también varía mucho en cada país. Por ejemplo, en Francia, los cirujanos, anestesistas y radiólogos ganan al menos el doble que los pediatras y psiquiatras (DREES, 2018[14]). De forma similar, en Canadá, los oftalmólogos y muchos especialistas quirúrgicos ganan al menos el doble que los pediatras y los psiquiatras (CIHI, 2020[15]). En muchos países la remuneración de los pediatras es parecida a la de los médicos generales, lo que refleja algunas similitudes en sus prácticas.

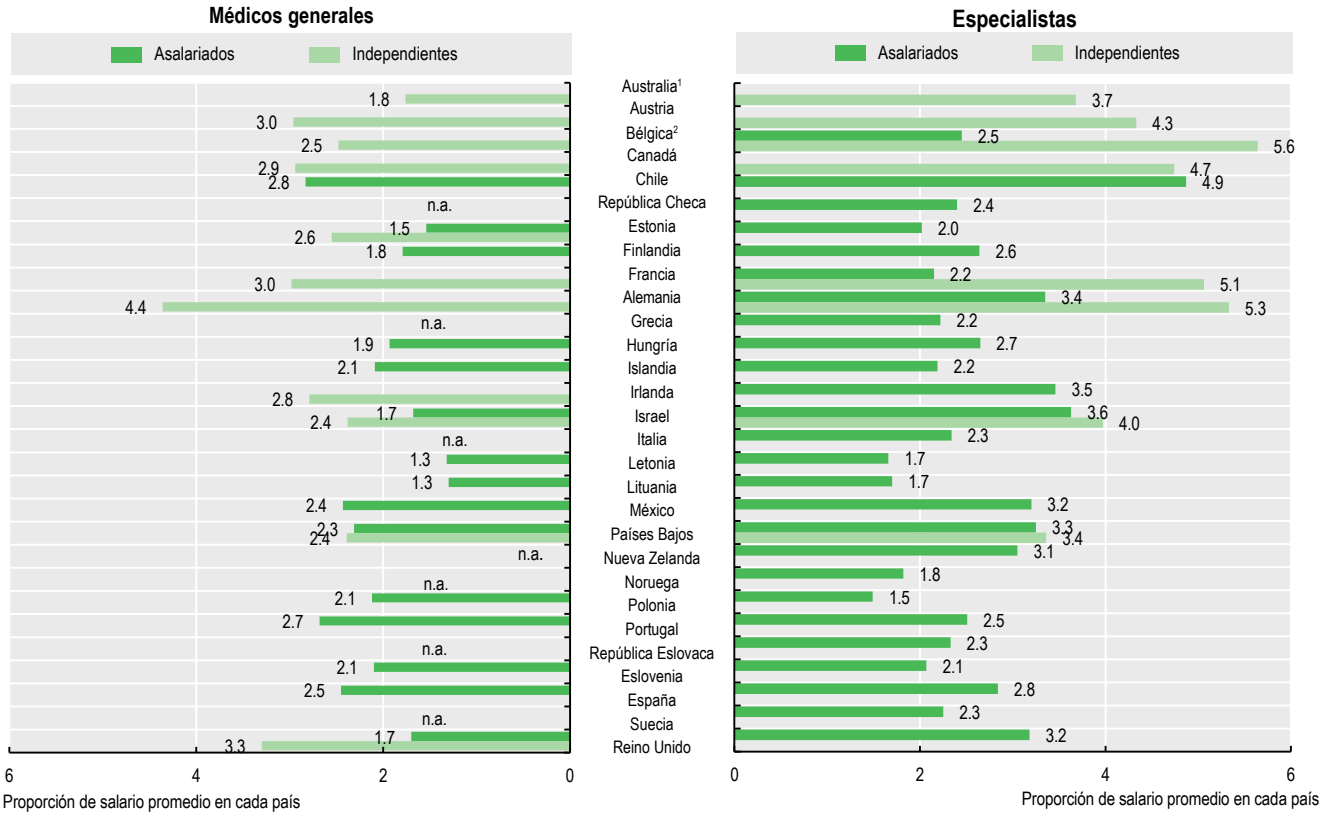
Definición y comparabilidad

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 excluye los gastos profesionales para médicos independientes (en Bélgica, los gastos profesionales están incluidos). Los datos de la OCDE sobre la remuneración de los médicos hacen una distinción entre los médicos asalariados e independientes. En algunos países esta distinción no es clara, pues se permite a los médicos asalariados tener una práctica privada, y algunos médicos independientes reciben parte de su remuneración en salario. Los datos de la OCDE también hacen una distinción entre los médicos generales y todas las especialidades combinadas, aunque puede haber diferencias muy importantes en los ingresos de diferentes especialistas médicos y quirúrgicos.

Existen varias limitaciones de los datos que contribuyen a una subestimación de los niveles de remuneración en algunos países: 1) en algunos países se excluyen pagos por tiempo extra, bonos, otros ingresos complementarios o contribuciones a la seguridad social (en Austria para médicos generales, y en Irlanda e Italia para especialistas asalariados); 2) los ingresos por la práctica privada de médicos asalariados no están incluidos en algunos países (como República Checa, Hungría, Islandia, Irlanda y Eslovenia); 3) los pagos informales, que pueden ser comunes en algunos países (como Grecia y Hungría), no están incluidos; 4) los datos 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, República Eslovaca y Reino Unido; y 5) los datos de Australia incluyen a los médicos en capacitación.

El ingreso de los médicos se compara con el salario promedio de los empleados de tiempo completo en todos los sectores del país. El salario promedio de los empleados en cada economía proviene de la base de datos *OECD Employment Database*.

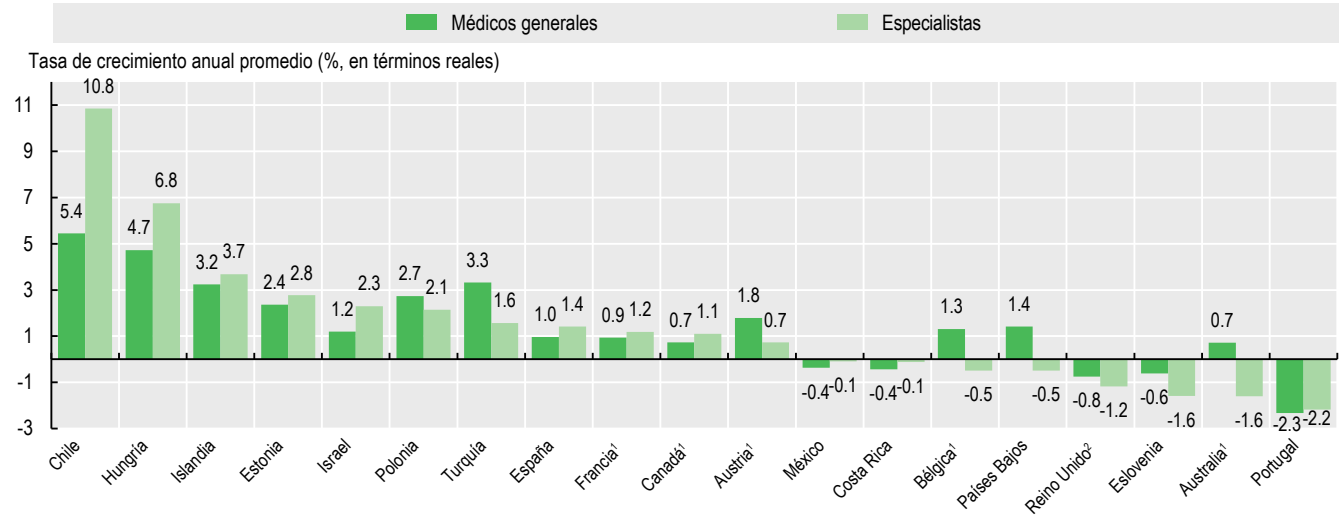
Figura 8.10. **Remuneración de médicos, proporción con salario promedio, 2019 (o año más cercano)**



1. Los médicos en capacitación están incluidos (lo que resulta en una subestimación). 2. Los gastos profesionales están incluidos (lo que resulta en una sobreestimación).
Fuente: OECD Health Statistics 2021 y OECD Employment Database 2021.

StatLink https://stat.link/1a7ylc

Figura 8.11. **Crecimiento de la remuneración de médicos generales y especialistas (términos reales), 2010-2019**



1. La tasa de crecimiento es para médicos independientes, generales y especialistas. 2. Los datos solo incluyen a Inglaterra.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/tnlk2q

Personal de enfermería

El personal de enfermería constituye la categoría más numerosa de la fuerza laboral dedicada a la salud en casi todos los países de la OCDE. El papel fundamental que desempeñan en la prestación de servicios en hospitales, instalaciones de cuidados de largo plazo y en la comunidad se puso de manifiesto nuevamente durante la pandemia de COVID-19.

En 2019 había un poco menos de nueve enfermeros por cada 1 000 habitantes en promedio en todos los países miembros de la OCDE, que van de menos de tres por cada 1 000 habitantes en Colombia, Turquía, México y Chile, a cerca de 18 en Noruega y Suiza (Figura 8.12).

En Sudáfrica, Indonesia e India, hay relativamente pocos enfermeros –menos de 2.5 por cada 1 000 habitantes. En China, el número de enfermeros ha aumentado rápidamente en las últimas dos décadas, de 1.0 por cada 1 000 habitantes en 2000, a 3.7 por cada 1 000 habitantes en 2019.

Entre 2000 y 2019, el número de enfermeros per cápita creció en casi todos los países de la OCDE, y el promedio pasó de 7.0 por cada 1 000 habitantes en 2000, a 8.8 por cada 1 000 habitantes en 2019. Israel y República Eslovaca son los únicos dos países de la OCDE donde el número de enfermeros relativo a la población disminuyó entre 2000 y 2019. El descenso en Israel se debe al rápido crecimiento de la población (+44%), mientras que el aumento del personal de enfermería no sigue el mismo ritmo (+33%). En República Eslovaca, el número de enfermeros disminuyó en la década de 2000 y se ha mantenido en ese nivel inferior.

En Reino Unido e Irlanda, el número de enfermeros per cápita en 2019 fue aproximadamente el mismo que en 2000, ya que el incremento en el número de enfermeros apenas se mantuvo al ritmo del crecimiento de la población, En los países Bálticos (Estonia, Letonia y Lituania), el número de enfermeros relativo a la población también se ha mantenido bastante estable desde 2000, pues el número absoluto de personal de enfermería ha disminuido aproximadamente al mismo ritmo que el tamaño de la población en general.

Noruega y Suiza son ejemplos de países que han logrado aumentar el número de enfermeros en forma importante en las últimas dos décadas. En Noruega, el aumento sustancial se ha debido a una serie de medidas para atraer a más estudiantes a la educación en enfermería, y para retener a más personal en la profesión mejorando sus condiciones de trabajo. En 2016, el gobierno noruego adoptó un plan de acción de cinco años –el *Competence Lift 2020* – para mejorar las competencias, salarios y tasas de retención del personal de enfermería. Este plan de acción se extendió otros cinco años bajo la denominación *Competence Lift 2025*. Aunque el número de enfermeros ha aumentado, la tasa de deserción sigue siendo alta, especialmente entre el personal de enfermería que trabaja en cuidados de largo plazo.

En Suiza, el aumento reciente en el número de enfermeros ha sido impulsado principalmente por un incremento en el número de "enfermeros profesionales asociados" (o "personal de cuidados intermedios"), que tienen un nivel de formación inferior al de los "enfermeros profesionales" (o "enfermeros calificados"). Entre 2010 y 2019, el número de enfermeros profesionales asociados se incrementó casi tres veces más rápido que el número de enfermeros profesionales, y la proporción de enfermeros profesionales asociados pasó de 29% en 2010 a 35 % en 2019. A pesar del crecimiento en estas dos categorías, los hospitales y otras instalaciones sanitarias siguen teniendo dificultades en la contratación de personal de enfermería, y la escasez de enfermeros en los próximos años es una preocupación.

En la mayoría de los países, el crecimiento del número de enfermeros ha sido impulsado por el aumento del número de graduados locales de enfermería (véase el indicador "Graduados de enfermería"). Sin embargo, en algunos países, la inmigración de personal de enfermería capacitado en el extranjero también ha desempeñado un papel importante. Más de una cuarta parte (25%) del total de enfermeros en servicio en Nueva Zelanda y Suiza obtuvieron su primer título de enfermería en otro país; esta proporción supera 15% en Australia y Reino Unido (véase el indicador "Migración internacional de médicos y personal de enfermería"). En Suiza, la mayoría de los enfermeros capacitados en el extranjero vienen de Francia y Alemania, y su número ha aumentado de forma importante en años recientes.

El personal de enfermería supera en número a los médicos en la mayoría de los países de la OCDE. En promedio, hay un poco menos de tres enfermeros por cada médico. La proporción de enfermeros por médico varía entre uno por cada médico en Colombia, Chile, Costa Rica, México y Turquía, a más de cuatro en Japón, Finlandia, Estados Unidos y Suiza (Figura 8.13).

En muchos países, hubo una fuerte demanda de contratación de personal de enfermería en respuesta a la pandemia de COVID-19. En Estados Unidos, las ofertas de empleo en línea durante la pandemia aumentaron 27% para personal de enfermería acreditado, y 22% para personal de enfermería en servicio/profesionales con título. En Canadá, aumentaron 6% para personal de enfermería acreditado, y 39% para enfermeros en servicio con título (OECD, 2021[1]).

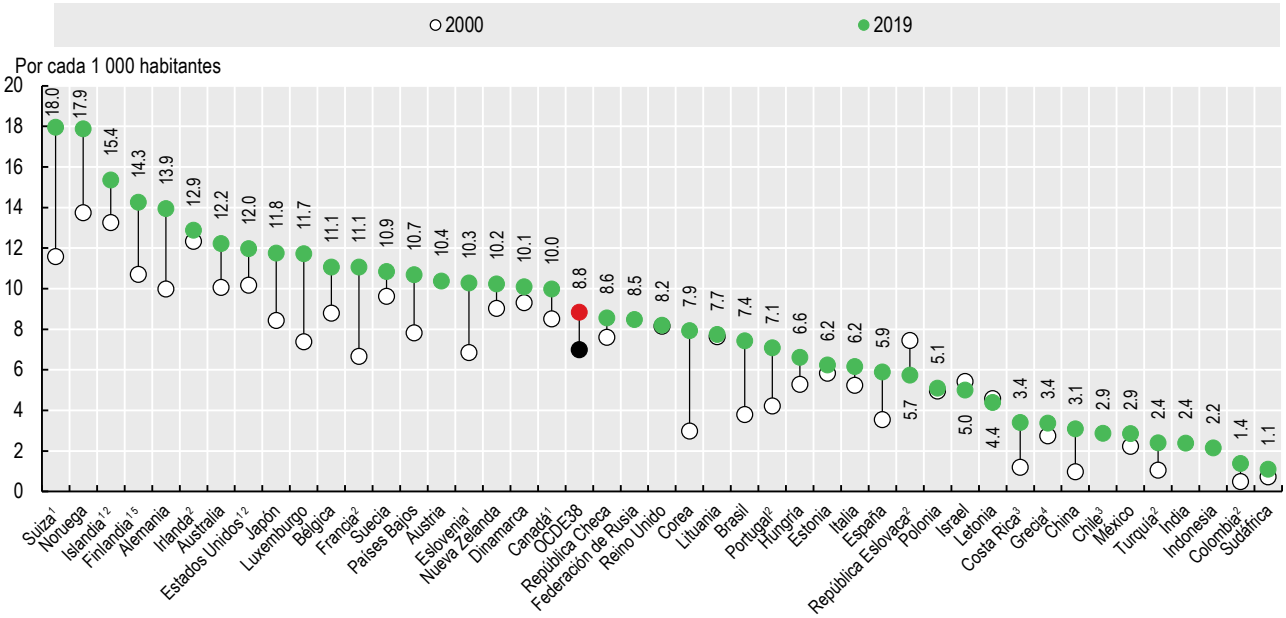
Definición y comparabilidad

El número de enfermeros incluye al personal que presta servicios directamente a los pacientes ("en servicio") y en algunos casos también a quienes se desempeñan como administradores, educadores o investigadores.

En aquellos países donde hay diferentes niveles de capacitación o funciones, los datos incluyen tanto al personal de enfermería profesional, quienes tienen un nivel educativo superior y desempeñan funciones más complejas o que requieren mayor habilidad, como al personal profesional asociado, quienes tienen un nivel inferior de escolaridad pero de cualquier forma son reconocidos como personal de enfermería. Se excluye a los asistentes de servicios de salud (o auxiliares de enfermería), que no están acreditados como enfermeros. Se excluye también a las parteras, excepto en algunos países donde son incluidas porque se les considera enfermeras especialistas, o por otras razones (Australia, Irlanda y España).

Grecia reporta únicamente al personal de enfermería empleado en hospitales, lo que resulta en una subestimación.

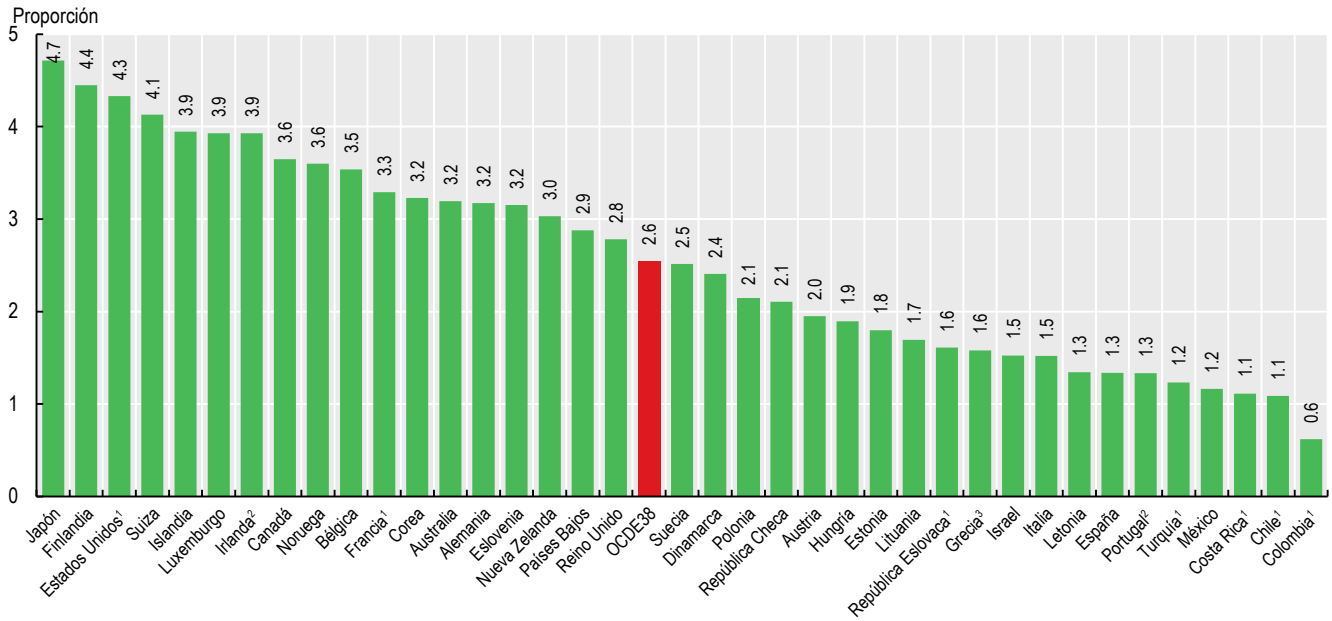
Figura 8.12. **Personal de enfermería en servicio por cada 1 000 habitantes, 2000 y 2019 (o año más cercano)**



1. El personal de enfermería asociado con un nivel inferior de capacitación representa aproximadamente dos tercios del personal de enfermería en Eslovenia; alrededor de un tercio en Suiza, Islandia, Finlandia y Canadá; y alrededor de 18% en Estados Unidos. En Suiza, la mayor parte del crecimiento desde 2000 ha sido en esta categoría. 2. Los datos incluyen a los enfermeros que trabajan en el sector salud como administradores, educadores, investigadores, etc. 3. Los datos incluyen a todos los enfermeros con licencia para ejercer. 4. Los datos solo se refieren al personal de enfermería empleado en hospitales. 5. Los datos más recientes son de 2014.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/mjae80

Figura 8.13. **Proporción de personal de enfermería y médicos, 2019 (o año más cercano)**



1. Para países que no han proporcionado datos para enfermeros en servicio y/o médicos en servicio, las cifras representan el concepto de "activo profesionalmente" para ambos (excepto en Chile y Costa Rica, donde las cifras incluyen a todos los enfermeros y médicos con licencia para ejercer). 2. La proporción en Irlanda es sobreestimada (enfermeros profesionalmente activos/médicos en servicio), mientras que la proporción en Portugal es subestimada (enfermeros profesionalmente activos/todos los médicos con licencia para ejercer). 3. Los datos de Grecia se refieren a enfermeros y médicos empleados en hospitales.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/m5nfxa

Remuneración de personal de enfermería

La pandemia de COVID-19 ha llamado aún más la atención sobre el nivel salarial del personal de enfermería, y la necesidad de garantizar una remuneración suficiente para atraer y retener a los enfermeros en la profesión.

En los países de la OCDE en promedio, la remuneración del personal de enfermería en 2019 (antes de la pandemia) era ligeramente superior al salario promedio de todos los trabajadores. Sin embargo, en algunos países como Suiza, Lituania, Francia, Letonia y Finlandia, los enfermeros ganaban menos que el salario promedio de todos los trabajadores, mientras que en otros países, como Chile, México, Luxemburgo y Bélgica, ganaban mucho más (Figura 8.14).

La Figura 8.15 compara la remuneración del personal de enfermería de los hospitales con base en una divisa común (dólares estadounidenses) y ajustada por las diferencias de poder adquisitivo para proporcionar una indicación del bienestar económico relativo de las enfermeras en los distintos países y los incentivos financieros para considerar el traslado a otro país de la OCDE para conseguir empleos mejor pagados. En 2019, el personal de enfermería en Luxemburgo tenía niveles de remuneración al menos cuatro veces superiores que en Lituania, República Eslovaca y Letonia. En general, el personal de enfermería en los países de Europa central y del este tenía los niveles de remuneración más bajos, lo que explica, al menos parcialmente, por qué muchos deciden emigrar a otros países de la UE (Socha-Dietrich y Dumont, 2021[16]).

La remuneración del personal de enfermería en Estados Unidos es más alta que en la mayoría de los demás países de la OCDE, lo que explica por qué ese país atrae a varios miles de enfermeros de otros países cada año.

En muchos países, la remuneración del personal de enfermería se ha incrementado en términos reales desde 2010, aunque a ritmos diferentes (Figura 8.16). En Israel y Australia, las enfermeras obtuvieron aumentos salariales sustanciales entre 2010 y 2018.

En Francia y Estados Unidos, la remuneración del personal de enfermería permaneció aproximadamente igual en términos reales en 2018/2019 que en 2010. En España, disminuyó después de la crisis económica de 2008-2009 debido a los recortes en el sector público, pero se ha recuperado desde 2013, de modo que en promedio el nivel de remuneración fue aproximadamente 5% más alto en términos reales en 2019 que en 2010.

En Reino Unido, la remuneración del personal de enfermería se incrementó en términos nominales, pero disminuyó más de 5% en términos reales entre 2010 y 2018 debido principalmente al tope salarial del sector público entre 2010/2011 y 2017/2018. Desde 2018, el ingreso promedio del personal de enfermería en términos reales ha empezado a aumentar gracias al acuerdo salarial de *Agenda for Change* para 2018-2021 (Buchan, Shembavnekar y Bazeer, 2021[17]).

Muchos países ofrecieron algún tipo de "bono" por COVID-19 al personal de enfermería, en reconocimiento del papel de primera línea que desempeñaron durante la pandemia, y el estrés y la carga de trabajo adicionales. El nivel y la cobertura de estos bonos variaron según los países. En Alemania, se proporcionaron algunos bonos en 2020 para el personal de enfermería que trabajaba en residencias de ancianos, y quienes trabajaban en hospitales con un número mínimo de pacientes de COVID-19 (aproximadamente un tercio de todos los hospitales calificados). En abril de 2021 se otorgó un bono adicional para el personal de enfermería de los hospitales. Los bonos nacionales variaron entre 500 y 1 500 euros, dependiendo de las horas trabajadas. Algunos Länder también otorgaron bonos adicionales de aproximadamente 500 euros.

En Francia, el pago de las horas extra del personal de enfermería y otros empleados en hospitales y residencias de ancianos se incrementó durante la primera oleada de la pandemia en la primavera de 2020. Además, la mayor parte del personal de los hospitales, incluyendo al personal de enfermería, recibió un bono por COVID-19 después de la primera oleada, que iba de 1 000 a 1 500 euros, dependiendo de la intensidad de la pandemia en cada región. Para mejorar la contratación y retención, todos los trabajadores sanitarios de hospitales y residencias de ancianos recibieron un aumento salarial permanente de 183 euros al mes en 2020, seguido de otro aumento entre 45 y 450 euros al mes, en función de las categorías profesionales y los años de experiencia (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021[9]).

Definición y comparabilidad

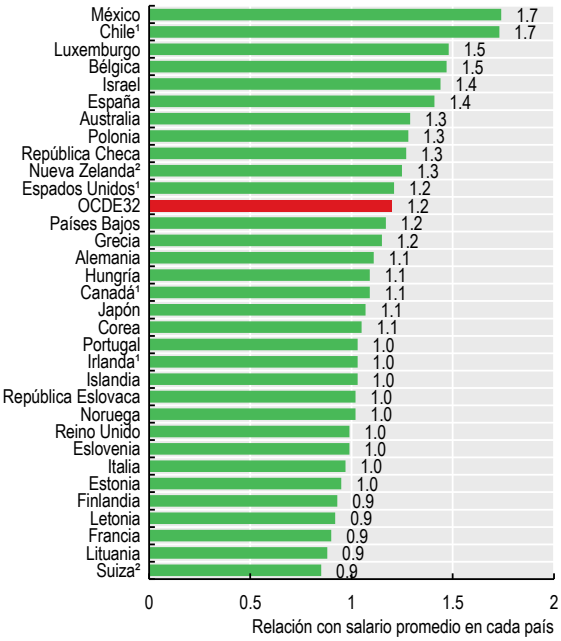
La remuneración del personal de enfermería se refiere al ingreso anual bruto promedio, incluyendo contribuciones a la seguridad social e impuestos a pagar por el empleado. En la mayoría de los países los datos se refieren específicamente a personal de enfermería en hospitales, aunque en Canadá las cifras también incluyen enfermeros que trabajan en otros contextos. En algunos estados federales, como Australia, Canadá y Estados Unidos, así como Reino Unido, el nivel y estructura de la remuneración se determina a nivel subnacional, lo que contribuye a que existan variaciones entre jurisdicciones.

Los datos se refieren únicamente a enfermeros acreditados ("profesionales") en Canadá, Chile, Irlanda y Estados Unidos, lo que resulta en una sobreestimación en comparación con otros países donde se incluyen niveles inferiores ("profesional asociado"). Los datos de Nueva Zelanda incluyen a todo el personal de enfermería contratado por consejos de salud distritales de fondos públicos a todos los niveles; también incluyen a asistentes sanitarios, que tienen una estructura salarial diferente y significativamente inferior que los enfermeros acreditados.

Los datos se refieren a personal de enfermería de tiempo completo. Para algunos países (como Italia y Eslovenia) las cifras no incluyen ingresos adicionales como tiempo extra. Tampoco se reportan los pagos informales, que representan una parte significativa del total del ingreso en algunos países.

El ingreso del personal de enfermería se compara con el salario promedio de los empleados de tiempo completo en todos los sectores del país. Se compara también entre países con base en una divisa común (dólares estadounidenses) y ajustado por PPA. Las cifras en esta edición de Panorama de la Salud no son comparables con las de ediciones previas, pues se utilizó un indicador de PPA diferente para ajustar las diferencias en el costo de la vida entre los países.

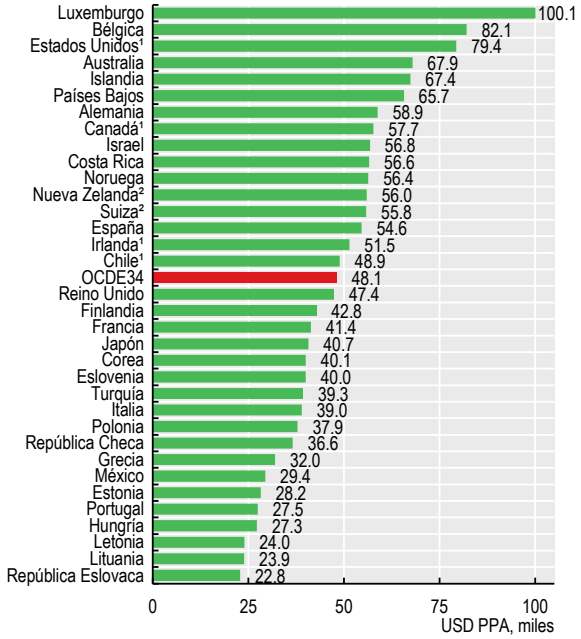
Figura 8.14. **Remuneración de personal de enfermería en hospitales, relación con salario promedio, 2019 (o año más cercano)**



1.Los datos se refieren solo a enfermeros acreditados ("profesionales") en Estados Unidos,Canadá, Irlanda y Chile (lo que resulta en una sobreestimación). 2. Los datos para Nueva Zelanda y Suiza incluyen enfermeros "profesionales asociados", que tienen niveles inferiores de preparación y de ingresos.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/qj72uz

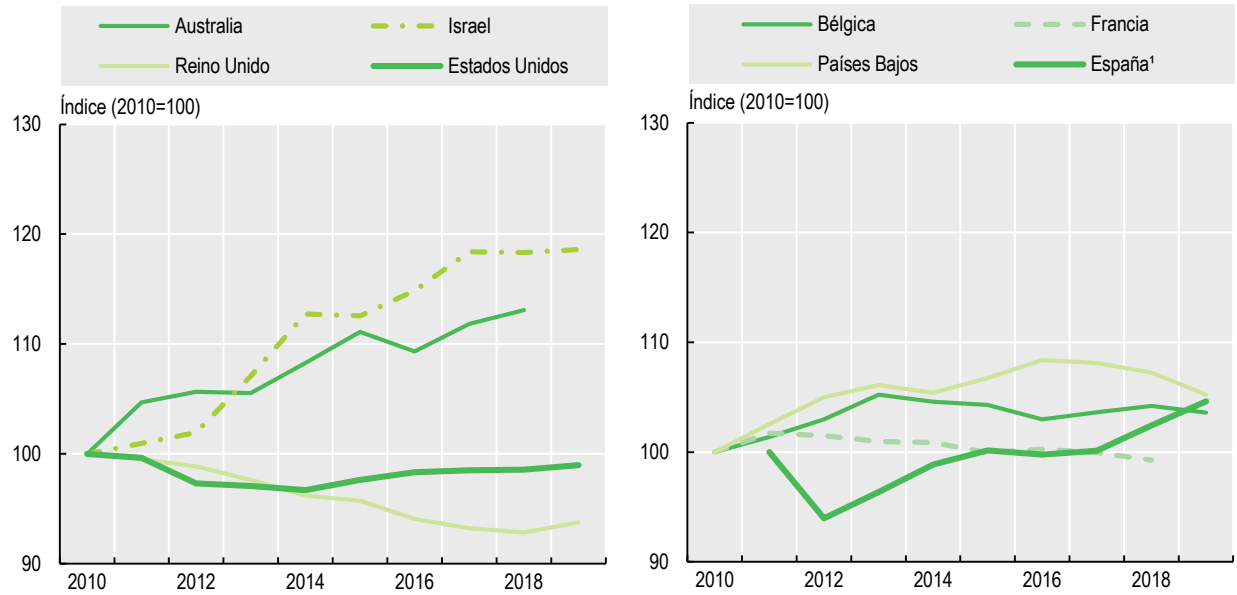
Figura 8.15. **Remuneración de personal de enfermería en hospitales, USD PPA, 2019 (o año más cercano)**



Nota: Las cifras en esta edición de Panorama de la Salud no son comparables con las de ediciones previas, pues se utilizó un indicador de PPA diferente para ajustar las diferencias en el costo de la vida entre los países.
1.Los datos se refieren solo a enfermeros acreditados ("profesionales") en Estados Unidos, Canadá, Irlanda y Chile (lo que resulta en una sobreestimación). 2. Los datos para Nueva Zelanda y Suiza incluyen enfermeros "profesionales asociados", que tienen niveles inferiores de preparación y de ingresos.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/sftlp6

Figura 8.16. **Tendencias en la remuneración de personal de enfermería en hospitales (términos reales), selección de países de la OCDE, 2010-2019**



1. Índice para España, 2011 = 100.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/zesmwb

Trabajadores hospitalarios

El número y la composición de las personas que trabajan en los hospitales de los países de la OCDE varían dependiendo de los roles y las funciones que los hospitales desempeñan en los sistemas de salud, así como de la forma en que se prestan y contabilizan los diferentes tipos de servicios en los hospitales. Los roles y las funciones de los hospitales varían de forma importante en cuanto a la medida en que los servicios de especialidad para pacientes externos se prestan en los hospitales o fuera de ellos. En la mayoría de los países con cobertura universal de salud financiada por el sistema fiscal (sistemas de tipo servicio nacional de salud), los servicios especializados para pacientes externos suelen prestarse en hospitales públicos. Este es el caso, por ejemplo, en Reino Unido, países nórdicos, Portugal y España. En otros países como Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Suiza y Estados Unidos, la mayoría de los servicios de consulta externa se prestan fuera de los hospitales. En algunos países de Europa central y del este (como Estonia y Eslovenia), la mayoría de los servicios de especialidad para pacientes externos se prestan en hospitales públicos, mientras que en otros (como Polonia), se prestan en clínicas públicas de múltiples especialidades, o en consultorios privados individuales (como en República Checa).

Antes de la pandemia de COVID-19, en 2019, el número de personas que trabajaban en hospitales en relación con el tamaño total de la población era al menos el doble en Suiza, Reino Unido, Noruega, Estados Unidos, Islandia, Dinamarca y Francia que en Chile, México, Corea y Grecia (Figura 8.17). Sin embargo, es importante considerar que en Estados Unidos, 45% de las personas que trabajan en hospitales son personal no clínico (incluyendo el personal administrativo y otro personal de apoyo), mientras que esta proporción es de aproximadamente 30% en Suiza, Francia e Islandia.

En todos los países, el personal de enfermería representa la categoría más numerosa de proveedores de servicios en hospitales. El personal de enfermería y las parteras representan en promedio 37% del total del empleo en hospitales en los países de la OCDE. En la mayoría de ellos, entre 50% y 90% del total de enfermeros trabajan en hospitales. En algunos países, como Francia y Portugal, los asistentes sanitarios (o auxiliares de enfermería) también representan una categoría importante de trabajadores hospitalarios. Los médicos representan uno de cada siete (14%) trabajadores hospitalarios en promedio en los países de la OCDE, aunque en varios países esta cifra subestima el número de médicos que trabajan al menos tiempo parcial en hospitales, ya que no se contabilizan los médicos independientes con consultorios dentro y fuera de los hospitales.

El número de enfermeros equivalentes de tiempo completo (ETC) en hospitales es inferior a los recuentos de personas, porque una porción significativa de personal de enfermería trabaja a tiempo parcial. En promedio en los países de la OCDE, el número de enfermeros ETC en hospitales es 15% inferior al recuento de personas. Esta diferencia es mayor en algunos países como Alemania e Islandia, donde el número de personal de enfermería ETC es aproximadamente 30% menor.

El número de enfermeros que trabajan en hospitales se incrementó con bastante rapidez entre 2010 y 2019 en algunos países, como Alemania, Estados Unidos y Noruega. El incremento fue más modesto en Dinamarca y Francia. En contraste, el número de personal de enfermería en hospitales disminuyó durante ese período en Italia, Lituania, República Eslovaca y Reino Unido (Figura 8.18).

Muchos países contrataron personal adicional en los hospitales durante la crisis de COVID-19 con carácter urgente para responder a las crecientes presiones. La pandemia también estimuló el desarrollo de nuevos planes para aumentar la contratación de personal en los hospitales y mejorar las condiciones de trabajo para motivar al personal a seguir prestando sus servicios. Por ejemplo, en Francia, el gobierno introdujo un nuevo plan plurianual en julio de 2020 para reforzar los hospitales públicos e incrementar la inversión en el personal sanitario (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021[9]).

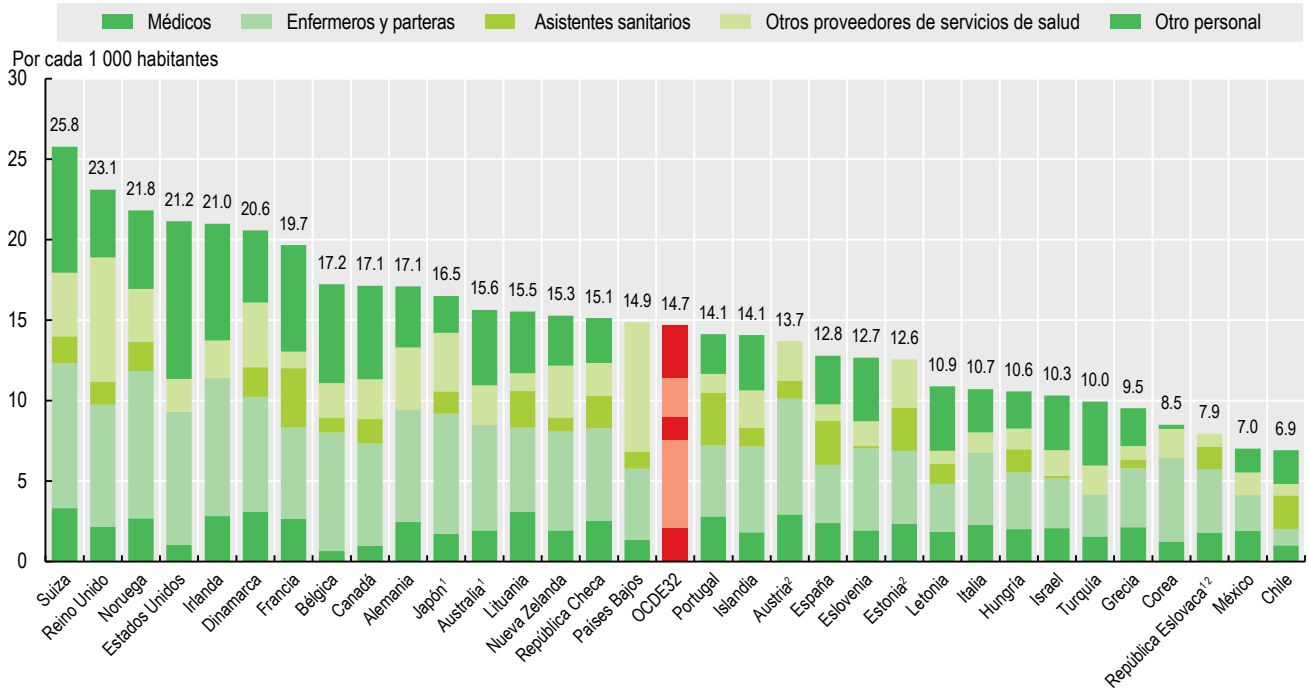
Definición y comparabilidad

Los trabajadores hospitalarios son las personas que trabajan en hospitales, incluyendo cuando es posible, a los trabajadores independientes con contratos de servicio. En la mayoría de los países el concepto incluye al personal clínico y no clínico. Los datos se presentan como recuento de personas, aunque la base de datos de salud de la OCDE también incluye números de ETC para un número limitado de países. Los ETC se definen en general como el número de horas trabajadas dividido entre el número promedio de horas trabajadas en empleos de tiempo completo, lo que puede variar entre países.

Muchos países no contabilizan a todos o algunos trabajadores independientes que prestan servicios en hospitales. Australia, Chile, Dinamarca, Irlanda, Nueva Zelanda y Reino Unido reportan únicamente datos de empleo en hospitales públicos, lo que resulta en una subestimación.

Para comparaciones entre países, el número de trabajadores hospitalarios se relaciona con el tamaño de la población en cada país. Otra opción sería relacionar el número de trabajadores más específicamente con el número de camas de hospital o días-cama de hospital, para tomar en cuenta algunas mediciones de actividades hospitalarias según los países, aunque esto no incluiría las actividades que no requieren hospitalización (como los exámenes, consultas y cuidados diurnos).

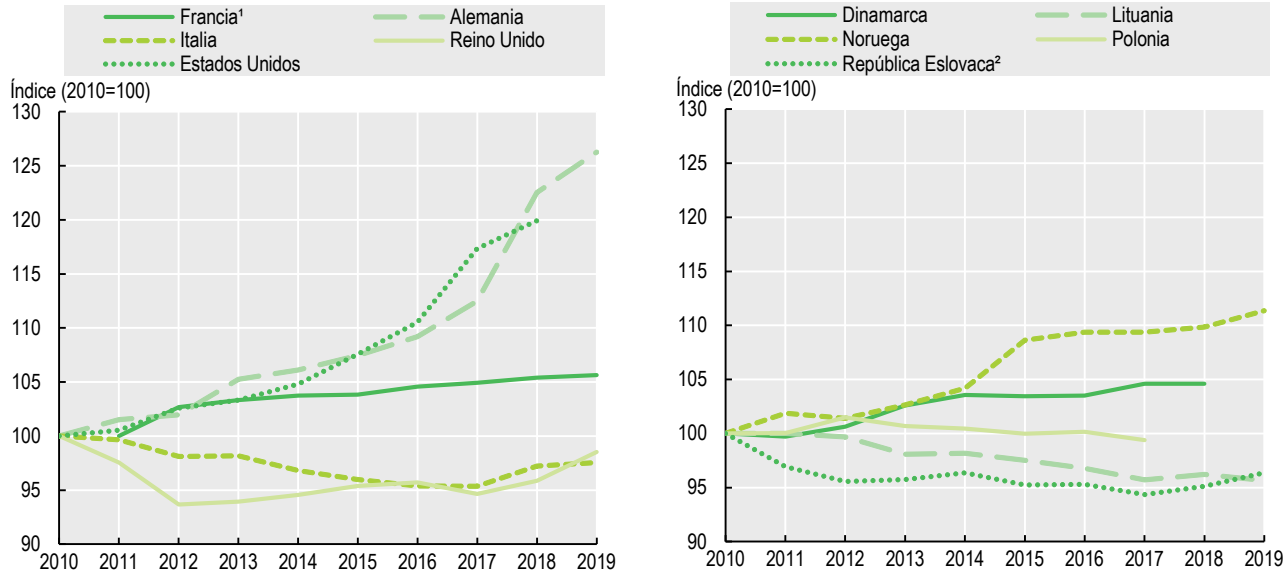
Figura 8.17. **Fuerza de trabajo en hospitales, 2019 (o año más cercano)**



1. Los datos se refieren a números de ETC (más que a número de personas), lo que resulta en una subestimación. 2. Los datos consideran solo personal de salud, y excluyen otro personal (administrativo, técnico, etc.), lo que resulta en una subestimación
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/sr4y1w

Figura 8.18. **Crecimiento en el número de personal de enfermería en hospitales, selección de países de la OCDE, 2010-2019 (o año más cercano)**



Nota: Los datos incluyen personal de enfermería y parteras. 1. Índice para Francia, 2011=100. 2. Los datos de República Eslovaca se refieren a número de ETC.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/whvi5g

Graduados de medicina

El número de nuevos graduados de medicina es un indicador clave para evaluar el número de nuevos ingresos en la profesión médica, quienes estarán disponibles para sustituir a los médicos que se jubilen y para responder a cualquier escasez de médicos esperada en la actualidad o en el futuro. El número de graduados de medicina en un año determinado refleja decisiones tomadas unos años antes en relación con la admisión de estudiantes, ya sea a través de políticas explícitas de *numerus clausus* (el establecimiento de cuotas de admisión de estudiantes), u otros procesos de toma de decisiones, aunque las tasas de graduación también se ven afectadas por las tasas de abandono de los estudiantes.

En general, el número de graduados de medicina en todos los países de la OCDE aumentó de 93 000 en 2000 a 114 000 en 2010, y a 149 000 en 2019. En 2019 el número de médicos recién graduados osciló entre alrededor de siete por cada 100 000 habitantes en Japón, Israel y Corea, a más de 20 en Irlanda, Dinamarca, Letonia y Lituania (Figura 8.19).

En Irlanda, el elevado número de graduados de medicina se debe en buena medida a la gran proporción de estudiantes de medicina internacionales, que en años recientes han constituido aproximadamente la mitad de los estudiantes. Muchos estudiantes y graduados de las facultades de medicina irlandesas provienen de Canadá, Estados Unidos y Reino Unido, así como de otros países que no pertenecen a la OCDE. Después de obtener su primer título de medicina, los estudiantes internacionales en muchos casos salen de Irlanda –ya sea porque prefieren completar su capacitación y ejercer en sus países de origen, o porque tienen dificultades para asegurar sus prácticas. Paradójicamente, esto significa que Irlanda necesita importar médicos formados en otros países para hacer frente a la escasez de médicos (OECD, 2019[12]).

En otros países, la internacionalización de la educación médica también se refleja en un número creciente de estudiantes y graduados de medicina internacionales. Muchas facultades de medicina en Polonia, República Checa y Hungría han atraído a un número cada vez mayor de estudiantes internacionales de medicina, quienes en muchos casos no tienen previsto quedarse en el país después de graduarse. Las facultades de medicina polacas, por ejemplo, imparten los cursos en inglés, y 25% del total de estudiantes de medicina son extranjeros (OECD, 2019[12]).

En Israel, el bajo número de graduados de medicina nacionales se compensa con el elevado número (alrededor de 60%) de médicos formados en el extranjero. Una gran parte de éstos son, de hecho, personas nacidas en Israel que vuelven a su país después de completar sus estudios en el extranjero, debido al número limitado de plazas en las facultades de medicina israelíes.

En cambio, Japón no depende actualmente de médicos formados en el extranjero de forma significativa (véase el indicador "Migración internacional de médicos y personal de enfermería"). Japón ha aumentado el número de estudiantes admitidos en las facultades de medicina en los últimos años, lo que ha provocado un cierto incremento en el número de graduados de medicina.

El número de nuevos graduados de medicina en relación con la población ha aumentado en todos los países de la OCDE desde 2000 en respuesta a la preocupación por la escasez de médicos en la actualidad o en el futuro, pero con tasas de crecimiento diferentes. En varios países, como Portugal, Irlanda y Países Bajos, se han presentado incrementos del doble o más, mientras que en Italia, España y Estados Unidos, el incremento es de 50% (Figura 8.20).

En Portugal, el fuerte incremento del número de graduados de medicina desde 2000 refleja tanto el aumento del número de plazas en las universidades existentes, como la creación de nuevas facultades de medicina fuera de Lisboa y Oporto. El aumento en el *numerus clausus* ha sido impulsado por la preocupación por la escasez de médicos, agravada por su distribución desigual en el país. Sin embargo, el número creciente de graduados de medicina en Portugal ha generado la preocupación de que esto pueda dar lugar a cuellos de botella, pues no todos los nuevos médicos pueden encontrar plazas de estudios de posgrado de especialidad para completar su formación inmediatamente.

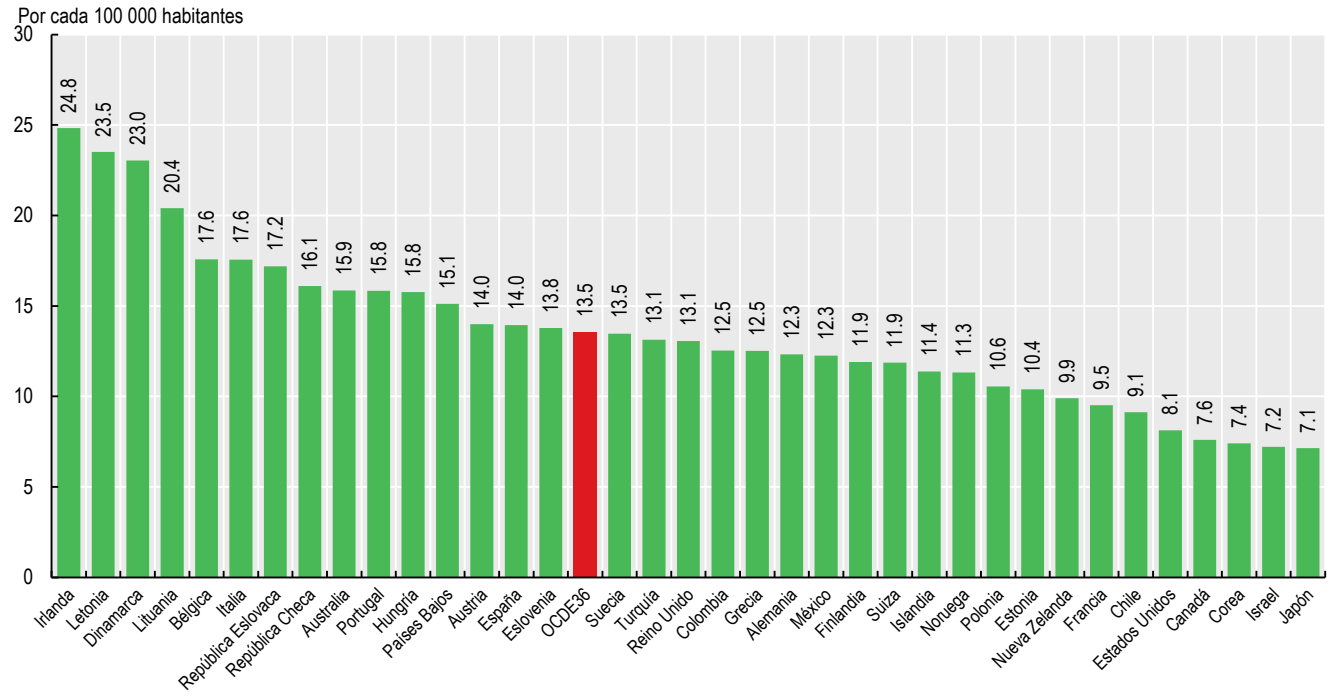
En Países Bajos, el número de estudiantes admitidos en las facultades de medicina aumentó 50% entre 1999 y 2003 (de aproximadamente 2 000 a 3 000 por año) en respuesta también a la preocupación por la escasez de médicos, y se ha mantenido en este nivel alto. Además, varios centros médicos universitarios permiten a los estudiantes graduados de otros campos determinados matricularse en programas de maestría en medicina, lo que aumenta el grupo de estudiantes que pueden obtener grados doctorales. En 2019, el *Advisory Council on Medical Manpower Planning* recomendó que se aumentara la admisión de graduados de medicina en programas de posgrado en medicina general, medicina geriátrica y medicina del trabajo, entre otras especialidades (ACMMP, 2019[18]).

En Noruega, una comisión especial nombrada por el Ministerio de Educación e Investigación en 2019, recomendó incrementar el número de plazas de formación en las facultades de medicina en 69% para 2027, a fin de garantizar que 80% de los médicos se formen en el país (Grimstad Commission, 2019[19]). En la actualidad, alrededor de 40% del total de médicos están formados en el extranjero, incluidos muchos ciudadanos noruegos que vuelven a su país al terminar su formación en el extranjero (véase el indicador "Migración internacional de médicos y personal de enfermería"). Esto ha resultado en un incremento de 13% en el número de plazas de formación médica en el otoño de 2020.

Definición y comparabilidad

El término graduados de medicina se define como aquellos estudiantes que se han graduado de facultades de medicina en un año determinado.

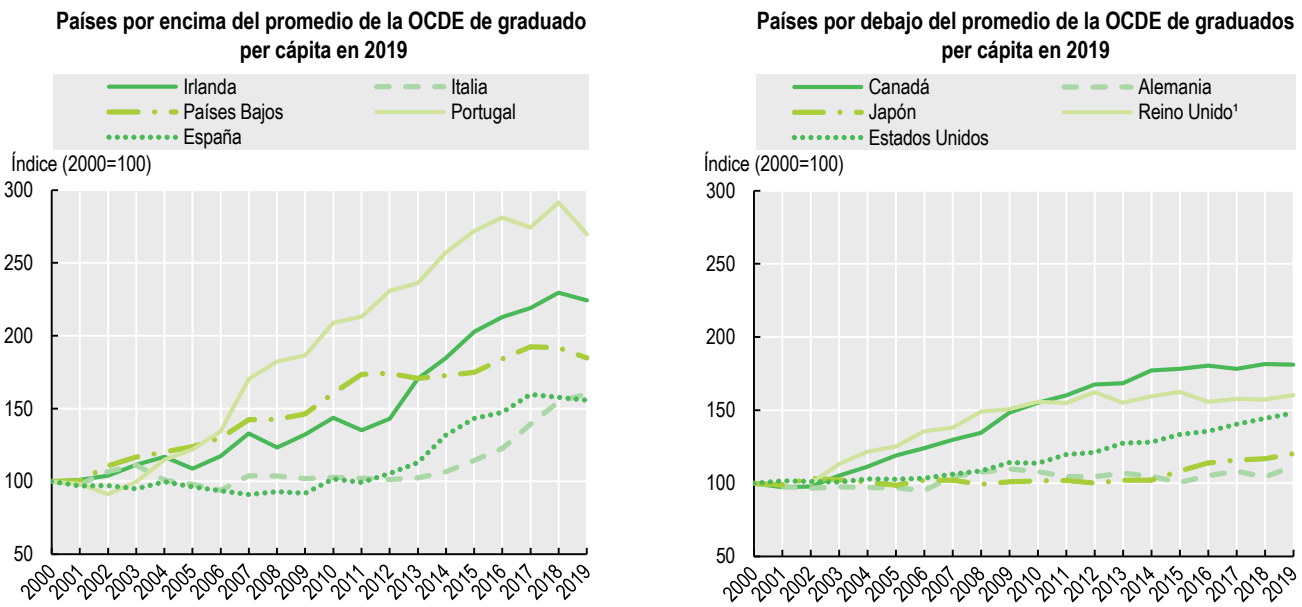
Figura 8.19. **Graduados de medicina, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/g37zne

Figura 8.20. **Evolución del número de graduados de medicina, selección de países de la OCDE, 2000-2019**



1. Índice para Reino Unido, 2002=100.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/p8dch4

Graduados de enfermería

El número de nuevos graduados de enfermería es un indicador clave para evaluar el número de nuevos ingresos a la profesión de enfermería, quienes podrían estar disponibles para sustituir a los enfermeros que se jubilen y para responder a cualquier escasez de enfermeros esperada en la actualidad o en el futuro. El número de graduados de enfermería en un año determinado refleja las decisiones que se tomaron unos años antes (alrededor de tres años) en relación con la admisión de estudiantes, ya sea a través de políticas explícitas de *numerus clausus* (el establecimiento de cuotas en la admisión de estudiantes) o a través de otros procesos de toma de decisiones, aunque las tasas de graduación también son afectadas por las tasas de abandono de los estudiantes.

En general, el número de graduados de enfermería en los países de la OCDE se incrementó de alrededor de 350 000 en 2000, a 520 000 en 2010, y 620 000 en 2019. En 2019, el número de nuevos graduados de enfermería fue de menos de 20 por cada 100 000 habitantes en Colombia, Luxemburgo, México, Italia y Turquía, a más de 100 en Australia, Suiza y Corea (Figura 8.21). Las cifras bajas en Colombia, México y Turquía están relacionadas con el escaso número de enfermeros que trabajan en el sistema de salud (véase el indicador "Personal de enfermería"). En Luxemburgo, el número limitado de graduados de enfermería se compensa por el gran número de estudiantes de ese país que obtienen su título de enfermería en el extranjero, así como por la capacidad de Luxemburgo para atraer enfermeros de otros países por sus mejores condiciones salariales y laborales (véase el indicador "Remuneración de personal de enfermería").

En Italia, el número de graduados de enfermería se incrementó en forma bastante rápida en la década de 2000, pero ha disminuido desde 2013. En los años anteriores a la pandemia de COVID-19 se produjo una fuerte disminución en el número de solicitantes de los programas de formación de enfermería, lo que indica un menor interés por la profesión.

En muchos países, los jóvenes siguen considerando la enfermería como una ocupación con bajo estatus profesional y autonomía, y con pocas oportunidades profesionales. La encuesta PISA 2018 de la OCDE, realizada con estudiantes de 15 años de edad en escuelas secundarias, mostró el reto que en muchos países constituye el reclutamiento de estudiantes de enfermería. La encuesta preguntó a estos jóvenes de 15 años qué trabajo esperaban tener a los 30 años. En promedio en los países de la OCDE, alrededor de 3% de los jóvenes esperaban dedicarse a la enfermería. En Estonia, Italia, Letonia, Lituania y Turquía, menos de 1% de los encuestados consideraba la enfermería. En todos los países, el número de mujeres interesadas en la enfermería es considerablemente mayor que el de hombres. En promedio en los países de la OCDE, 92% de estos jóvenes que esperaban dedicarse a la enfermería eran mujeres (Mann y Denis, 2020[20]). Esto sigue reflejando la composición tradicional de género del personal de enfermería.

Una estrategia clave para atraer a más personas a la profesión es dirigirse a un grupo más diversificado y menos tradicional de estudiantes de enfermería, incluidos los hombres y los grupos minoritarios. Sin embargo, como se señala en una revisión independiente de 2019 comisionada por el gobierno australiano, la capacidad para incrementar la representación de los hombres y otros estudiantes subrepresentados en la enfermería se ve limitada por la percepción de que es "un trabajo de mujeres", y por el estatus percibido de la enfermería en la comunidad (Williams et al., 2020[21]).

A pesar de este desafío, varios países han conseguido aumentar el número de estudiantes de enfermería, como refleja el aumento del número de nuevos graduados (Figura 8.22). En Estados Unidos, el número de graduados de enfermería se duplicó entre 2000 y 2010 (de aproximadamente 100 000 en 2000, a 200 000 en 2010), en un contexto de preocupación generalizada por la enorme escasez de personal de enfermería, aunque esta cifra se ha mantenido bastante estable desde 2010. En Suiza, el número de nuevos graduados se ha incrementado en alrededor de 50% desde 2010, impulsado principalmente por un incremento del número de graduados de programas de "enfermeros profesionales asociados" ("personal de cuidados intermedios").

En Noruega, el número de estudiantes admitidos y graduados de programas de enfermería también se ha incrementado desde 2010: el número de nuevos graduados de enfermería en 2017 fue una tercera parte mayor que el de 2010. Sin embargo, hasta uno de cada cinco enfermeros recién graduados trabaja fuera del sector salud, lo que ha conducido a la aplicación de una serie de medidas en años recientes para mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería y aumentar las tasas de retención, incluyendo aumentos de sueldo.

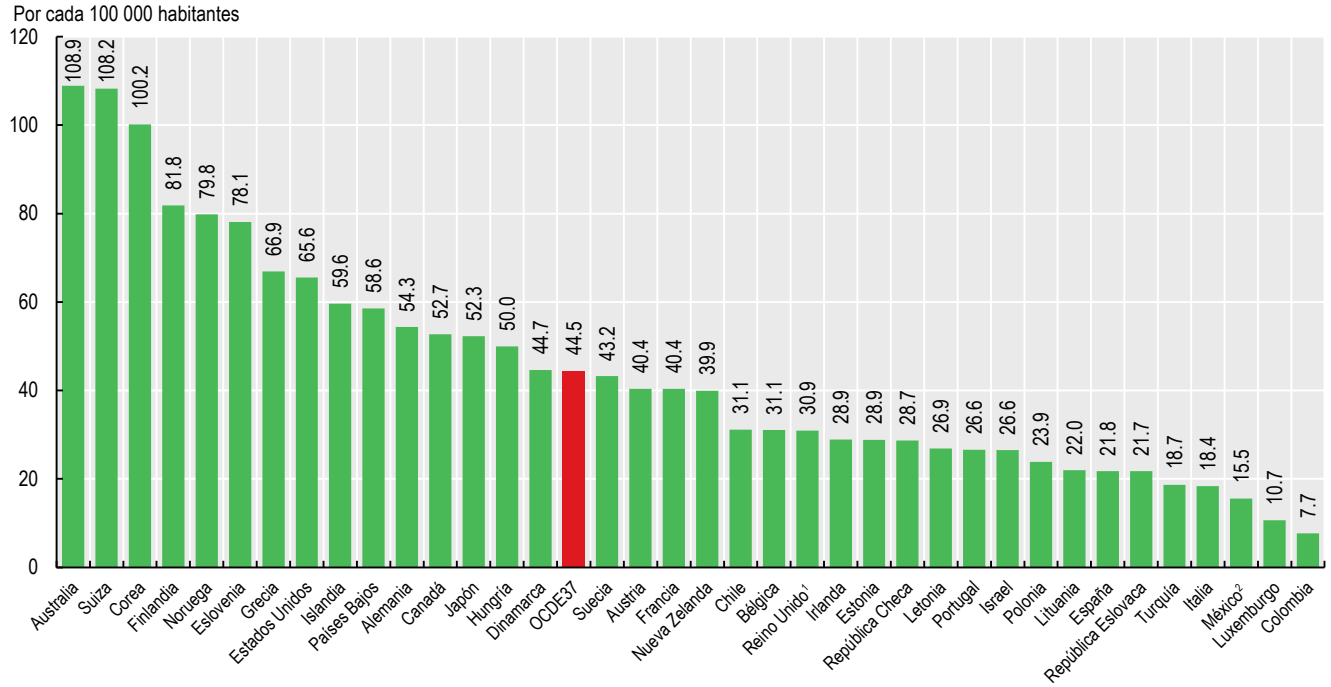
El número de nuevos graduados de enfermería en Israel se ha multiplicado por casi 2.5 desde 2010, pero sigue estando debajo del promedio de la OCDE en relación con el tamaño de la población del país.

Definición y comparabilidad

Los graduados de enfermería son estudiantes que han obtenido un grado reconocido de estudios necesario para ejercer como personal de enfermería titulado o acreditado. Incluye a graduados de programas de nivel superior y vocacional, en los países donde existe esta distinción. Excluye a graduados de programas de maestría o doctorado de enfermería para evitar el doble conteo de personal de enfermería que obtiene grados superiores.

Las cifras para Reino Unido se basan en el número de nuevos enfermeros que obtienen autorización para ejercer.

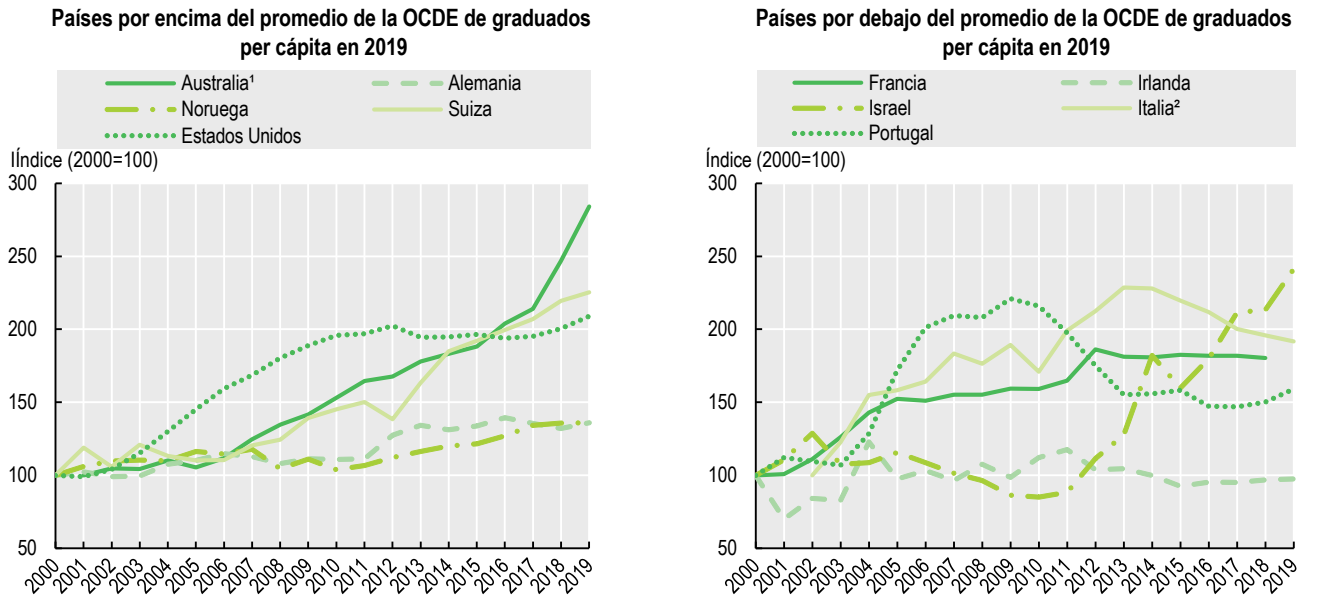
Figura 8.21. **Graduados de enfermería, 2019 (o año más cercano)**



1. En Reino Unido, las cifras se refieren a enfermeros recién graduados que reciben autorización para ejercer, lo que puede resultar en una sobreestimación si se incluye a los enfermeros formados en el extranjero. 2. Los datos de México incluyen solamente a graduados de enfermería profesional.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/ebor9c

Figura 8.22. **Evolución del número de graduados de enfermería, selección de países de la OCDE, 2000-2019**



1. Índice para Australia, 2001=100. 2. Índice para Italia, 2002=100.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/y6nt53

Migración internacional de médicos y personal de enfermería

El número y la proporción de médicos formados en el extranjero –y en algunos países de enfermeros formados en el extranjero– que trabajan en los países de la OCDE ha seguido aumentando en la última década (OECD, 2019[1]). En 2019, alrededor de 18% de los médicos en todos los países de la OCDE en promedio, habían obtenido al menos su primer título de medicina en otro país (Figura 8.23), en comparación con 15% en la década anterior. En el caso del personal de enfermería, un promedio de 6% había obtenido un título de enfermería en otro país en 2019 (Figura 8.24). Esta evolución se produjo en paralelo con un aumento significativo en el número de médicos y enfermeros formados localmente en casi todos los países de la OCDE (véanse los indicadores "Graduados de medicina" y "Graduados de enfermería"), lo que indica una demanda sustancial de médicos y personal de enfermería.

En 2019, la proporción de médicos formados en el extranjero varió de 2% o menos en Turquía, Lituania, Italia y Polonia, a alrededor de 40% en Noruega, Irlanda y Nueva Zelanda, y casi 60% en Israel. En la mayoría de los países de la OCDE, la proporción de enfermeros formados en el extranjero es inferior a 5%, pero Nueva Zelanda y Suiza tienen proporciones alrededor de 25%, y Australia y Reino Unido alrededor de 15-20%. Sin embargo, en algunos casos, los médicos y enfermeros formados en el extranjero son personas nacidas en el país, que han estudiado fuera, pero han regresado. En varios países (como Israel, Noruega, Suecia y Estados Unidos), esta proporción es grande y sigue creciendo, sobre todo en el caso de los médicos formados en el extranjero. En 2019 en Israel, por ejemplo, casi 50% de los médicos y enfermeros formados en el extranjero eran nacidos en ese país.

La proporción de médicos formados en el extranjero en varios países de la OCDE evolucionó entre 2005 y 2019 (Figura 8.25). La proporción se mantuvo relativamente estable en Reino Unido, alrededor de 30%, y en Estados Unidos, alrededor de 25%, con el número de médicos formados en el extranjero y localmente aumentando a un ritmo similar. Sin embargo, un número creciente de médicos formados en el extranjero en Estados Unidos, son ciudadanos estadounidenses que obtuvieron su primer título médico fuera: en 2017, una tercera parte de los graduados de medicina internacionales que obtuvieron su certificación para ejercer en Estados Unidos eran ciudadanos estadounidenses, en comparación con 17% en 2007 (OECD, 2019[12]).

En Europa, la proporción de médicos formados en el extranjero aumentó rápidamente en Noruega y Suecia. Sin embargo, en Noruega más de la mitad de los médicos formados en el extranjero son nativos que regresan después de estudiar en otro país. En Suecia, el número de médicos suecos formados en el extranjero se ha cuadruplicado desde 2006, representando casi una quinta parte de los médicos formados en el extranjero en 2018.

En Francia y Alemania, el número y la proporción de médicos formados en el extranjero también ha aumentado de manera constante durante la última década (con la proporción de más del doble, de 5-6% del total de médicos en 2005, a 12-13% en 2019).

La proporción de enfermeros formados en el extranjero se ha incrementado considerablemente desde 2005 en Suiza, Nueva Zelanda, Australia y Reino Unido, aunque parece haberse estabilizado en los últimos años en Australia y Suiza (Figura 8.26). En Suiza, el incremento ha sido impulsado principalmente por el creciente número de enfermeros formados en Francia y Alemania, y en menor medida en Italia.

Filipinas ha sido el principal país de origen de enfermeros formados en el extranjero en muchos países de la OCDE, como Nueva Zelanda, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá. Durante muchos años, Filipinas ha tenido una política deliberada de formación de personal de enfermería para trabajar en otros países. India también ha sido un importante país de origen de enfermeros formados en el extranjero en muchos países anglófonos de la OCDE.

En Italia, el número de enfermeros formados en el extranjero aumentó en forma considerable entre 2007 y 2012, debido principalmente a la llegada de personal de enfermería formado en Rumania tras su incorporación a la Unión Europea en 2007, aunque el número y la proporción han empezado a disminuir en años recientes.

Definición y comparabilidad

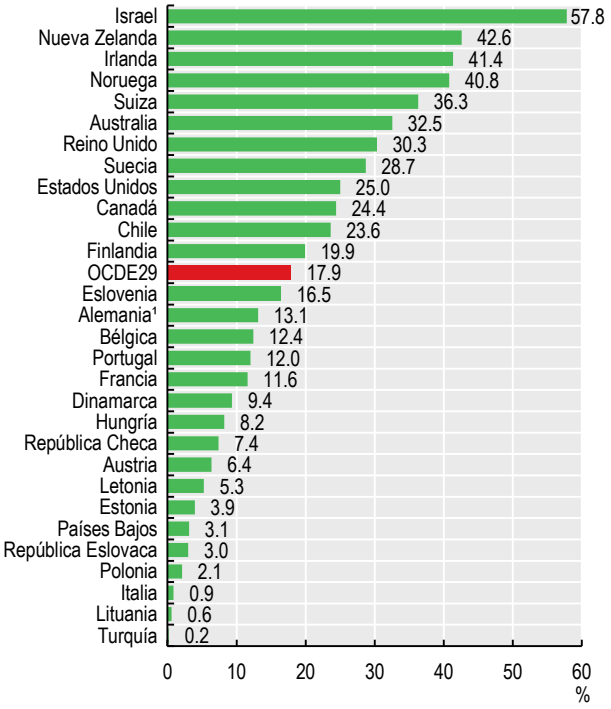
Las cifras se refieren a los médicos y personal de enfermería que trabajan en países de la OCDE, pero se han formado en el extranjero, definido como el lugar donde obtuvieron su primer grado de medicina o enfermería. Las cifras se presentan en términos de existencias totales. La base de datos de salud de la OCDE también incluye información sobre los flujos anuales, 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 estriba en las diferencias en las condiciones de actividad de médicos y personal de enfermería. Algunos registros se actualizan en forma periódica, 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 están activos.

Las fuentes de información en algunos países incluyen a internos y residentes, pero no en otros. Como los médicos formados en el extranjero están con frecuencia 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 (como Austria y Francia).

Los datos para Alemania se basan en nacionalidad, no en el lugar de formación profesional.

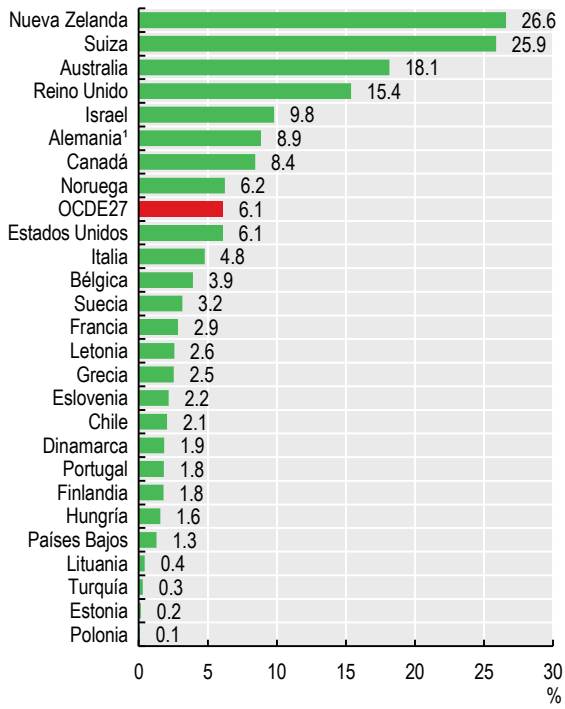
Figura 8.23. **Proporción de médicos formados en el extranjero, 2019 (o año más cercano)**



1. En Alemania, los datos se basan en nacionalidad (no en el lugar de formación profesional).
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/n53hlo

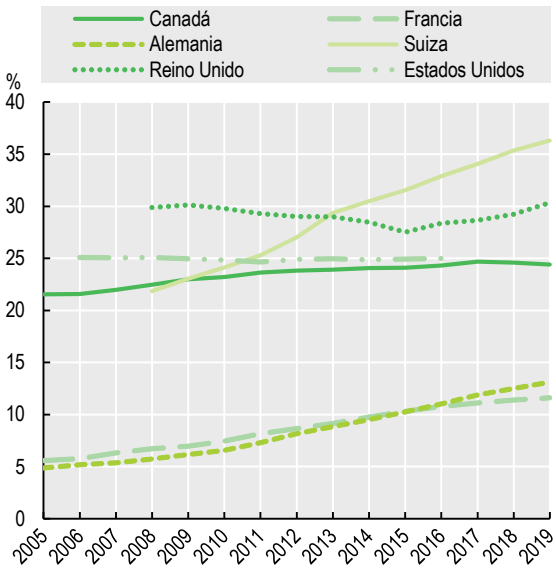
Figura 8.24. **Proporción de enfermeros formados en el extranjero, 2019 (o año más cercano)**



1. En Alemania, los datos se basan en nacionalidad (no en el lugar de formación profesional).
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/bxymws

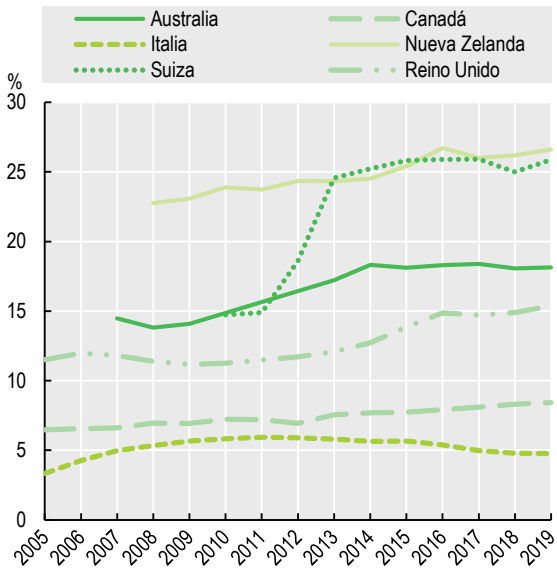
Figura 8.25. **Evolución de la proporción de médicos formados en el extranjero, selección de países de la OCDE, 2005-2019**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/6fzwub

Figura 8.26. **Evolución de la proporción de enfermeros formados en el extranjero,selección de países de la OCDE, 2005-2019**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/5g2c06

Referencias

[18] ACMMP (2019), *Recommendations 2021-2014, Advisory Council on Medical Manpower Planning, Utrecht, December 2019*.

[3] Australian Goverment (2021), *Labour Market Information Portal*, disponible en *https://lmip.gov.au/default.aspx?LMIP/GainInsights/EmploymentProjections*.

[2] BLS (2021), *Employment Projections: 2020-2030*, 8 September 2021, disponible en *https://www.bls.gov/emp/*.

[10] Blümel, M. et al. (2020), "Germany: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 22/6, pp. i–273, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/130246*.

[17] Buchan, J., N. Shembavnekar y N. Bazeer (2021), *Nurses' pay over the long term: what next?*, The Health Foundation, Londres.

[15] CIHI (2020), *Physicians in Canada, 2019. Ottawa*, disponible en *https://secure.cihi.ca/free_products/physicians-in-Canada-report-en.pdf*.

[11] Department of Health (2019), *Stronger Rural Health Strategy - Factsheets, Australian Government*.

[14] DREES (2018), *Revenu des médecins libéraux: les facteurs démographiques modèrent la hausse entre 2005 et 2014, Anne Pla*, disponible en *https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/revenus-des-medecins-liberaux-les-facteurs-demographiques-moderent*.

[4] Government of Canada (2019), *Canadian Occupational Projection System (COPS)*, disponible en *http://occupations.esdc.gc.ca/sppc-cops/content.jsp?cid=occupationdatasearch&lang=en*.

[19] Grimstad Commission (2019), *Studieplasser I Medisin I Norge: Behov, modeller og muligheter [Medical education in Norway: Needs, models and opportunities]*.

[20] Mann, A. y V. Denis (2020), *Can nursing thrive in the age of the coronavirus? What young people think about the profession*, disponible en *https://www.oecd-forum.org/posts/can-nursing-thrive-in-the-age-of-the-coronavirus-what-young-people-think-about-the-profession-dce5a659-cc6d-4914-b4*.

[1] OECD (2021), *OECD Employment Outlook 2021*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/5a700c4b-en*.

[5] OECD (2019), "Engaging and transforming the health workforce", in *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/8bd03416-en*.

[12] OECD (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[6] OECD (2016), "Education and training for doctors and nurses: What's happening with numerus clausus policies?", in *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-6-en*.

[8] OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

[9] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *France: Country Health Profile 2021*, OECD Publishing, París/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas.

[7] ONDPS (2021), *Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025) [Multi-year national objectives in training of health professionals (2021-2025)]*, March 2021.

[16] Socha-Dietrich, K. y J. Dumont (2021), "International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries - 2000 to 2018 : Developments in countries of destination and impact on countries of origin", *OECD Health Working Papers*, No. 125, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/b286a957-en*.

[13] The Health Foundation (2021), *How has NHS staff pay changed over the past decade?*, The Health Foundation, Londres, disponible en *https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-has-nhs-staff-pay-changed-over-the-past-decade*.

[21] Williams, K. et al. (2020), *Topic 2: Nursing as a career choice*, Centre for Health Service Development, Australian Health Services Research Institute, University of Wollongong.

9. SECTOR FARMACÉUTICO

Gasto en medicamentos

Farmacéuticos y farmacias

Consumo de medicamentos

Genéricos y biosimilares

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

Gasto en medicamentos

En 2019 el gasto en medicamentos al menudeo (es decir, excluyendo los utilizados durante tratamientos hospitalarios), representó una sexta parte del gasto total en salud en los países de la OCDE. Representó el tercer componente de mayor importancia del gasto en salud, después de la atención hospitalaria y ambulatoria.

En los países de la OCDE, los gobiernos y los esquemas de seguro médico obligatorio representaron la mayor parte de los costos de productos farmacéuticos al menudeo, ya que cubrieron 56% del gasto total (Figura 9.1). En países como Alemania y Francia, esta proporción fue incluso mayor, con más de 80% de los costos totales cubiertos por estos esquemas. En cambio, los esquemas de seguro médico voluntario cubrieron una proporción relativamente pequeña, con un promedio de alrededor de 3% solamente. Entre las excepciones se encuentran Eslovenia y Canadá, donde casi un tercio del gasto en medicamentos fue cubierto por seguros médicos privados. La otra fuente importante de financiamiento fue el gasto de bolsillo de los hogares (incluyendo el costo compartido de medicamentos reembolsados). Esto ascendió a 41% del gasto total en medicamentos en promedio, aunque con niveles mucho más altos en países como Polonia y Letonia, donde el gasto de bolsillo representó casi dos tercios del total.

Existen diversos factores que influyen en el nivel de gasto per cápita en productos farmacéuticos al menudeo, que incluyen la distribución, la prescripción y dispensación, las políticas de precios y adquisición, y los patrones de adopción de medicamentos innovadores y genéricos. En 2019, el gasto en medicamentos al menudeo per cápita en los países de la OCDE fue de 571 dólares en promedio (ajustado por la paridad de poder de poder adquisitivo) (Figura 9.2). El gasto en Estados Unidos fue más del doble del promedio de la OCDE, mientras que la mayoría de los países de la organización se ubicaron dentro de una banda de gasto relativamente estrecha de 15% por encima o por debajo del promedio. El gasto per cápita más bajo fue el de México y Costa Rica, con menos de la mitad del promedio de la OCDE.

El gasto farmacéutico tiene dos componentes principales: los medicamentos de prescripción, y los productos de libre acceso (OTC, por sus siglas en inglés) (véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). En los países de la OCDE en 2019, los medicamentos de prescripción representaron 79% del gasto farmacéutico; y los productos de libre acceso el 21% restante. La división está influenciada por las diferencias específicas de cada país en la cobertura de los medicamentos de prescripción, así como los precios y la disponibilidad de los diferentes medicamentos. Polonia fue el único país miembro de la OCDE en el que el gasto en productos de libre acceso superó al de los medicamentos de prescripción. En Reino Unido y Australia, el gasto en productos OTC representó un tercio del gasto farmacéutico total, mientras que en Canadá y Francia, el gasto en medicamentos de prescripción representó 90% del total.

El gasto farmacéutico al menudeo en los países de la OCDE ha tendido a aumentar de nuevo en los últimos años (véase el indicador "Gasto en salud por tipo de servicio" en el Capítulo 7), tras cierta volatilidad en la última década. El descenso entre 2009 y 2013 se debió a una combinación de medidas de control de costos: exclusión de productos del reembolso; recorte de precios de los fabricantes y de los márgenes de las farmacias y mayoristas; e introducción o aumento de los cargos al usuario de medicamentos de prescripción al menudeo (Belloni, Morgan y Paris, 2016[1]). Los datos provisionales para 2020 para un número reducido de países sugieren un crecimiento significativo del gasto en medicamentos de prescripción en relación con 2019, lo que puede deberse a la compra anticipada de medicamentos para enfermedades crónicas, especialmente al principio de la pandemia de COVID-19.

El análisis del gasto farmacéutico al menudeo solo ofrece una imagen parcial del costo de los productos farmacéuticos en el sistema de salud. El gasto en medicamentos en el sector hospitalario puede ser importante, ya que suele representar 20% adicional al gasto al menudeo. En la última década, el gasto farmacéutico hospitalario ha aumentado sustancialmente, debido en parte a la aparición de nuevos tratamientos de alto costo, especialmente en oncología e inmunología. Como se muestra en la Figura 9.3, el gasto en productos farmacéuticos en hospitales se incrementó más rápidamente que el de los medicamentos al menudeo, con las mayores tasas de crecimiento en Islandia y España. El gasto farmacéutico al menudeo disminuyó en países como Grecia y Portugal. En Grecia, esta importante reducción se debió probablemente a la introducción de políticas para reducir el gasto excesivo en medicamentos a raíz de la crisis financiera de 2008.

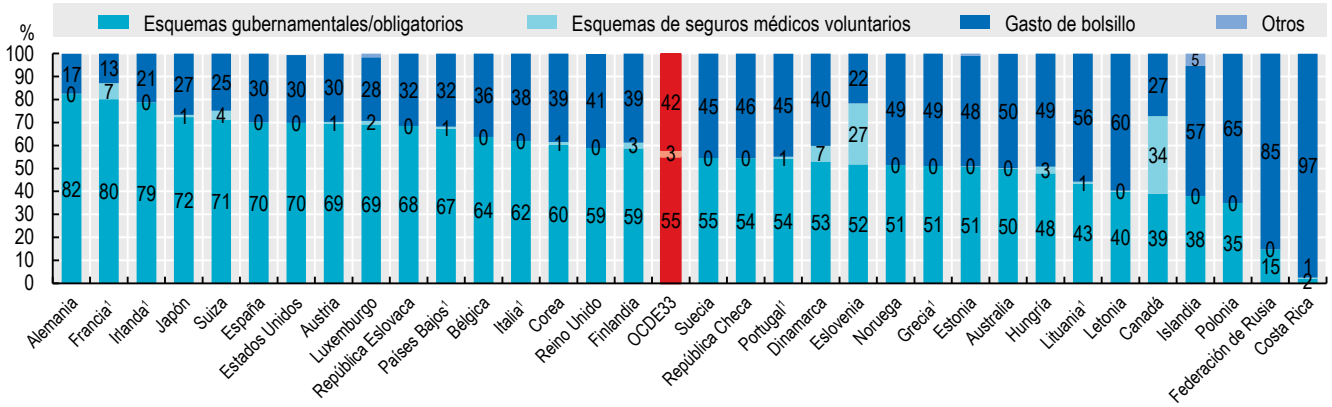
Definición y comparabilidad

El gasto farmacéutico incluye el gasto en medicamentos de prescripción y automedicación (con frecuencia llamados productos de libre acceso; OTC, por sus siglas en inglés). Algunos países no pueden reportar un desglose, y sus datos pueden incluir consumibles médicos (como botiquines de primeros auxilios, o jeringas hipodérmicas); lo que generalmente causa una sobreestimación de 5 a 10%. Los productos farmacéuticos al menudeo son los provistos fuera de los hospitales, a través de farmacias o supermercados, y los precios deben incluir los márgenes de venta al mayoreo y al menudeo, y el impuesto al valor agregado. Existen problemas de comparabilidad en cuanto a la administración y dispensación de productos farmacéuticos para los pacientes externos de los hospitales. En algunos países, los costos se incluyen en los cuidados curativos; y en otros en los productos farmacéuticos.

Los productos farmacéuticos en los hospitales incluyen medicamentos administrados o dispensados durante un episodio de servicios hospitalarios. El costo de los productos farmacéuticos consumidos en hospitales y otros contextos de atención a la salud se reportan como parte de los costos de hospitalización o tratamiento ambulatorio. Las estimaciones desglosadas de gasto en productos farmacéuticos en hospitales deben incluir la remuneración de los farmacéuticos cuando ésta sea independiente del costo de los medicamentos.

De acuerdo con las directrices de SHA, el gasto farmacéutico total se refiere al gasto "neto", ajustado por los reembolsos pagados por los fabricantes, los mayoristas o las farmacias.

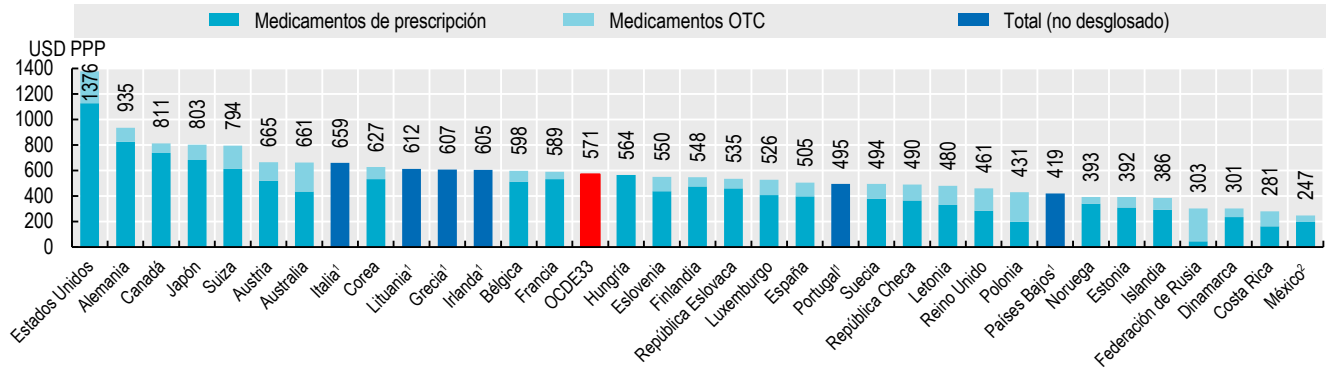
Figura 9.1. **Gasto en productos farmacéuticos al menudeo por tipo de financiamiento, 2019 (o año más cercano)**



1. Incluye consumibles médicos.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/nbkdht

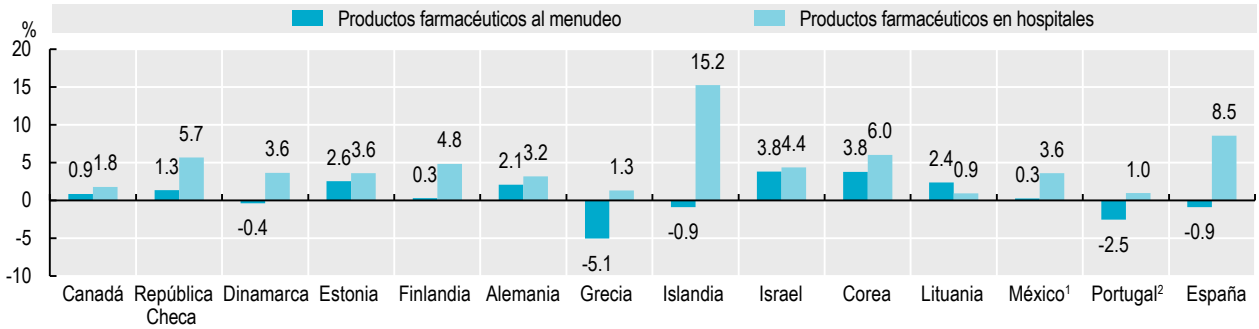
Figura 9.2. **Gasto en productos farmacéuticos al menudeo per cápita, 2019 (o año más cercano)**



1. Incluye consumibles médicos (lo que resulta en una sobreestimación de entre 5 y 10%). 2. Solo incluye gasto privado.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/s5ah40

Figura 9.3. **Crecimiento anual promedio en el gasto farmacéutico al menudeo y en hospitalario, en términos reales, 2010-2019 (o años más cercanos)**



1. Solo incluye gasto privado. 2. Excluye el gasto en otros productos médicos del gasto al menudeo.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/4vowkg

Farmacéuticos y farmacias

Los farmacéuticos son profesionales de la salud altamente calificados, cuya función principal es gestionar la distribución de medicamentos a los consumidores/pacientes, y apoyar su uso seguro y eficaz. Entre 2000 y 2019, el número de farmacéuticos per cápita aumentó en todos los países de la OCDE para los que se dispone de series temporales en casi 40% en promedio, alcanzando 86 000 farmacéuticos por cada 100 000 habitantes (Figura 9.4). Sin embargo, la densidad de farmacéuticos varió ampliamente entre los países de la OCDE, desde un mínimo de 21 por cada 100 000 en Países Bajos hasta 190 en Japón.

Los incrementos más importantes en la densidad de farmacéuticos entre 2000 y 2019 se observaron en Japón, Portugal, España y Noruega. En Japón, el incremento se atribuye principalmente a los esfuerzos del gobierno para separar más claramente la prescripción de medicamentos por parte de los médicos, de la dispensación por parte de los farmacéuticos (sistema Bungyo).

En todos los países de la OCDE, la mayoría de los farmacéuticos trabajan en farmacias minoristas en las comunidades, pero muchos también trabajan en hospitales y en la industria, así como en contextos académicos y de i nvestigación. En Canadá, por ejemplo, en 2019 más de 75% de los farmacéuticos en servicio trabajaban en farmacias comunitarias, mientras que casi 20% trabajaba en hospitales y otros centros de salud (CIHI, 2020[2]). En Japón, alrededor de 58% de los farmacéuticos trabajaban en farmacias comunitarias en 2018, mientras que alrededor de 19% trabajaban en hospitales o clínicas, y el resto (23%) en otros contextos (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2018[3]).

En 2019, el número de farmacias comunitarias por cada 100 000 habitantes varió de 9 en Dinamarca a 88 en Grecia, con un promedio de 28 en todos los países de la OCDE (Figura 9.5). Esta variación puede explicarse en parte por las diferencias en los canales de distribución comunes. Algunos países dependen más de las farmacias en los hospitales para dispensar medicamentos a los pacientes externos; otros siguen permitiendo a los médicos dispensar medicamentos a sus pacientes (como Países Bajos). Dinamarca tiene menos farmacias comunitarias, pero éstas suelen ser grandes e incluyen farmacias de sucursal y unidades subsidiarias adjuntas a una farmacia principal. En Australia, con un promedio de aproximadamente 23 farmacias comunitarias por cada 100 000 habitantes, la distancia mínima entre farmacias está regulada.

La gama de productos y servicios ofrecidos por las farmacias también varía entre países. En la mayoría de los países europeos, por ejemplo, las farmacias también venden cosméticos, suplementos alimenticios, dispositivos médicos y productos homeopáticos.

El papel del farmacéutico comunitario ha cambiado en años recientes. Además de dispensar medicamentos, los farmacéuticos prestan cada vez más atención a los pacientes directamente (como vacunas, apoyo a la adhesión a los medicamentos y a la gestión de enfermedades crónicas, y revisión de la medicación a domicilio), tanto en las farmacias en las comunidades, como parte de equipos integrados de prestación de servicios de salud. En países como Bélgica, Finlandia, Italia, Suiza y Reino Unido, los farmacéuticos también desempeñan un papel más importante en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluso en zonas rurales (OECD, 2020[4]).

En muchos países de la OCDE, el ámbito del ejercicio profesional de los farmacéuticos comunitarios se ha expandido aún más en respuesta a la COVID-19. Los farmacéuticos siguen siendo un primer punto de contacto clave para el sistema de salud, y las farmacias están entre los servicios de salud que permanecieron abiertos al público durante los confinamientos. Para garantizar la continuidad de la atención y el acceso a medicamentos, en Austria, Canadá, Francia, Irlanda, Italia, Portugal y algunos estados en Estados Unidos, se ha dado a los farmacéuticos un mayor alcance que incluye extender prescripciones, la posibilidad de transferir recetas electrónicas, y en algunos casos, la prescripción de medicamentos para algunas enfermedades crónicas.

En varios países, los farmacéuticos están desempeñando un papel cada vez más importante en la administración de vacunas, incluyendo las de influenza estacional (como en Australia, Canadá, Irlanda, Italia, Noruega, Nueva Zelanda, y Portugal), COVID-19 (como en Australia, Canadá, Francia, Irlanda, Italia, Noruega, Polonia, Portugal y Reino Unido), y algunas vacunas infantiles de rutina (como en Australia, Estados Unidos y Reino Unido). Adicionalmente, la capacidad de pruebas de COVID-19 se incrementó en algunos países al proveer pruebas autoadministradas o realizadas directamente en las farmacias (PGEU, 2021[5]; OECD, 2021[6]).

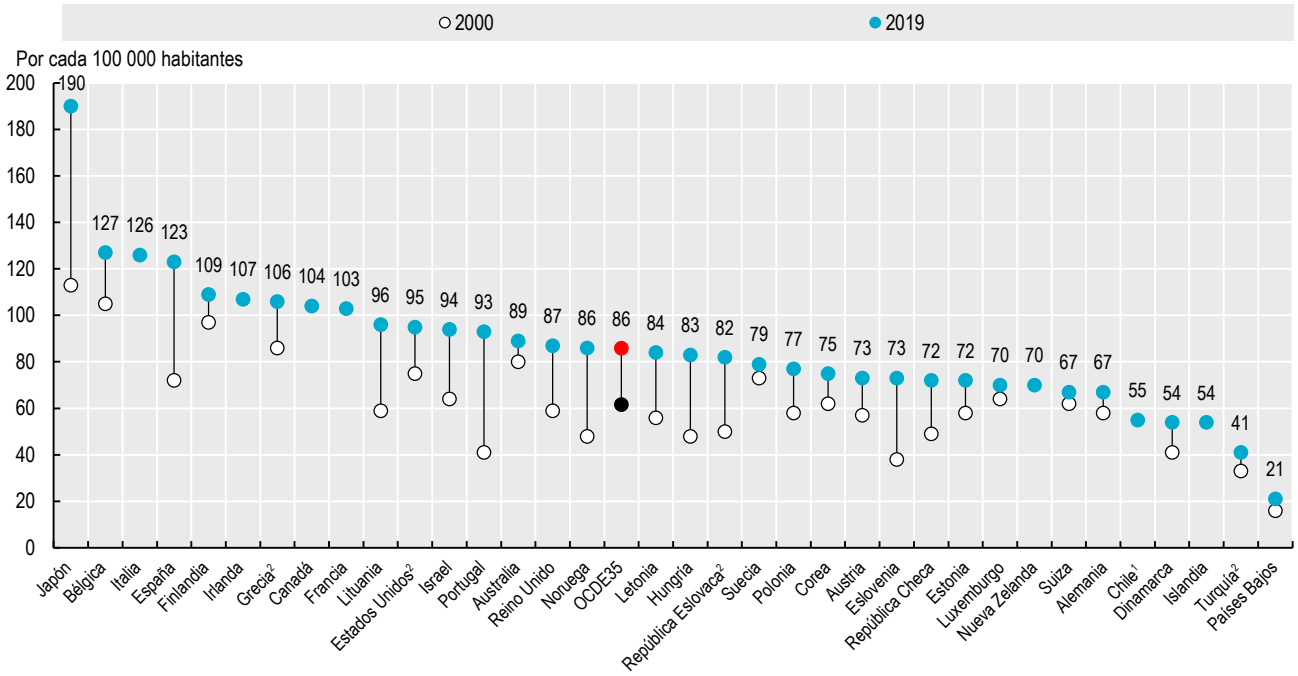
Definición y comparabilidad

Se define a los farmacéuticos en servicio como aquellos que cuentan con una licencia para ejercer y proporcionan servicios directos a clientes/pacientes. Pueden ser asalariados o independientes, y trabajar en farmacias comunitarias, 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 of Ireland*, y posiblemente consideran a algunos que no están activos. En Francia y Letonia los asistentes farmacéuticos están incluidos.

Las farmacias comunitarias son espacios que, de acuerdo con las regulaciones y definiciones locales, pueden operar como instalaciones para la prestación de servicios de farmacia en las comunidades. El número de farmacias comunitarias reportado es el número de locales donde se dispensaron medicamentos bajo la supervisión de un farmacéutico.

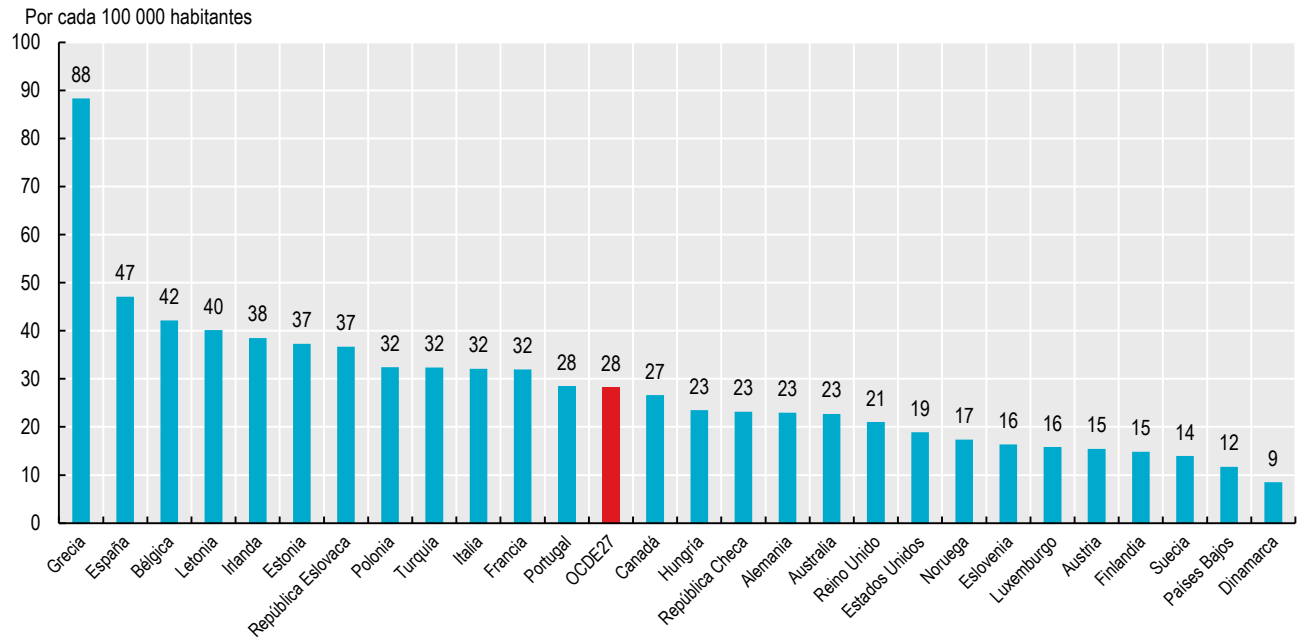
Figura 9.4. **Farmacéuticos en servicio, 2000 y 2019 (o años más cercanos)**



1. Los datos se refieren a todos los farmacéuticos con licencia para ejercer. 2. Los datos incluyen a los farmacéuticos que prestan servicios directamente a los pacientes, y también a aquellos que trabajan en el sector salud como investigadores, para empresas farmacéuticas, etc.
Fuente: OECD Health Statistics 2021

StatLink https://stat.link/91ejvg

Figura 9.5. **Farmacias comunitarias, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: Base de datos de Pharmaceutical Group of the European Union, o fuentes nacionales para países fuera de Europa, 2019 o año más cercano.

StatLink https://stat.link/1qo3jn

Consumo de medicamentos

El consumo de medicamentos se ha venido incrementando por décadas, debido a una necesidad creciente de productos para tratar enfermedades crónicas y relacionadas con la edad, y debido a cambios en las prácticas clínicas. Esta sección analiza el consumo de cuatro categorías de medicamentos utilizados para una selección de condiciones crónicas: antihipertensivos, agentes modificadores de lípidos (como los medicamentos anticolesterolémicos), agentes antidiabéticos y antidepresivos (Figura 9.6). Estos medicamentos tratan padecimientos cuya prevalencia se ha incrementado en forma marcada en los países de la OCDE en décadas recientes.

El consumo de medicamentos antihipertensivos en los países de la OCDE se incrementó 65% en promedio entre 2000 y 2019, y casi se cuadruplicó en Costa Rica y Estonia. El consumo más alto sigue siendo el de Alemania y Hungría, con niveles de consumo de casi cinco veces más que el nivel de Corea. Estas variaciones probablemente reflejan tanto las diferencias en la prevalencia de la hipertensión, como las variaciones en las prácticas clínicas.

Se ha observado un incremento aún mayor del uso de agentes modificadores de lípidos, y el consumo en los países de la OCDE se multiplicó casi por cuatro entre 2000 y 2019. Reino Unido, Dinamarca, Noruega y Bélgica reportaron los niveles más altos de consumo per cápita en 2019, con una variación en los niveles de consumo de alrededor de seis veces entre los países de la OCDE.

El uso de medicamentos antidiabéticos también creció de forma dramática, duplicándose en el mismo período. Este incremento puede explicarse en parte por la creciente prevalencia de diabetes, que está vinculada en gran medida a la creciente prevalencia de obesidad (véase el indicador "Sobrepeso y obesidad" en el Capítulo 4), un importante factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. En 2019, el consumo más alto de medicamentos antidiabéticos se observó en Finlandia, y el menor en Austria, Chile y Letonia, con una variación de dos veces.

El consumo de medicamentos antidepresivos se incrementó más de dos veces en los países de la OCDE entre 2000 y 2019. Esto puede reflejar un mejor reconocimiento de la depresión, disponibilidad de terapias, la evolución de directrices clínicas, o cambios en la actitud de los pacientes y los proveedores de servicios de salud (Mars et al., 2017[7]). Sin embargo, hubo una variación significativa entre países, con el nivel más alto de consumo en Islandia en 2019, una tasa ocho veces mayor que la de Letonia.

El análisis preliminar de los datos de 2020 de un subconjunto de países de la OCDE mostró que el consumo de medicamentos en las categorías mencionadas había permanecido estable o incluso se había incrementado en relación con 2019, lo que sugiere que el acceso a medicamentos para enfermedades crónicas parece haberse mantenido durante la pandemia. Esto puede reflejar en parte la aplicación de medidas por parte de los farmacéuticos para apoyar la continuidad del acceso a los tratamientos para pacientes con enfermedades crónicas (véase, por ejemplo, el indicador "Farmacéuticos y farmacias"). Otra posible razón puede ser el mayor uso de servicios de salud en línea (véase el indicador "Salud digital" en el Capítulo 5), incluyendo las recetas en línea o por teléfono. A mediados de 2020, por ejemplo, alrededor de 47% de los adultos en 22 países de la OCDE de la Unión Europea habían recibido una receta en línea o por teléfono desde el inicio de la pandemia, una proporción que aumentó 12% a principios de 2021, según la encuesta *Eurofound* (Eurofound, 2021[8]). Los países con mayor incremento en recetas en línea y por teléfono entre mediados de 2020 y principios de 2021, como Grecia y Portugal, también reportaron aumentos en el consumo de medicamentos de 2019 a 2020.

Definición y comparabilidad

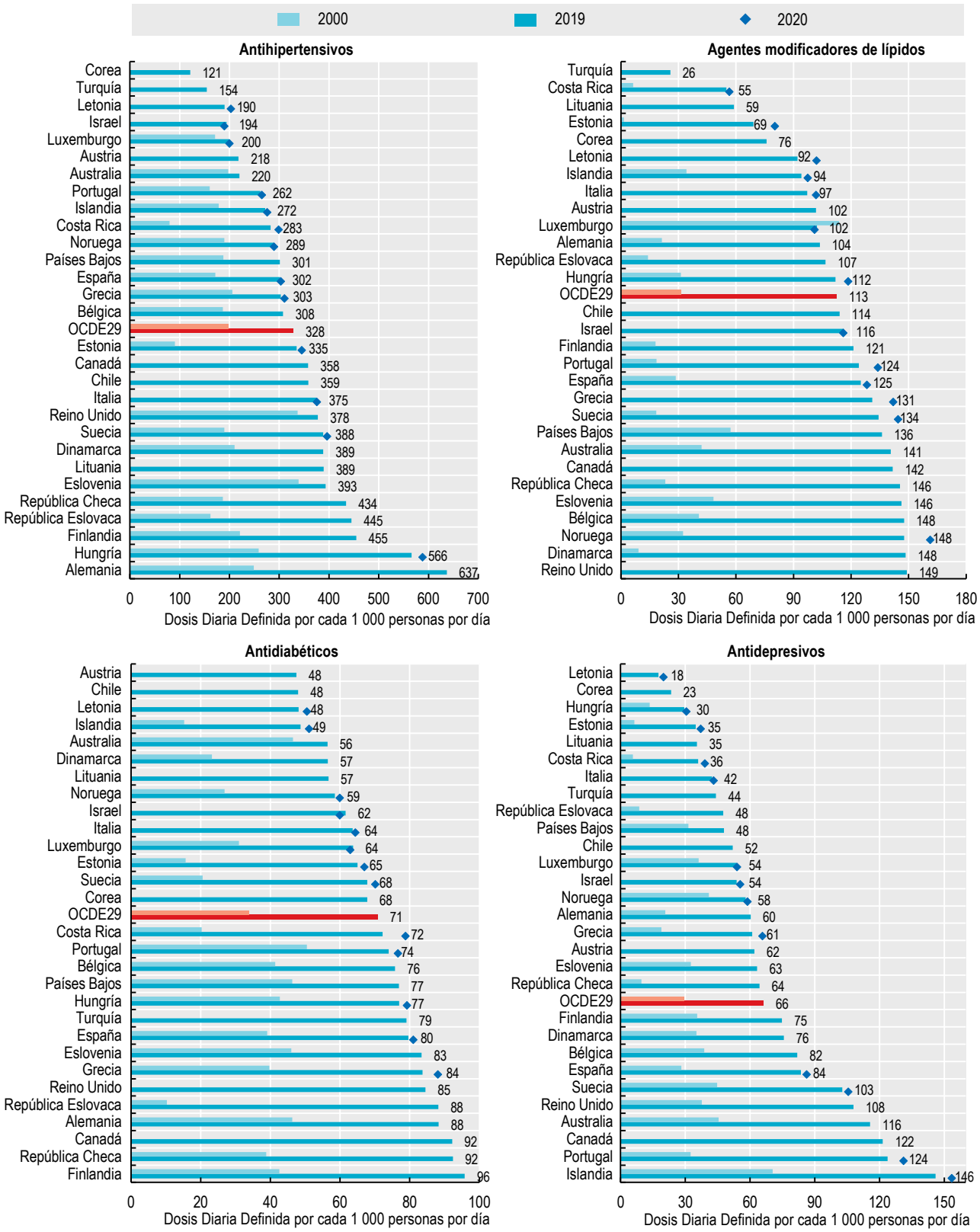
La Dosis Diaria Definida (DDD) es el promedio asumido de la dosis diaria de mantenimiento de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Se asignan DDD a cada principio activo en una determinada clase terapéutica por un consenso internacional de expertos. Por ejemplo, la DDD para aspirina oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria de mantenimiento para tratar dolor en adultos. La DDD no necesariamente refleja la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Pueden ser agregadas dentro y entre clases terapéuticas de la clasificación *Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO por sus siglas en inglés). Para mayor detalle, consúltese *https://www.whocc.no/*.

El volumen de consumo de medicamentos antihipertensivos presentado en la Figura 9.6, se refiere a la suma de cinco categorías ATC2 que pueden ser prescritas para hipertensión (Antihipertensivos–C02, diuréticos–C03, agentes betabloqueadores–C07, bloqueadores de canal de calcio–C08, y agentes que actúan en el sistema renina-angiotensina–C09). Los códigos ATC para otras clases son agentes modificadores de lípidos–C10, medicamentos usados en diabetes–A10 (p. ej. medicamentos antidiabéticos, incluyendo insulinas y análogos) y antidepresivos–N06A.

Los datos se refieren solo al consumo de pacientes de consulta externa, excepto para Chile, Corea, Costa Rica, Dinamarca, España (desde 2018), Estonia, Finlandia, Francia, Islandia (antes de 2011), Italia, Lituania, Noruega, República Checa, República Eslovaca, y Suecia, donde los datos también incluyen el consumo hospitalario. Para Canadá, solo se incluyeron los datos de las provincias para las que se disponía de datos a nivel de población (Columbia Británica, Manitoba y Saskatchewan). Los datos de España se refieren al consumo hospitalario y de consulta externa de los medicamentos prescritos cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (seguro público), mientras que los datos de Luxemburgo solo se refieren al consumo de consulta externa. Los datos de Luxemburgo están subestimados debido a la consideración incompleta de los productos con múltiples principios activos.

En algunos países de la OCDE se disponía de un punto de datos adicional para 2020, como se indica en la Figura 9.6. Las etiquetas de los datos corresponden a los datos de 2019.

Figura 9.6. **Consumo de medicamentos para una selección de condiciones crónicas, 2000, 2019 y 2020 (o años más cercanos)**



Nota: Véase el recuadro "Definición y comparabilidad" para un desglose de medicamentos por códigos ATC. Las etiquetas de los datos corresponden a datos de 2019.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/7l01wm

Genéricos y biosimilares

Todos los países de la OCDE consideran los mercados de genéricos y biosimilares una oportunidad para aumentar la eficiencia del gasto farmacéutico, pero muchos no aprovechan todo su potencial. En 2019, los genéricos representaron más de tres cuartas partes del volumen de productos farmacéuticos vendidos en Alemania, Canadá, Chile, Nueva Zelanda, Países Bajos y Reino Unido, pero menos de una cuarta parte en Luxemburgo y Suiza (Figura 9.7). Por valor, los genéricos representaron más de dos tercios de los productos farmacéuticos vendidos en Chile en 2019, pero en promedio menos de una cuarta parte en los países de la OCDE. Las diferencias en las estructuras de mercado (especialmente el número de medicamentos sin patente) y las prácticas de prescripción explican algunas de las diferencias entre países, pero la adopción de genéricos también depende de las políticas (OECD, 2018[9]; Socha-Dietrich, James y Couffinhal, 2017[10]). En Austria, por ejemplo, no está permitida la sustitución de medicamentos con productos genéricos por parte de los farmacéuticos. En Luxemburgo, la sustitución con genéricos se limita a una selección de medicamentos.

Muchos países han puesto en marcha incentivos para médicos, farmacéuticos y pacientes con el fin de impulsar los mercados de genéricos. En la última década, Francia y Hungría, por ejemplo, han introducido incentivos para que los médicos generales prescriban genéricos a través de esquemas de pago por desempeño. En Suiza, los farmacéuticos reciben una comisión por la sustitución por genéricos; en Francia, las farmacias reciben bonos si sus índices de sustitución son elevados. En muchos países, los financiamientos por medio de terceros de reembolsos de cantidades fijas por medicamentos determinados, permiten a los pacientes elegir entre el producto original y el genérico, pero deben asumir la responsabilidad de la diferencia de precio (Socha-Dietrich, James y Couffinhal, 2017[10]).

Los productos biológicos son una clase de medicamentos fabricados en sistemas vivos como microorganismos, o células de plantas o animales, o provenientes de ellos. La mayoría de los productos biológicos son moléculas o mezclas de moléculas muy grandes y complejas. Muchos se producen mediante la tecnología de ADN recombinante. Cuando la exclusividad de mercado de estos medicamentos ya no está vigente, se pueden aprobar los "biosimilares", versiones copiadas de estos productos. La entrada en el mercado de los biosimilares crea una competencia de precios, mejorando su asequibilidad.

En 2019, los biosimilares representaron más de 80% del volumen del "mercado accesible" (véase el recuadro "Definición y comparabilidad") de eritropoyetinas (utilizadas en el tratamiento de la anemia) en Finlandia, Grecia, Italia y Polonia (Figura 9.8). En la mayoría de los países europeos, los precios de lista de las eritropoyetinas cayeron entre 30% y 80% tras la entrada de los biosimilares en el mercado. El impacto de la competencia de los biosimilares ha hecho que tanto los fabricantes de eritropoyetinas originales como biosimilares bajen sus precios.

En el caso de los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF, por sus siglas en inglés), también conocidos como anti-TNF alfas (usados en el tratamiento de una serie de trastornos autoinmunes e inmunomediados), los biosimilares tenían más de 80% del mercado accesible en Dinamarca, pero menos de 10% en Grecia y Hungría en 2019 (Figura 9.8). Los precios desde la entrada de los biosimilares han tenido reducciones más modestas que en el caso de las eritropoyetinas, e incluso han parecido aumentar en algunos países. Sin embargo, para ambas clases de medicamentos, las reducciones de precios reales son mayores que las que aparecen en las cifras que se muestran aquí: estos datos se basan en precios de lista, y no toman en cuenta ningún descuento o rebaja confidencial, que pueden ser sustanciales.

Definición y comparabilidad

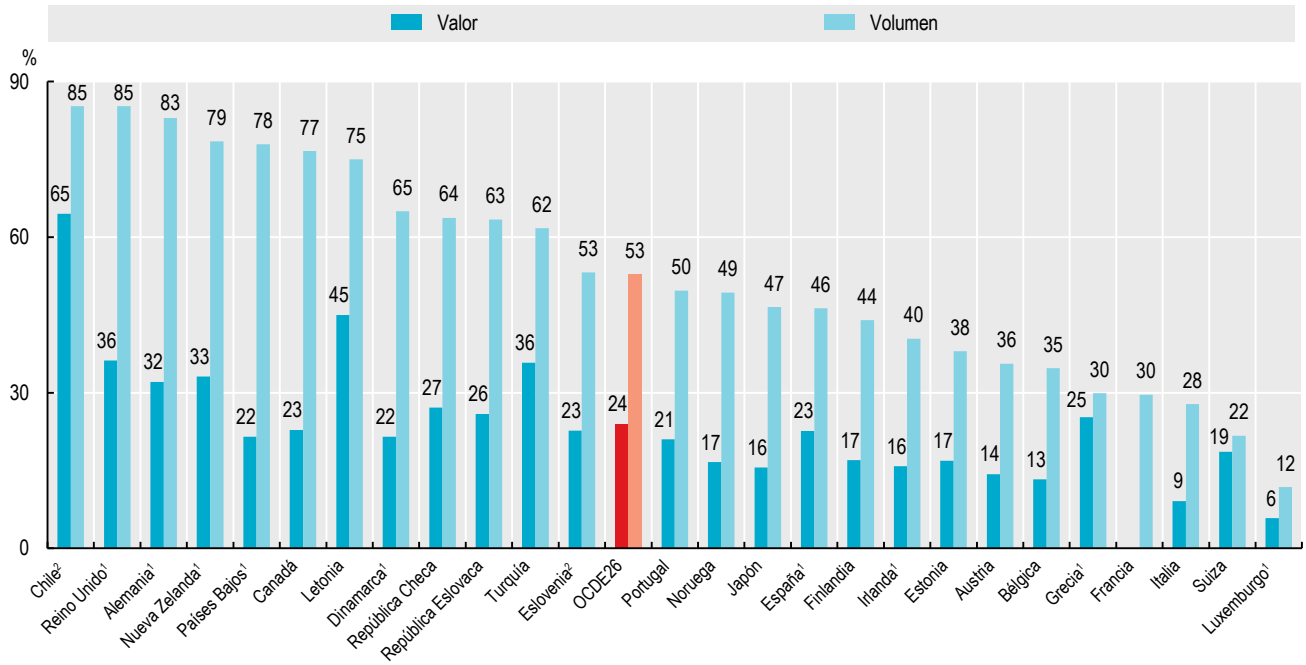
Un medicamento genérico se define como un producto farmacéutico que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica que un producto de referencia, y cuya bioequivalencia con éste ha sido demostrada. Los genéricos pueden ser de marca (genéricos con un nombre comercial específico), o sin marca (identificados con la denominación común internacional y el nombre de la compañía).

Se solicitó a los países proporcionar datos para el total de sus mercados respectivos. Sin embargo, muchos proporcionaron datos que cubren únicamente el mercado de farmacias comunitarias o el mercado farmacéutico de reembolso (véanse las notas en las figuras). La participación del mercado de genéricos expresada en valor puede ser la facturación de las empresas farmacéuticas, la cantidad pagada por terceros por productos farmacéuticos, o la cantidad total pagada por terceros y consumidores. La participación de mercado de genéricos en volumen se puede expresar en DDD o en número de paquetes/cajas, o unidades estándar.

Un producto medicinal biosimilar (biosimilar) es aquel que cuenta con aprobación regulatoria al demostrar suficientemente ser similar al producto medicinal de referencia (biológico) en términos de características de calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia.

La participación de mercado de biosimilares y los cambios de precios se miden con respecto al "mercado accesible"; es decir, el mercado compuesto por productos originales que ya no tienen exclusividad en el mercado, y sus biosimilares. El mercado accesible de biosimilares es altamente dinámico debido a la pérdida progresiva de exclusividad de los medicamentos biológicos a través del tiempo. La participación de mercado se calcula como los días de tratamiento biosimilar como proporción de los días de tratamiento del mercado accesible. Los cambios de precio se miden como las diferencias entre los precios por día de tratamiento en 2019 y en el año anterior a la entrada del primer biosimilar. El mercado accesible de los inhibidores del factor de necrosis tumoral incluye adalimumab, infliximab y etanercept. El mercado accesible de eritropoyetina incluye darbepoetina alfa, y epoetina alfa, beta, delta, theta y zeta.

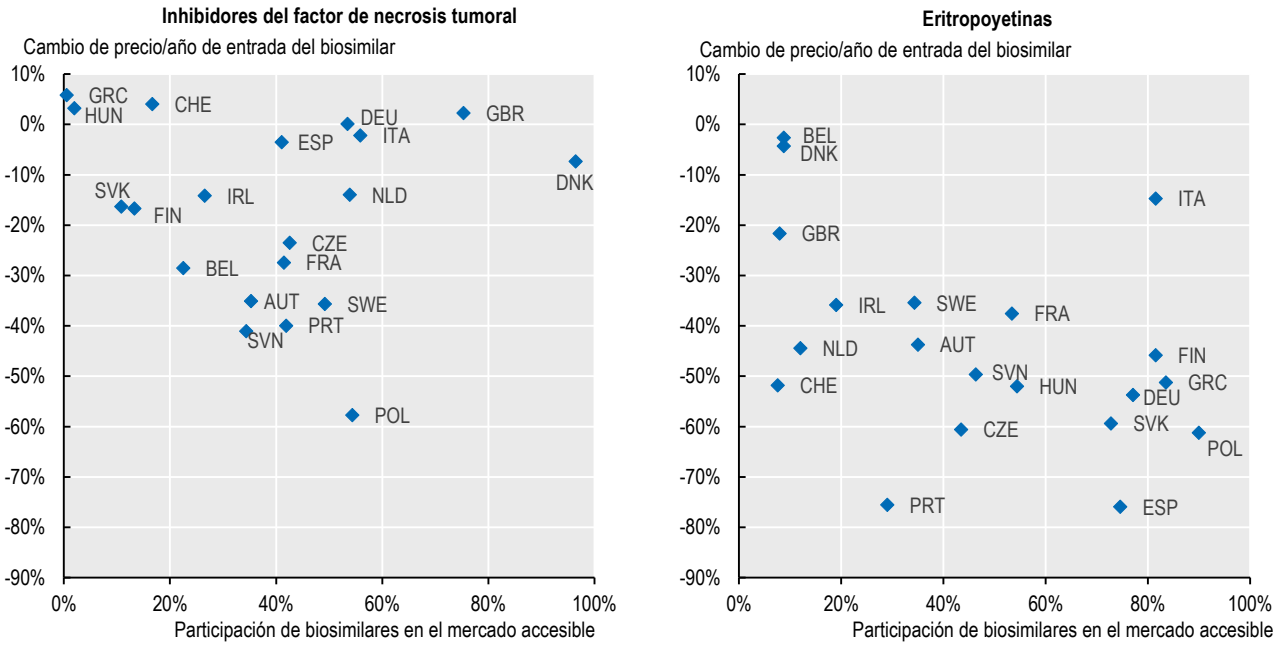
Figura 9.7. **Participación de genéricos en el mercado farmacéutico total (2019 (o año más cercano)**



1. Mercado farmacéutico de reembolso; es decir, el submercado en el que un tercero reembolsa el costo de los medicamentos. 2. Mercado de farmacias comunitarias.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/uyjgok

Figura 9.8. **Participación de mercado de biosimilares en días de tratamiento de inhibidores del factor de necrosis tumoral y eritropoyetinas vs. mercado accesible, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: IQVIA MIDAS® MAT Diciembre de 2019. Los datos de Grecia reflejan únicamente los datos del panel de minoristas.

StatLink https://stat.link/pgh5qj

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

El financiamiento de la investigación y el desarrollo (I&D) en el sector farmacéutico proviene de una mezcla de fondos públicos y privados. Antes de la COVID-19, los gobiernos apoyaban principalmente la investigación básica y la fase inicial mediante asignaciones presupuestarias, subsidios de investigación, instituciones públicas de investigación e instituciones de educación superior. La industria farmacéutica financia I&D en todas sus fases, pero hace la contribución más grande en la traducción y aplicación del conocimiento para el desarrollo de productos, y financia la mayoría de los ensayos clínicos previos al registro –aunque a menudo con el apoyo de subsidios de I&D o créditos fiscales. En 2018, los gobiernos de 33 países de la OCDE para los que se dispone de datos, presupuestaron en conjunto alrededor de 67 000 millones de dólares para I&D en salud. Aunque esta cifra va más allá de los productos farmacéuticos, subestima el apoyo gubernamental total, ya que excluye la mayoría de los incentivos fiscales, y el financiamiento de la educación superior y las empresas de propiedad pública. En el mismo año, la industria farmacéutica gastó alrededor de 114 000 millones de dólares en I&D en los mismos países.

Aunque la mayor parte del gasto en I&D farmacéutico se produce en los países de la OCDE, la proporción de países que no pertenecen a la organización está aumentando (EFPIA, 2020[11]). En 2018, la industria gastó más de 14 000 millones de dólares en I&D en la República Popular China (0.06% del PIB), más que en cualquier otro país de la OCDE, excepto Estados Unidos (OECD, 2021[12]). Casi dos terceras partes del gasto en los países de la OCDE ocurrió en Estados Unidos (Figura 9.9), donde la industria gastó alrededor de 75 000 millones de dólares (0.36% del PIB), mientras que los presupuestos gubernamentales para I&D en salud fueron de 44 000 millones de dólares (0.21% del PIB). La mayor parte del resto se gastó en Europa y Japón, y el gasto más alto de la industria como proporción del PIB se observó en Suiza (0.8%), Bélgica (0.5%) y Eslovenia (0.4%) –países más pequeños con sectores farmacéuticos relativamente grandes.

Aunque no se dispone todavía de datos oficiales, este patrón cambió claramente en respuesta a la COVID-19. Los gobiernos movilizaron decenas de miles de millones de dólares para financiar enteramente procesos de I&D, incluyendo ensayos clínicos de última fase –particularmente para vacunas, pero también para tratamientos. Los gobiernos también asumieron grandes compromisos de compra por adelantado de vacunas de COVID-19 antes de que los datos de los ensayos clínicos estuvieran disponibles, trasladando efectivamente gran parte de los riesgos financieros de I&D de las empresas a los contribuyentes. Por ejemplo, hacia julio de 2021, el COVID-19 *Tools Accelerator* de la OMS había recaudado 12 000 millones de dólares para financiamiento de vacunas de varios gobiernos, incluyendo 1 700 millones de dólares en apoyo directo a I&D para proyectos seleccionados por la *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (WHO, 2021[13]). Hacia finales de 2020, el gobierno de Estados Unidos había asignado 12 000 millones de dólares a los compromisos de desarrollo y suministro de vacunas en fase avanzada (Bloomberg, 2020[14]). Los análisis preliminares de la OCDE de estados financieros, sugieren que el gasto en I&D de la industria también siguió creciendo, aunque con una variabilidad significativa, pues algunas empresas informaron de reducciones en el gasto en I&D (OECD, 2021[15]).

La industria farmacéutica sigue siendo intensiva en I&D: la industria gasta en promedio, más de 13% de su valor agregado bruto en I&D, menos que la industria electrónica y óptica, comparable con la industria aérea y aeroespacial, pero considerablemente más que la industria manufacturera en conjunto (Figura 9.10). Mientras que el gasto en I&D es una medida de los insumos de I&D, los sistemas de salud están interesados principalmente en los resultados de I&D, que son más difíciles de medir. El número de autorizaciones para comercialización de nuevos medicamentos es una medida de los resultados, pero considera los beneficios para la salud que los nuevos productos pueden o no aportar. Entre 2010 y 2020 la *Food and Drug Administration* (FDA) en Estados Unidos, aprobó en promedio 43 nuevos medicamentos al año, con una clara tendencia al alza de menos de 30 aprobaciones en 2010, a alrededor de 50 en años recientes (Figura 9.11). Casi una tercera parte fueron productos oncológicos e inmunomoduladores, 14% fueron antiinfecciosos, y 10% fueron productos para el tracto alimentario y metabolismo y el sistema nervioso.

Definición y comparabilidad

El gasto de las empresas en I&D (BERD, por sus siglas en inglés), cubre I&D llevados a cabo por corporaciones, independientemente del origen de los fondos. El BERD se registra en el país donde se lleva a cabo la actividad de I&D. Las agencias nacionales de estadísticas recaban datos por medio de encuestas principalmente y según el Manual Frascati de la OCDE, pero existen variaciones en las prácticas locales. La investigación y desarrollo en el sector farmacéutico se refiere al BERD de empresas clasificadas en la industria farmacéutica.

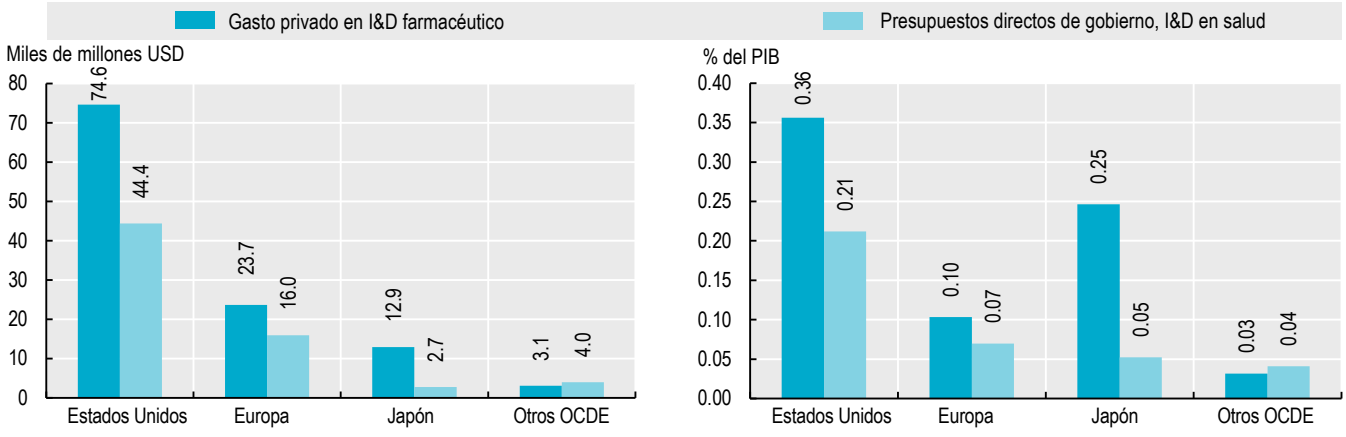
Las asignaciones gubernamentales de presupuesto para I&D (GBARD, por sus siglas en inglés), contemplan tanto I&D llevados a cabo por el gobierno, como las cantidades asignadas a otras instituciones para ese fin. La investigación y desarrollo en salud se refiere al GBARD destinado a proteger, promover y restablecer la salud humana, incluyendo todos los aspectos de atención médica y social, pero excluye el gasto de corporaciones públicas o financiamiento general de universidades que es posteriormente asignado a salud.

Europa incluye a 21 países miembros de la Unión Europea que también pertenecen a la OCDE, Islandia, Noruega, Suiza y Reino Unido. No se dispone de datos para Australia, Colombia, Costa Rica, Luxemburgo o Nueva Zelanda.

El valor agregado bruto de un sector equivale a la producción bruta menos el consumo intermedio. Incluye el costo de salarios, consumo de capital fijo, e impuestos sobre la producción. Los promedios de la OCDE en la Figura 9.10 muestran medias no ponderadas de la intensidad de I&D, con base en 17 países con datos disponibles para aeronáutica y aeroespacial; y de 31 a 34 países para todas las demás industrias.

La Figura 9.11 incluye aprobaciones de nuevas entidades moleculares y solicitudes de nuevas licencias de biológicos por parte del *Center for Drug Evaluation and Research* de la FDA en Estados Unidos, y aprobaciones de solicitudes de nuevas licencias de biológicos en relación con vacunas, terapias génicas y factores de coagulación por parte del *Center for Biologics Evaluation and Research* de la FDA. Las áreas terapéuticas se basan en los grupos de primer nivel del sistema de clasificación ATC de la OMS

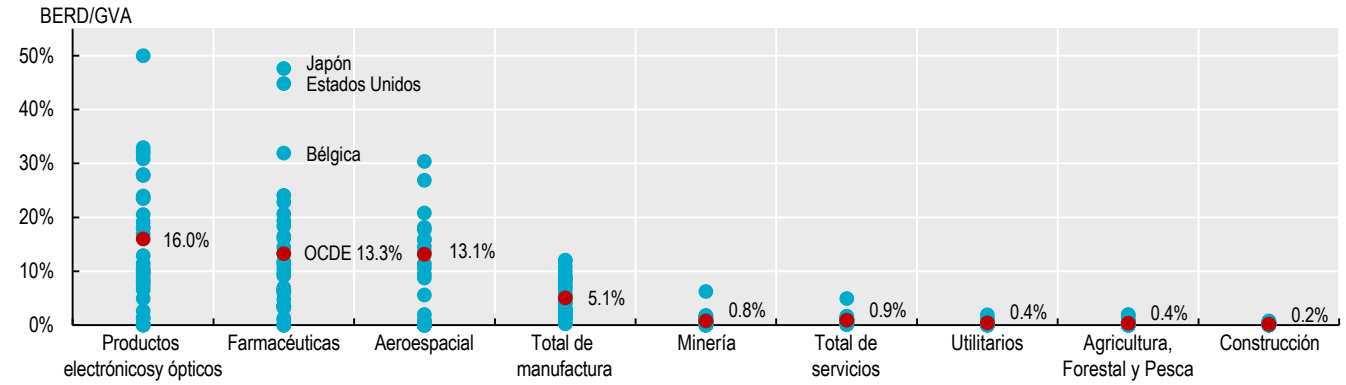
Figura 9.9. **Gasto privado en I&D farmacéutico y presupuestos gubernamentales para I&D en salud, 2018 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Main Science and Technology Indicators y bases de datos de Research and Development Statistics.

StatLink https://stat.link/x6f02a

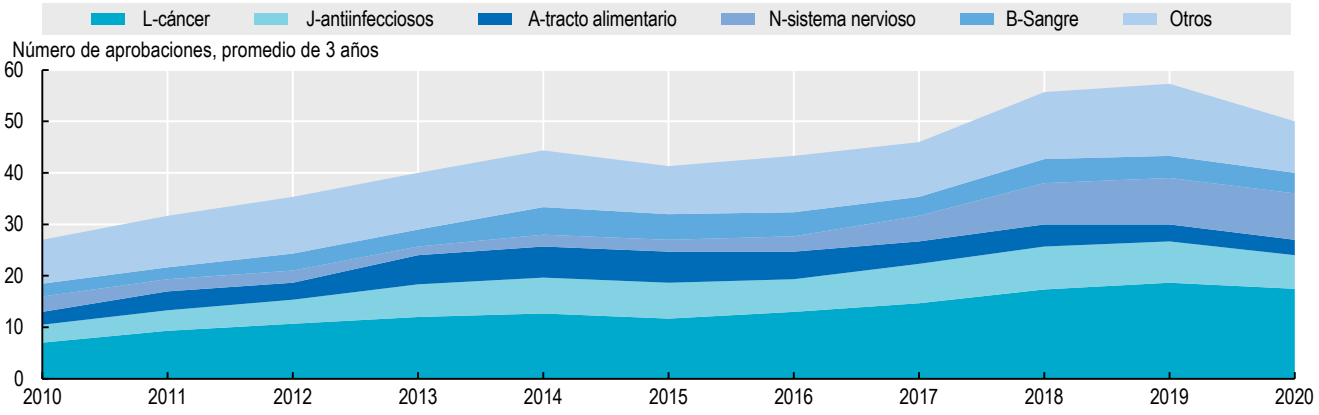
Figura 9.10. **Intensidad de I&D por industria: gasto privado en I&D (BERD) como proporción del valor agregado bruto (GVA), 2018 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Analytical Business Enterprise R&D, Structural Analysis y bases de datos del System of National Accounts.

StatLink https://stat.link/q4x5lc

Figura 9.11. **Aprobaciones anuales de nuevos medicamentos en Estados Unidos por área terapéutica, 2010-2020**



Nota: Otros incluye V-varios, R-respiratorios, D-dermatológicos, C-cardiovasculares, M-musculoesqueléticos, S-órganos sensoriales, G-sistema genitourinario y hormonas sexuales, H-preparaciones hormonales sistémicas, P-antiparasitarios, y faltantes o desconocidos.
Fuente: Análisis de la OCDE con base en datos publicados por la FDA en Estados Unidos.

StatLink https://stat.link/467pj0

[18] ACMMP (2019), *Recommendations 2021-2014, Advisory Council on Medical Manpower Planning, Utrecht, December 2019*.

[3] Australian Goverment (2021), *Labour Market Information Portal*, disponible en *https://lmip.gov.au/default.aspx?LMIP/GainInsights/EmploymentProjections*.

[2] BLS (2021), *Employment Projections: 2020-2030*, 8 September 2021, disponible en *https://www.bls.gov/emp/*.

[10] Blümel, M. et al. (2020), "Germany: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 22/6, pp. i–273, disponible en *https://apps.who.int/iris/handle/10665/130246*.

[17] Buchan, J., N. Shembavnekar y N. Bazeer (2021), *Nurses' pay over the long term: what next?*, The Health Foundation, Londres.

[15] CIHI (2020), *Physicians in Canada, 2019. Ottawa*, disponible en *https://secure.cihi.ca/free_products/physicians-in-Canada-report-en.pdf*.

[11] Department of Health (2019), *Stronger Rural Health Strategy - Factsheets, Australian Government*.

[14] DREES (2018), *Revenu des médecins libéraux: les facteurs démographiques modèrent la hausse entre 2005 et 2014, Anne Pla*, disponible en *https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/revenus-des-medecins-liberaux-les-facteurs-demographiques-moderent*.

[4] Government of Canada (2019), *Canadian Occupational Projection System (COPS)*, disponible en *http://occupations.esdc.gc.ca/sppc-cops/content.jsp?cid=occupationdatasearch&lang=en*.

[19] Grimstad Commission (2019), *Studieplasser I Medisin I Norge: Behov, modeller og muligheter [Medical education in Norway: Needs, models and opportunities]*.

[20] Mann, A. y V. Denis (2020), *Can nursing thrive in the age of the coronavirus? What young people think about the profession*, disponible en *https://www.oecd-forum.org/posts/can-nursing-thrive-in-the-age-of-the-coronavirus-what-young-people-think-about-the-profession-dce5a659-cc6d-4914-b4*.

[1] OECD (2021), *OECD Employment Outlook 2021*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/5a700c4b-en*.

[5] OECD (2019), "Engaging and transforming the health workforce", in *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/8bd03416-en*.

[12] OECD (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[6] OECD (2016), "Education and training for doctors and nurses: What's happening with numerus clausus policies?", in *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-6-en*.

[8] OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

[9] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *France: Country Health Profile 2021*, OECD Publishing, París/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas.

[7] ONDPS (2021), *Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025) [Multi-year national objectives in training of health professionals (2021-2025)]*, March 2021.

[16] Socha-Dietrich, K. y J. Dumont (2021), "International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries - 2000 to 2018 : Developments in countries of destination and impact on countries of origin", *OECD Health Working Papers*, No. 125, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/b286a957-en*.

[13] The Health Foundation (2021), *How has NHS staff pay changed over the past decade?*, The Health Foundation, Londres, disponible en *https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-has-nhs-staff-pay-changed-over-the-past-decade*.

[21] Williams, K. et al. (2020), *Topic 2: Nursing as a career choice*, Centre for Health Service Development, Australian Health Services Research Institute, University of Wollongong.

10. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Tendencias demográficas

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

Autoreportes de salud y discapacidad a partir de los 65 años de edad

Demencia

Seguridad en cuidados de largo plazo

Acceso a cuidados de largo plazo

Cuidadores informales

Personal de cuidados de largo plazo

Instituciones de cuidados de largo plazo

Gasto en cuidados de largo plazo y costos unitarios

Cuidados paliativos terminales

Tendencias demográficas

En décadas recientes, la proporción de la población de 65 años y más casi se duplicó en promedio en los países de la OCDE, incrementándose de menos de 9% en 1960, a más de 17% en 2019. La disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida (véase el indicador "Esperanza de vida por género y nivel educativo"), significan que los adultos mayores representan una proporción cada vez mayor de la población en los países de la OCDE. En los 38 países miembros de la organización, había más de 232 millones de personas de 65 años o mayores en 2019, incluyendo más de 62 millones que tenían al menos 80 años de edad. Dado que la edad representa uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedad severa o muerte por COVID-19, la pandemia ha resaltado la necesidad de garantizar que los sistemas de salud estén preparados para adaptarse a las necesidades cambiantes de una población de mayor edad.

En los países miembros de la OCDE en promedio, se proyecta que la proporción de población de más de 65 años siga creciendo en las próximas décadas, incrementándose de 17.3% en 2017 a 26.7% hacia 2050 (Figura 10.1). En cinco países (Italia, Portugal, Grecia, Japón y Corea), la proporción de población de más de 65 años será de más de una tercera parte hacia 2050. En el otro extremo de la escala, la población de más de 65 años en Israel, México, Australia y Colombia, representará menos de 20% de la población en 2050, debido a las tasas más altas de natalidad y migración.

Aunque el crecimiento de la población de más de 65 años ha sido notable en todos los países de la OCDE, el incremento ha sido especialmente rápido para los más viejos –personas de 80 años o más. Entre 2019 y 2050, la proporción de población de más de 80 años será de un poco más del doble en promedio en los países miembros de la OCDE, pasando de 4.6% a 9.8%. Al menos una de cada diez personas tendrá 80 años o más en casi la mitad (18) de estos países hacia 2050, mientras que en cinco (Portugal, Grecia, Italia, Corea y Japón), más de una de cada ocho personas tendrá 80 años o más.

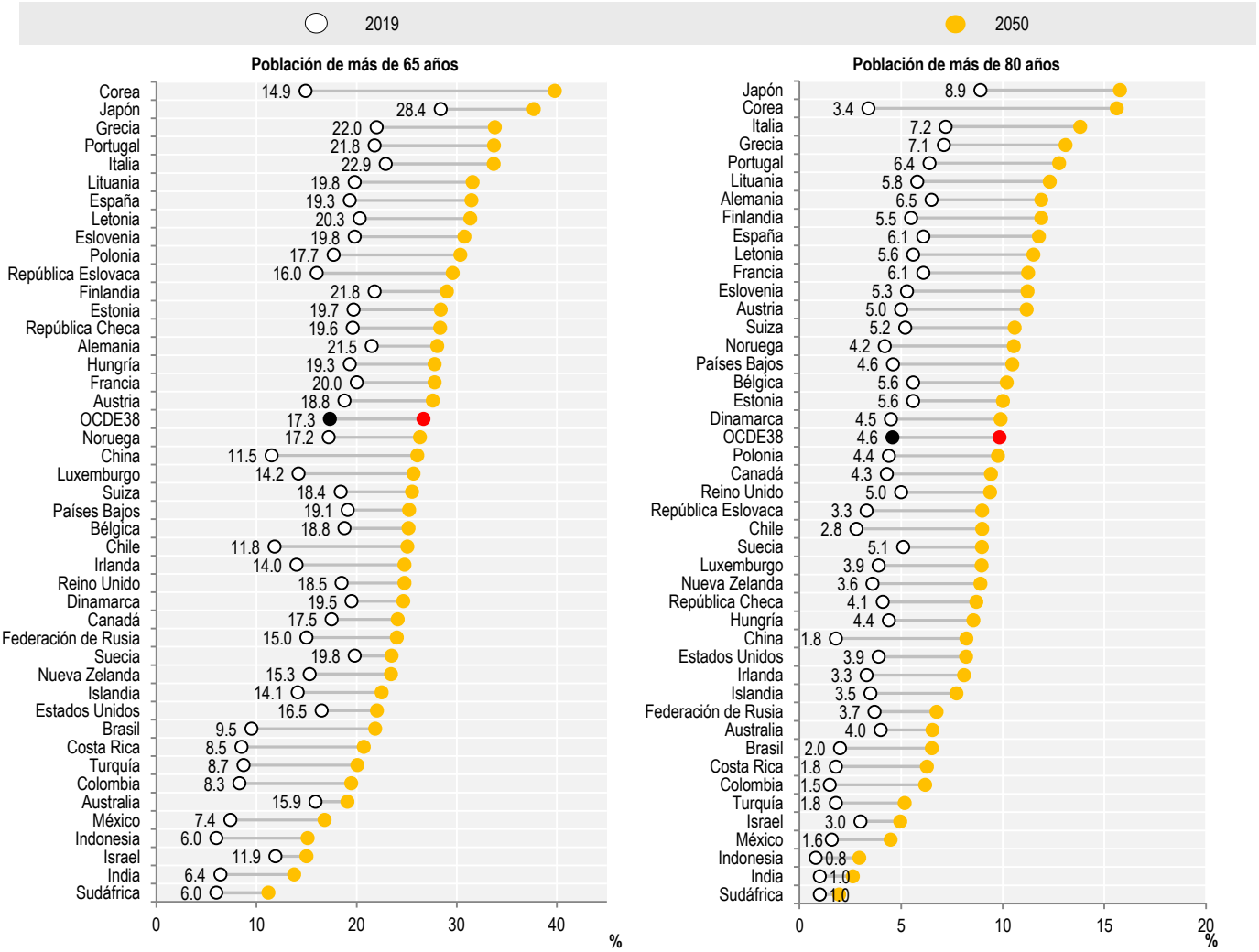
Aunque la mayoría de los países socios de la OCDE tienen una estructura de edad más joven que muchos países miembros, el envejecimiento de la población ocurrirá rápidamente de cualquier forma en los próximos años –a veces a un ritmo más acelerado que en los países miembros. En República Popular China (China), la proporción de la población de 65 años o más se incrementará de forma mucho más rápida que en los países miembros de la OCDE –será más del doble al pasar de 11.5% en 2019 a 26.1% en 2050. La proporción de la población China de 80 años o más aumentará aún más rápidamente, multiplicándose por más de tres de 1.8% en 2019 a 8.2% en 2050. Brasil –cuya proporción de población a partir de 65 años era apenas la mitad del promedio de la OCDE en 2019– tendrá un crecimiento acelerado de forma similar, pues se prevé que casi 22% de la población tendrá 65 años o más en 2050. La velocidad del envejecimiento de la población ha variado notablemente entre los países de la OCDE, y Japón, en particular, ha experimentado un rápido envejecimiento en las últimas tres décadas (Figura 10.2). En los próximos años se prevé que Corea experimente el envejecimiento más rápido de la población entre los países miembros de la OCDE, con una proporción de la población de 80 años o más que casi se quintuplicará –de estar muy por debajo del promedio de la OCDE en 2019 (3.4% frente a 4.6%) a estar muy por encima (15.6% frente a 9.8%) en 2050. Entre los países socios de la OCDE, la velocidad de envejecimiento ha sido más lenta que entre los países miembros, aunque se acelerará en países grandes como Brasil y China en las próximas décadas.

Una de las principales implicaciones del envejecimiento rápido de la población es la disminución de la oferta potencial de mano de obra en la economía, incluso a pesar de los esfuerzos recientes de los países por prolongar la vida laboral. Además, a pesar de los avances en la esperanza de vida saludable observados en años recientes (véase el indicador "Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad"), los sistemas de salud tendrán que adaptarse para satisfacer las necesidades de una población que envejece, que probablemente incluyan una mayor demanda de cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) con uso intensivo de mano de obra, y una mayor necesidad de atención integral y centrada en las personas. Entre 2015 y 2030, se prevé que el número de personas mayores con necesidad de cuidados en todo el mundo aumente en 100 millones (ILO y OECD, 2019[1]). Países como Estados Unidos ya enfrentan una escasez de personal en cuidados de largo plazo, y en los próximos años habrá más países que se verán presionados para reclutar y retener personal calificado de LTC (véase el indicador "Personal de cuidados de largo plazo"). En la gran mayoría (tres cuartas partes) de los países de la OCDE, el crecimiento del número de personas mayores superó el crecimiento del personal de cuidados de largo plazo entre 2011 y 2016 (OECD, 2020[2]).

Definición y comparabilidad

Los datos sobre estructura de población se han obtenido de los datos y proyecciones históricos de la OCDE (1950-2020). Las proyecciones se basan en las más recientes proyecciones de población de "variante media" de las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas –revisión 2019.

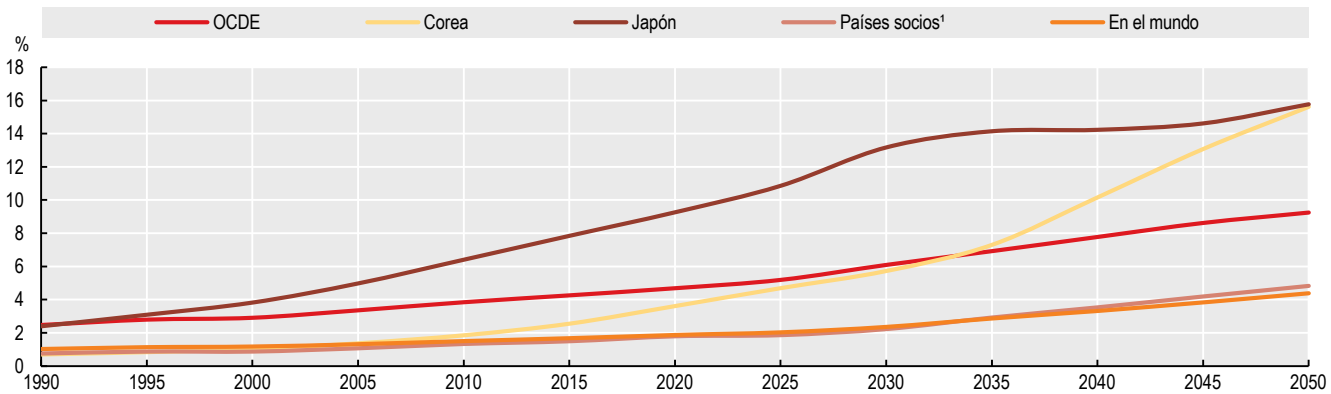
Figura 10.1. **Proporción de población de más de 65 y 80 años, 2019 y 2050**



Fuentes: OECD Health Statistics 2021, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2021.

StatLink https://stat.link/wt2816

Figura 10.2. **Tendencias en la proporción de población de más de 80 años, 1990-2050**



1. Los países socios incluyen a Brasil, China, India, Indonesia, Federación de Rusia y Sudáfrica.
Fuente: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2021.

StatLink https://stat.link/lt3vra

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

Todos los países de la OCDE han logrado importantes avances en la esperanza de vida a los 65 años para hombres y mujeres en décadas recientes. En promedio, en todos los países de la OCDE, la esperanza de vida a los 65 años aumentó 5.7 años entre 1970 y 2019 (Figura 10.3). Siete países (Australia, Corea, España, Finlandia, Irlanda, Japón, y Luxemburgo) lograron aumentos de al menos siete años en este período; y dos países, (Lituania y México) tuvieron aumentos de menos de tres años entre 1970 y 2019.

En promedio, en todos los países de la OCDE en 2019, las personas de 65 años podían esperar vivir 19.9 años más. La esperanza de vida a los 65 años es aproximadamente 3.3 años más para mujeres que para hombres. Esta brecha de género no ha cambiado sustancialmente desde 1970, cuando era 2.9 años más para las mujeres. Entre los países de la OCDE, la esperanza de vida más alta para mujeres a los 65 años en 2019 fue la de Japón (24.6 años), y para hombres la de Suiza (20.3 años). La más baja para mujeres fue la de Hungría (18.6 años), y para hombres, la de Letonia (14.4 años).

Mientras que todos los países de la OCDE lograron avances en la esperanza de vida a los 65 años entre 1970 y 2019, los años adicionales no se viven todos en buena salud. El número de años de vida saludable a la edad de 65 años, varía sustancialmente entre los países de la OCDE (Figura 10.4). En la Unión Europea, se calcula regularmente un indicador de esperanza de vida libre de discapacidad, conocido como "años de vida saludable", que se basa en una pregunta general sobre discapacidad en la encuesta *EU Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC). En promedio, en todos los países de la OCDE que participaron en la encuesta, el número de años de vida saludable a los 65 años fue de 9.8 para mujeres y 9.7 para hombres en 2019 –una diferencia notablemente menor que la de la esperanza de vida general a los 65 años. La esperanza de vida saludable a los 65 años era cercana o superior a 16 años tanto para hombres como para mujeres en Noruega y Suecia; para los hombres esto era casi 3 años por encima de los siguientes países con mejores resultados (Islandia e Irlanda). La esperanza de vida saludable a los 65 años era inferior a 5 años tanto para hombres como para mujeres en República Eslovaca y Letonia. En estos países, las mujeres pasan más de tres cuartas partes de sus años de vida adicionales con mala salud, en comparación con una cuarta parte o menos en Noruega y Suecia.

El aumento de la esperanza de vida a los 65 años se ha ralentizado en los últimos años. Esto puede explicarse en parte por los desafíos de salud que afectan de forma desproporcionada a las poblaciones de mayor edad, incluyendo la epidemia severa de influenza de 2014-2015, que afectó especialmente a las poblaciones frágiles y de mayor edad. Más recientemente, la pandemia de COVID-19 afectó drásticamente la esperanza de vida en 2020, especialmente entre la población de mayor edad. En 21 países de la OCDE, 93% de las muertes por COVID-19 han ocurrido entre adultos de 60 años o más, incluyendo cerca de tres quintas partes entre personas de al menos 80 años (OECD, próxima publicación[3]). Entre 2019 y 2020, la esperanza de vida a los 65 años disminuyó en 18 de los 25 países de la OCDE con datos disponibles, cayendo en un promedio de 7.4 meses (7.1 meses para mujeres y 7.7 meses para hombres). A medida que continúa el envejecimiento de la población, los países de la OCDE tendrán que anticiparse a los desafíos de salud –como la pandemia de COVID-19, la influenza y otras enfermedades infecciosas– que pueden afectar de forma desproporcionada a las personas mayores, y estar preparados para enfrentarlos, entre otras, garantizando altas tasas de vacunación entre la población de mayor edad.

Definición y comparabilidad

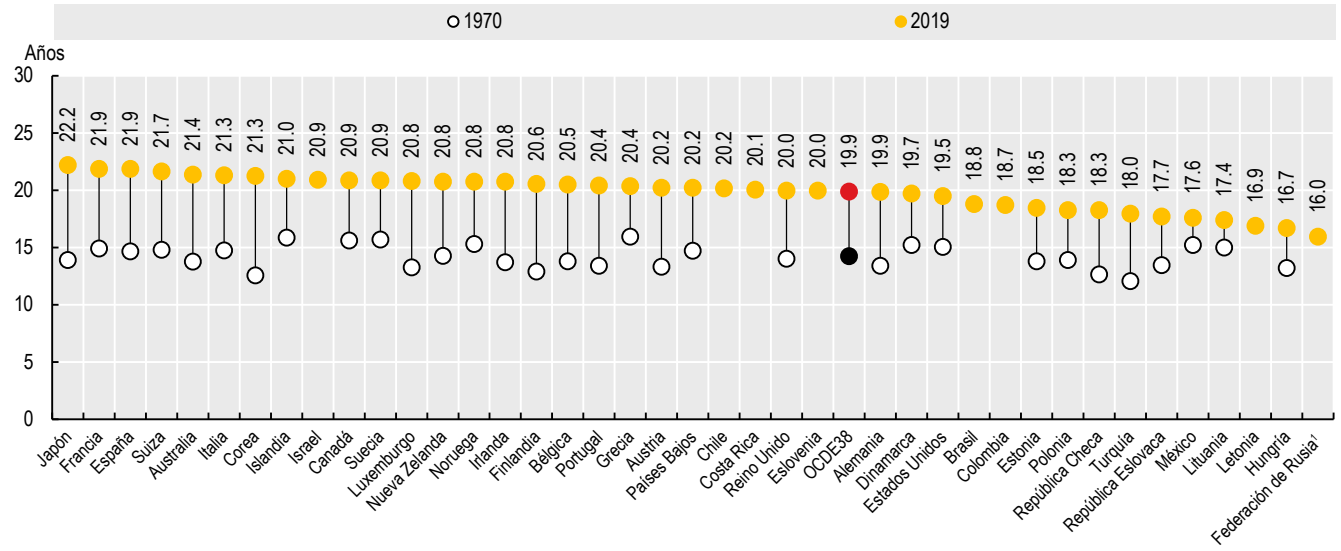
La esperanza de vida mide el promedio de años que una persona de cierta edad puede esperar vivir, si las tasas de mortalidad no cambian. Sin embargo, la tasa de mortalidad específica por edad para una cohorte particular no puede conocerse de manera anticipada. Si las tasas bajan, como ha sido el caso en las últimas décadas en los países de la OCDE, los períodos de vida reales serán más amplios que la esperanza de vida calculada 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 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 del *global activity limitation indicator* (GALI) en la encuesta EU-SILC: "Al menos durante los últimos 6 meses, ¿ha estado limitado debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente normalmente lleva a cabo? Sí, muy limitado / Sí, limitado / No, sin limitación". Aunque el indicador de años de vida saludable es el que tiene mejor comparabilidad hasta el momento, aún existen problemas con la traducción de la pregunta de GALI, aunque sí parece reflejar otras medidas de salud y discapacidad en forma satisfactoria (Jagger et al., 2010[1]).

Los datos sobre estructura de población se obtuvieron de los datos y proyecciones históricos de población de la OCDE (1950-2050). Las proyecciones se basan en las más recientes proyecciones de población de "variante media" de las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas –revisión 2019.

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

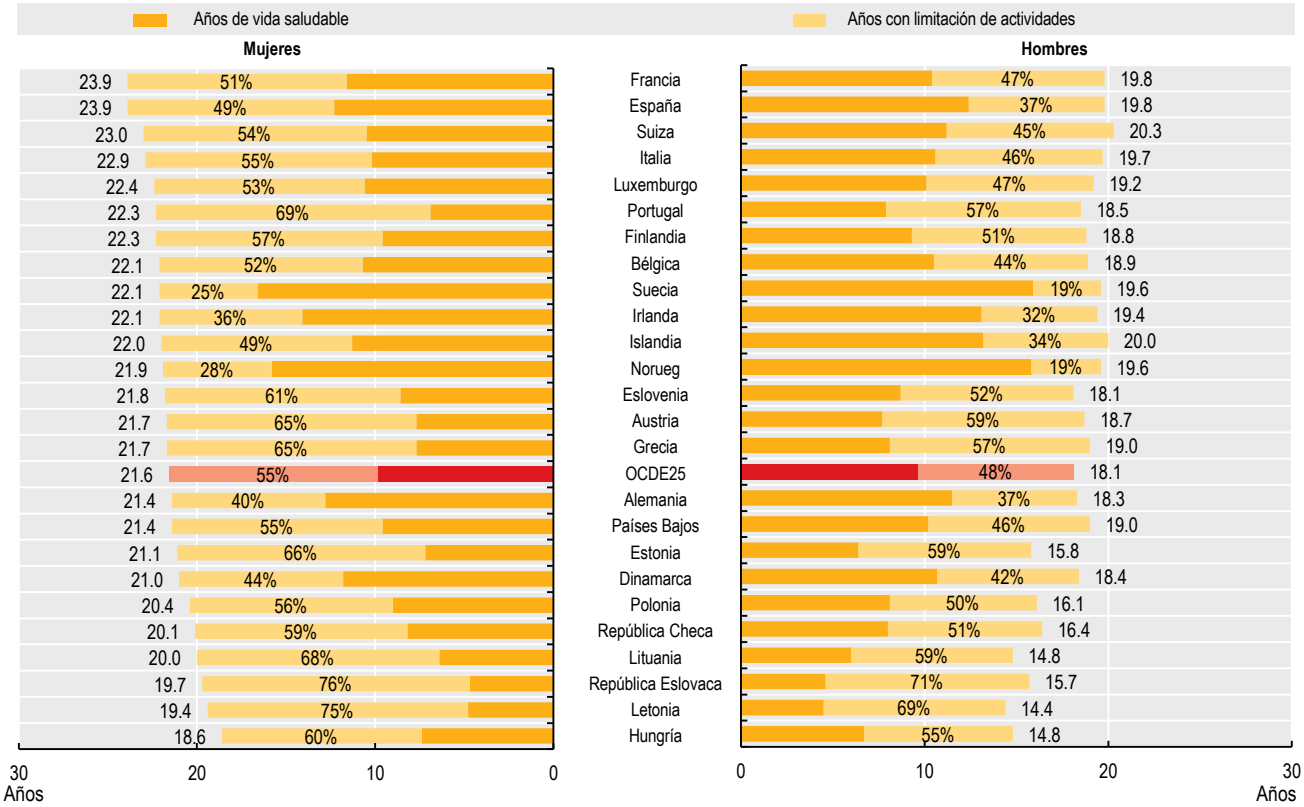
Figura 10.3. **Esperanza de vida a los 65 años, 1970 y 2019 (o año más cercano)**



1. Datos de 2018.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/3j9peq

Figura 10.4. **Esperanza de vida y años de vida saludable a los 65 años de edad, por género, 2019 (o año más cercano)**



Nota: La comparabilidad de datos es limitada debido a factores culturales y diferentes formas de formular las preguntas de la encuesta EU-SILC.
Fuente: Base de datos Eurostat.

StatLink https://stat.link/78sq5l

Autoreportes de salud y discapacidad a partir de los 65 años de edad

Aun cuando la esperanza de vida a los 65 años ha aumentado en todos los países de la OCDE, muchas personas pasan una buena proporción de su vida adulta con salud mala o regular (véase el indicador "Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años"). En 2019, más de la mitad de la población de 65 años o más en más de 36 países de la OCDE reportaron tener salud mala o regular (Figura 10.5). Las personas mayores en los países de la OCDE de Europa del este reportaron algunas de las tasas más altas de salud mala o regular: más de cuatro quintas partes de la población de más de 65 años declararon que su salud era regular, mala o muy mala en Lituania, Letonia, Portugal, Estonia y Hungría. Las mujeres son ligeramente más propensas que los hombres a considerar su salud mala: en promedio, 57% de las mujeres reportaron que su salud era regular, mala o muy mala en todos los países de la OCDE en 2019, en comparación con 53% de los hombres. Menos de 40% del total de la población de 65 años o más reportaron tener salud mala o regular en Irlanda, Suiza, Noruega, Suecia y Países Bajos. La tasa más baja de salud mala o regular para las mujeres se reportó en Irlanda (28.8%), mientras que la tasa más baja para los hombres se reportó en Suiza (30.1%).

En todos los países de la OCDE con datos disponibles, las personas mayores del quintil de ingresos más bajo tienen más probabilidad de calificar su salud como mala, que las del quintil más alto (Figura 10.6). En 26 países de la OCDE en promedio, cerca de una de cada tres personas (27.1%) en el quintil de ingresos más bajo, reportó que su salud era mala o muy mala en 2019, en comparación con una de cada nueve (11.1%) en el quintil más alto. En todos los países, excepto en cinco (Austria, Alemania, Italia, Luxemburgo y Grecia), las personas del quintil de ingresos más bajo tienen al menos el doble de probabilidades de reportar que su salud es mala, en comparación con las del quintil más alto. En seis países (Noruega, Lituania, Suiza, República Checa, Islandia y Suecia), los adultos de 65 años o más del quintil de ingresos más bajo, tienen al menos cuatro veces más probabilidad de reportar que su salud es mala, en comparación con los del quintil más alto.

En 27 países europeos de la OCDE, 50% de las personas de más de 65 años reportaron tener al menos algunas limitaciones en sus actividades diarias: 34% reportó tener algunas limitaciones, y otro 16%, limitaciones severas (Figura 10.7). Muchos de los países que registran las tasas más altas de mala salud autoreportada, también tienen altas tasas de limitaciones en las actividades diarias. En República Eslovaca y Letonia, casi tres de cada cuatro adultos a partir de 65 años reportaron al menos algunas limitaciones en las actividades de la vida diaria, mientras que en Estonia, República Eslovaca y Turquía, uno de cada cuatro adultos a partir de 65 años reportaron limitaciones severas. Por el contrario, solo una de cada cinco personas de 65 años y mayores en Suecia (21%) y Noruega (23%) declaró tener limitaciones en sus actividades diarias.

Definición y comparabilidad

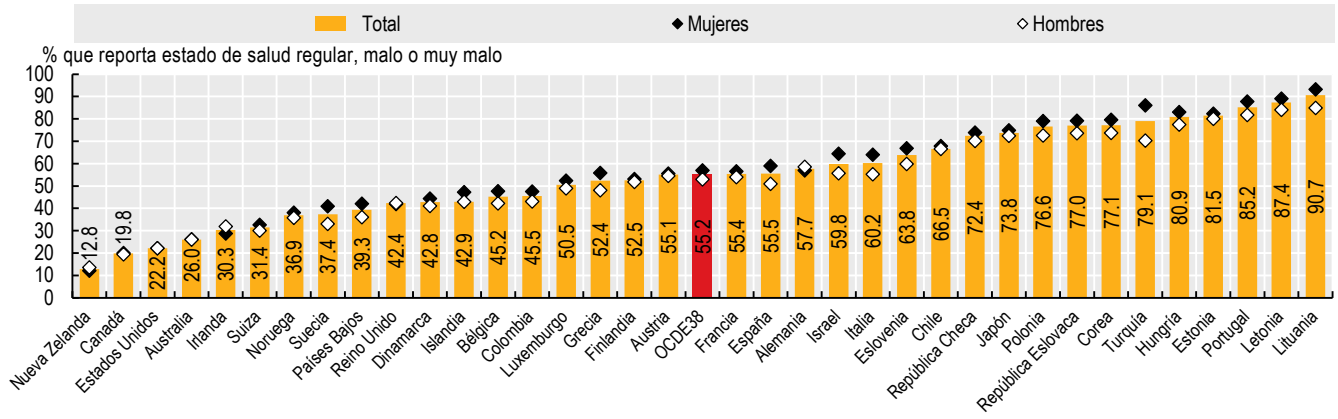
Los reportes del estado de salud reflejan la percepción general que la gente tiene sobre su salud, incluyendo las dimensiones física y psicológica. Los encuestados normalmente responden preguntas del tipo "¿Cómo calificaría su salud en general? Muy buena / buena / regular / mala / muy mala". *OECD Health Statistics* reporta cifras de la proporción de personas que califican su salud como regular, mala y muy mala combinadas.

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 del estado de salud entre encuestas y países. En particular, la escala de respuestas usada en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos, es asimétrica (sesgada hacia el lado positivo), pues incluye las categorías "Excelente/ muy buena / buena / regular / mala". Los datos reportados en *OECD Health Statistics* se refieren a los encuestados que responden una de las dos respuestas negativas (regular o mala). Por el contrario, en la mayoría de los demás países de la OCDE, la escala es simétrica, con las categorías de respuesta "Muy buena / buena / regular / mala / muy mala". Los datos de estos países se refieren a las últimas tres categorías (regular, mala y muy mala). Estas diferencias en las categorías de las respuestas pueden generar un sesgo ascendente en los resultados de los países que usan una escala asimétrica.

La percepción del estado de salud por quintil de ingresos se basa en datos de Eurostat con las categorías de respuesta "Muy buena / buena / regular / mala / muy mala". Los datos sobre desigualdades por ingreso en la percepción del estado de salud analizan la diferencia en la proporción de adultos de 65 años o más que reportan su estado de salud como malo o muy malo, y no incluye a los individuos que consideran que su estado de salud es regular.

La categoría de limitaciones en las actividades diarias se mide con la pregunta de GALI que aparece en la encuesta EU-SILC: "Al menos durante los últimos 6 meses, ¿ha estado limitado debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente normalmente lleva a cabo? Sí, muy limitado / Sí, limitado / No, sin limitación". Las personas internadas en instituciones no son encuestadas, lo que resulta en una subestimación de la prevalencia de discapacidad. Nuevamente, la medida es subjetiva, y los factores culturales pueden afectar las respuestas de la encuesta.

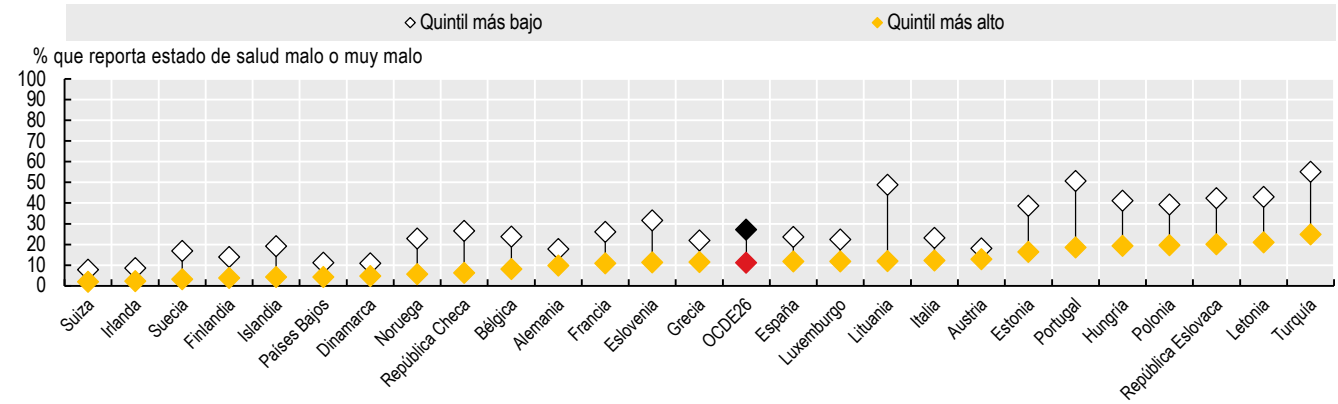
Figura 10.5. **Adultos a partir de 65 años que califican su estado de salud como regular, malo o muy malo, 2019 (o año más cercano)**



Nota: Los números para hombres y mujeres son muy cercanos en Canadá, Estados Unidos, Australia y Reino Unido. Los datos de Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos y Australia, tienen un sesgo descendente en relación con otros países y no son directamente comparables.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/gpyzs4

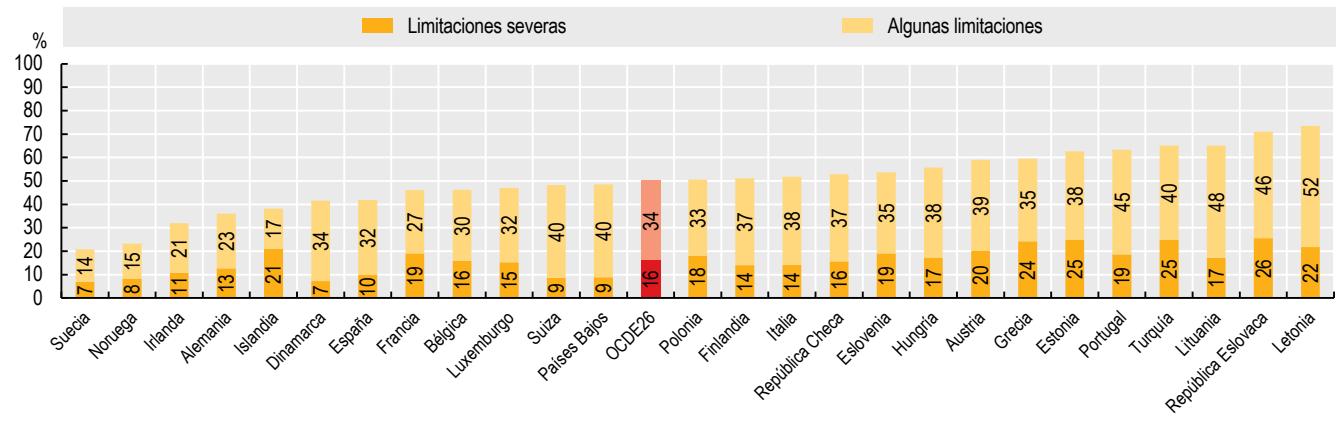
Figura 10.6. **Adultos a partir de 65 años que califican su estado de salud como malo o muy malo, por nivel de ingreso, países europeos, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: Base de datos Eurostat.

StatLink https://stat.link/zma7ph

Figura 10.7. **Limitaciones en las actividades diarias de adultos de 65 años y mayores, países europeos, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: Base de datos Eurostat.

StatLink https://stat.link/gajpvt

Demencia

La demencia representa uno de los mayores retos asociados con el envejecimiento de la población. El término "demencia" describe una variedad de desórdenes mentales, como la enfermedad de Alzheimer, que progresivamente causan daño cerebral y deterioro de la capacidad funcional de las personas y sus relaciones sociales. A pesar de que se invierten miles de millones de dólares en investigación de trastornos relacionados con la demencia, no hay cura, y es posible que recién ahora estén surgiendo los tratamientos que pudieran modificarla sustancialmente.

Se estima que más de 21 millones de personas en los países de la OCDE padecían demencia en 2021. Si esta tendencia continúa, esta cifra se duplicará hacia 2050, alcanzando casi 42 millones de personas en los países de la OCDE. La edad sigue siendo el factor de riesgo más importante: en los 38 países de la OCDE, la prevalencia promedio de demencia aumenta de 2.2% entre personas de 65 a 69 años de edad, a casi 42% entre personas de 90 años o mayores. Esto significa que a medida que las poblaciones envejecen, el número de personas que viven con demencia también se incrementará –especialmente si la proporción de población de más de 80 años aumenta. Actualmente los países con la población de mayor edad en la OCDE –como Japón, Italia y Alemania– también tienen la mayor prevalencia de demencia. En promedio, se calcula que 15 personas por cada 1 000 habitantes en los países de la OCDE tienen demencia (Figura 10.8). En ocho países, más de 20 personas por cada 1 000 habitantes padecen algún trastorno relacionado con la demencia. Hacia 2050, todos los países de la OCDE excepto cinco (República Checa, Hungría, Israel, México y República Eslovaca) tendrán una prevalencia de demencia de más de 20 personas por cada 1 000 habitantes, mientras que en cinco países (Grecia, Italia, Japón, Corea y España), más de una de cada 25 personas padecerá demencia.

Sin embargo, aun cuando no hay un tratamiento disponible en la mayoría de los países de la OCDE, los sistemas de salud y trabajo social pueden hacer mucho para mejorar la atención y la calidad de vida de las personas que padecen demencia y sus familias. En años recientes, al menos 25 países de la OCDE desarrollaron o anunciaron planes o estrategias para demencia, y se presta cada vez más atención a la reducción del estigma asociado con la enfermedad, y la adaptación de las comunidades e instalaciones de atención para satisfacer las necesidades de las personas con demencia (OECD, 2018[1]).

Aunque los medicamentos antipsicóticos pueden reducir los síntomas psicológicos y de conducta que afectan a muchas personas con demencia, la disponibilidad de intervenciones no farmacológicas efectivas –así como los riesgos de salud asociados y las cuestiones éticas de los medicamentos antipsicóticos– implican que se recomienden solo como último recurso. Sin embargo, el uso inapropiado de estos medicamentos sigue siendo extenso, y la reducción del abuso de los mismos es una política prioritaria para muchos países de la OCDE. En 19 países de la OCDE en 2019, más de 5% de los adultos de 65 años o más recibieron una prescripción de medicamentos antipsicóticos. Esto enmascara la amplia variación de las tasas de prescripción entre países. Con excepción de Letonia, la prescripción de antipsicóticos varía en un factor de seis en la mayoría de los países de la OCDE, de solo 16 prescripciones por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores en Suecia, a 97 prescripciones por cada 1 000 en Irlanda. Adicionalmente, las tasas de prescripción de antipsicóticos estandarizadas por edad fueron más altas para las mujeres que para los hombres en todos los países de la OCDE. En promedio, en 19 países de la OCDE, es 31% más probable que se prescriban medicamentos antipsicóticos a mujeres que a hombres (Figura 10.9).

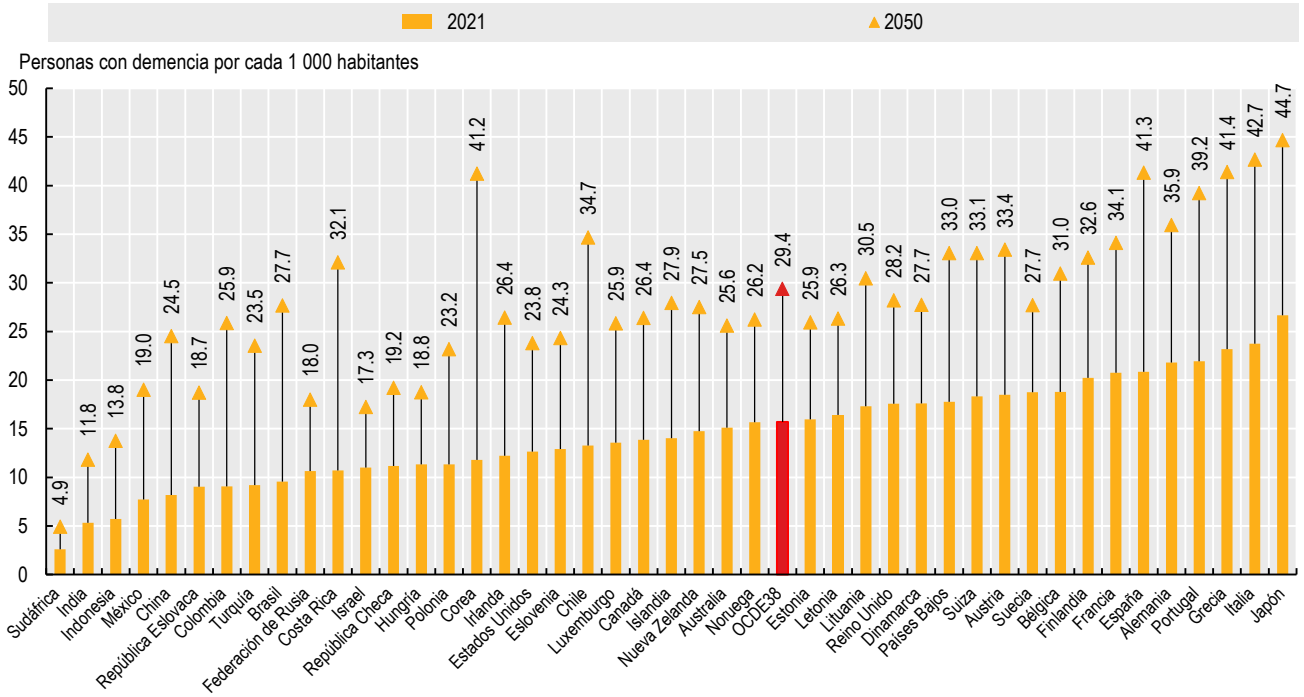
Las personas que padecen demencia han sido severamente afectadas por la pandemia de COVID-19. Las medidas puestas en marcha para contener al virus –principalmente las limitaciones o prohibición estricta de visitas a instalaciones de cuidados de largo plazo– incrementaron el aislamiento social dramáticamente. Los efectos de largo plazo de las medidas de contención puestas en marcha para controlar la pandemia, pueden ser impactos negativos en el deterioro cognitivo y bienestar de muchas personas que padecen demencia.

Definición y comparabilidad

Los estimados de prevalencia de la Figura 10.8 provienen del *World Alzheimer Report 2015*, que incluye una revisión sistemática de estudios de prevalencia de demencia en el mundo. La prevalencia por país se calculó aplicando los índices de prevalencia específicos por edad para las regiones relevantes a los estimados de población de Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas –revisión 2019. Las diferencias entre países, por lo tanto, dependen de la estructura de edad de la población: los países con mayor población de edad avanzada tienen más personas con demencia. El análisis de *World Alzheimer Report 2015* incluye estudios llevados a cabo desde 1980, con la suposición de 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 tasas fijas de prevalencia específicas por edad tanto para 2019 como para 2050. Aunque las tasas de prevalencia específicas por género estaban disponibles en algunas regiones, en este análisis se usaron tasas generales. En algunas regiones y países existen estimados de prevalencia más actualizados, pero se utilizaron los datos de *World Alzheimer Report 2015* para asegurar la consistencia de la metodología en todos los países de la OCDE.

Los medicamentos antipsicóticos se definen de manera consistente en todos los países usando los códigos de la *Anatomical Therapeutic Classification* (ATC). El numerador incluye a todos los pacientes del registro de medicamentos con una prescripción de un fármaco del subgrupo N05A de ATC. El denominador es el número total de personas en el registro. La mayoría de los países no pueden identificar cuáles prescripciones son para personas con demencia, por lo que el indicador de antipsicóticos abarca a todas las personas a partir de 65 años. Se requiere cierta precaución al hacer inferencias sobre la población con demencia, ya que no es seguro que una mayor tasa de prescripción entre todos los mayores de 65 años se traduzca en más prescripciones para personas con demencia. Sin embargo, las mediciones en 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 la demencia.

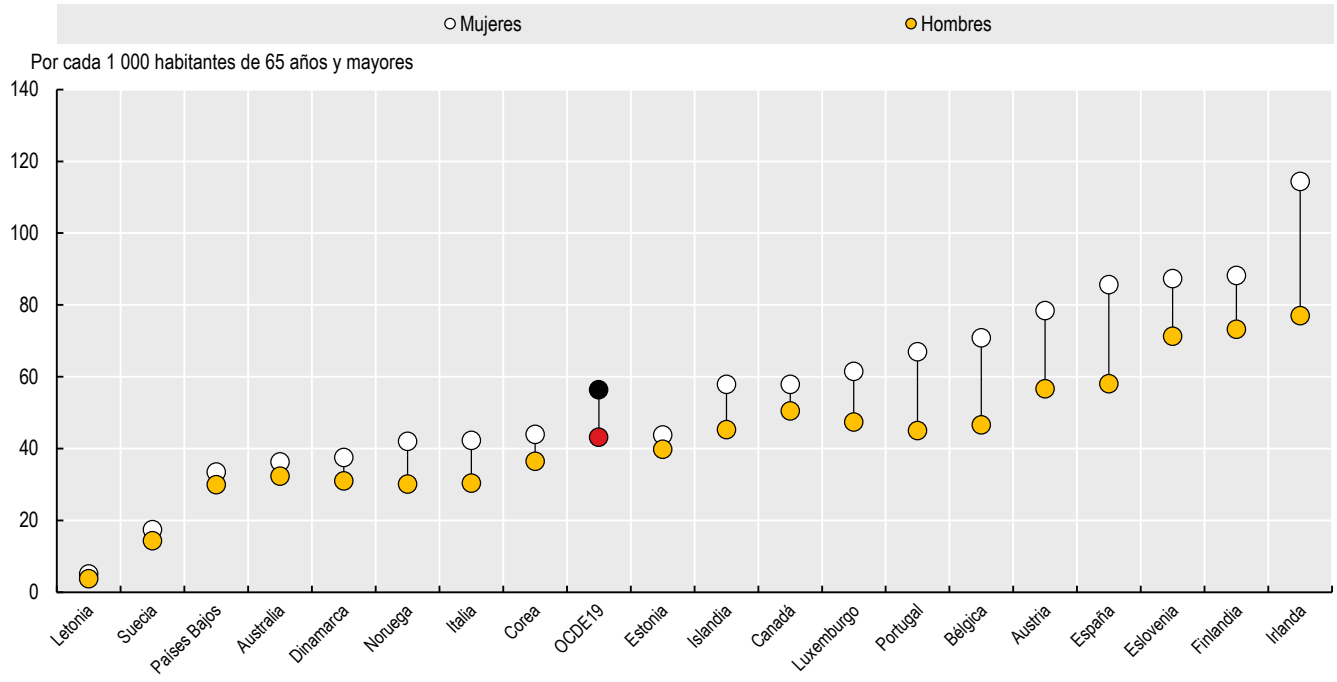
Figura 10.8. **Prevalencia estimada de demencia, 2021 y 2050**



Fuentes: Análisis de la OCDE de datos del World Alzheimer Report 2015 y de World Population Prospects.

StatLink https://stat.link/70a36x

Figura 10.9. **Tasas de prescripción de antipsicóticos por género, 2019 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/xhdurp

Seguridad en cuidados de largo plazo

A medida que la población de los países de la OCDE envejece rápidamente, se incrementa la demanda en el sector de cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) para prestar servicios a más personas de mayor edad, con condiciones complejas y mayores necesidades de atención de expertos. Esto ha puesto una enorme presión en los sistemas de LTC, que se proyecta será aún mayor en los próximos años en tanto las poblaciones de la OCDE siguen envejeciendo.

Los riesgos de seguridad en las instalaciones de LTC se han hecho evidentes por la rápida propagación de la COVID-19 entre los residentes y el personal en contextos de LTC (véase el Capítulo 2). La edad avanzada de muchos residentes, la falta de equipo de protección personal y el control deficiente de las infecciones hicieron que en muchos centros de LTC se presentaran brotes que se propagaron rápidamente (OECD, 2020[4]).

Más de la mitad de los daños que se producen en centros de LTC son prevenibles, y más de 40% de las admisiones hospitalarias de LTC son evitables. La reducción y prevención de daños en LTC son un fin en sí mismas, pero también deben tomarse en cuenta los aspectos económicos. El costo total de admisiones evitables debido a fallas de seguridad en instalaciones de LTC fue de casi 18 000 millones de dólares en 2016 en los países de la OCDE. Esta cifra equivale a 2.5% del gasto total en atención hospitalaria, o 4.4% del gasto total en cuidados de largo plazo (de Bienassis, Llena-Nozal y Klazinga, 2020[5]).

Para las personas mayores, la mayoría de las directrices aconsejan evitar por completo (es decir, una tasa ideal de 0%) las benzodiazepinas debido al riesgo de mareo, confusión y caídas. Aun así, se prescriben benzodiazepinas a adultos mayores para tratar ansiedad y trastornos del sueño, a pesar de estos riesgos. El uso prolongado de benzodiazepinas puede provocar efectos adversos (sobredosis), tolerancia, dependencia y aumento de la dosis. Además, se desaconseja el uso de benzodiazepinas de acción prolongada (a diferencia de las de acción corta) en los adultos mayores porque el organismo tarda más en eliminarlas (OECD, 2017[6]).

El uso de benzodiazepinas varía considerablemente, pero en promedio ha disminuido entre 2009 y 2019 en los países de la OCDE (Figura 10.10). Las disminuciones más importantes en el uso crónico se han presentado en Islandia, Portugal y Dinamarca. En Corea, Islandia y Dinamarca se ha observado la mayor disminución en el uso de benzodiazepinas de acción prolongada. La amplia variación se explica en parte por las diferencias en las políticas de prescripción y reembolso de benzodiazepinas, así como en la prevalencia de enfermedad y directrices de tratamiento.

El envejecimiento y la multimorbilidad requieren a menudo que los pacientes mayores tomen múltiples medicamentos (polifarmacia) durante largos períodos de su vida. Si bien la polifarmacia se justifica en muchos casos para el tratamiento de múltiples enfermedades, la polifarmacia inadecuada aumenta el riesgo de efectos adversos, errores de medicación y daños, que se traducen en caídas, episodios de confusión y delirios. Los efectos adversos de medicamentos causan cada año 8.6 millones de hospitalizaciones imprevistas en Europa (Mair et al, 2017[7]).

En una selección de 16 países con una cobertura de datosmás amplia, las tasas de polifarmacia entre personas mayores variaron más de 8 veces en 2019, siendo las tasas de Turquía las más bajas, y las de Luxemburgo las más altas (Figura 10.11). Estas amplias variaciones se explican en parte por la puesta en marcha de iniciativas específicas de polifarmacia en algunos países, que incluyen políticas de reembolso y de prescripción relacionadas. Los países que no pueden separar los datos de prescripción en la atención primaria de los de cuidados de largo plazo, muestran un promedio más alto y una mayor variación de tasas de polifarmacia que los países con datos separados de prescripción en atención primaria.

Una de las principales preocupaciones en cuanto a las infecciones nosocomiales es el aumento de las bacterias resistentes a los antibióticos, que pueden causar infecciones que son difíciles o incluso imposibles de tratar. Las infecciones pueden provocar un aumento significativo de la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, y de los costos para el sistema de salud. Además, en general se considera que estas infecciones pueden prevenirse con medidas estándar de prevención e higiene. Las infecciones nosocomiales más frecuentes en instalaciones de LTC son las infecciones del tracto urinario, las infecciones del tracto respiratorio inferior y las infecciones de la piel y los tejidos blandos.

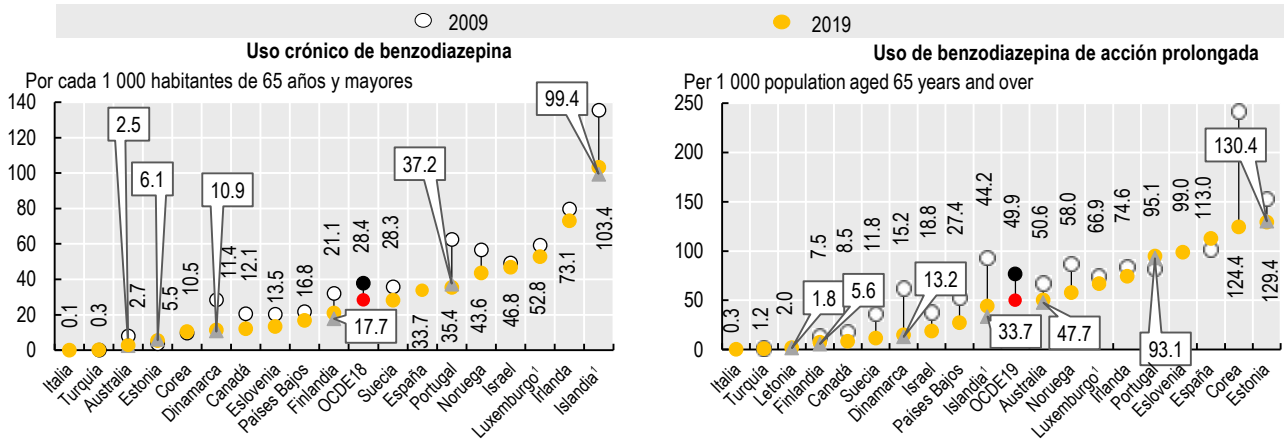
La Figura 10.12 muestra las proporciones de bacterias resistentes a los antibióticos aisladas de residentes de centros de cuidados de largo plazo. En promedio, más de una cuarta parte de las bacterias aisladas eran resistentes –al igual que los niveles observados en los hospitales de cuidados agudos.

Definición y comparabilidad

Véase el recuadro "Definición y comparabilidad" en el indicador "Seguridad en la prescripción en atención primaria" en el Capítulo 6, para más detalle en cuanto a la definición y comparabilidad de datos de prescripción entre países.

Los datos de proporción de resistencia se basan en un indicador compuesto de resistencia a los antibióticos desarrollado por el *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) (Suetens et al., 2018[8]). Los datos fueron obtenidos de encuestas de prevalencia puntual realizadas entre 2016 y 2017 por el ECDC y los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) en Estados Unidos, en las instalaciones de cuidados de largo plazo participantes. Las instalaciones en los datos de ECDC incluyen hogares de ancianos en general, y una mezcla de instalaciones de cuidados de largo plazo y residenciales, y excluyen instalaciones especializadas de cuidados de largo plazo, según lo define ECDC. En los datos de CDC solo se incluyen hogares de ancianos. Las encuestas de prevalencia puntual son actualmente la mejor herramienta para recolectar datos comparables internacionalmente en contextos de cuidados de largo plazo, pero están sujetas a sesgos debido a la selección de instalaciones, prácticas locales de registro y capacitación de los observadores. Los países considerados de baja representatividad tuvieron poca participación en las instalaciones de cuidados de largo plazo, lo que puede generar mayor variación o cálculos sesgados.

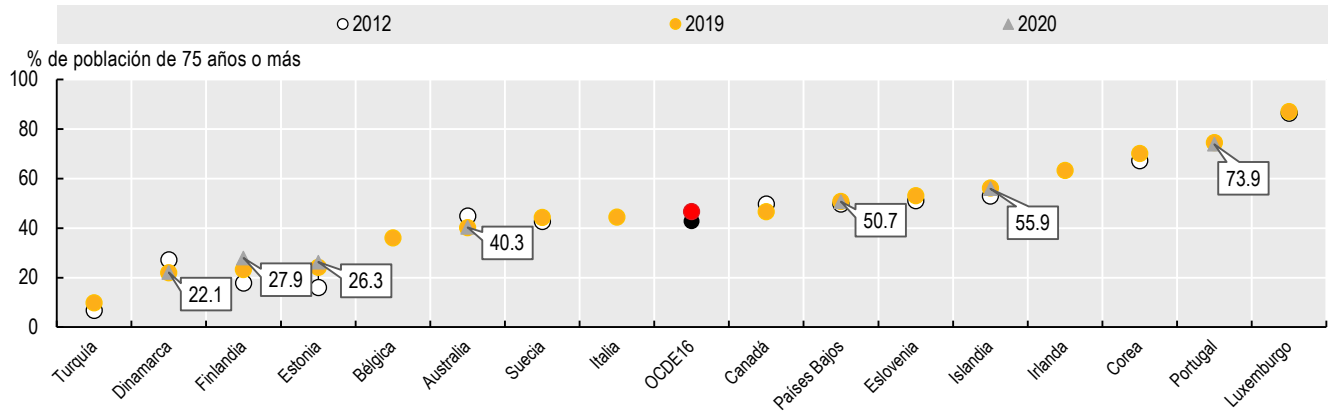
Figura 10.10. **Tendencias de uso de benzodiazepina en adultos de 65 años o más: uso crónico y de acción prolongada, 2009, 2019 (o años más cercanos) y 2020**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/r4w7g9

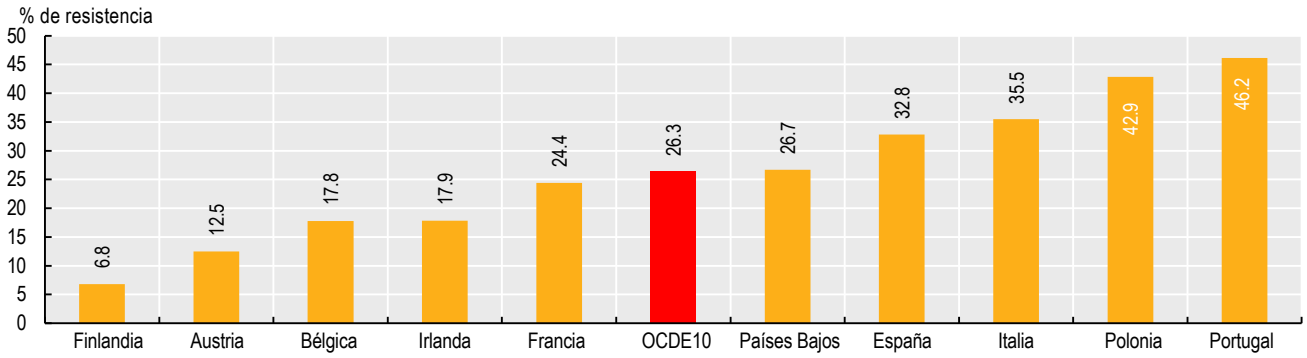
Figura 10.11. **Población de 75 años o más que consume más de cinco medicamentos simultáneamente, 2012, 2019 (o año más cercano) y 2020**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/9mvjon

Figura 10.12. **Proporción bacterias resistentes a los antibióticos aisladas de infecciones asociadas con la atención en cuidados de largo plazo, 2016-2017**



Nota: Basado en el indicador compuesto de resistencia a los antibióticos desarrollado por ECDC. Sólo se incluyen países con más de 15 bacterias aisladas.
Fuente: ECDC.

StatLink https://stat.link/cnzhk6

Acceso a cuidados de largo plazo

En 2019 en todos los países de la OCDE, un promedio de 10.7% de la población a partir de 65 años recibió cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), en su domicilio o en instalaciones para ese fin (Figura 10.13). Más de una de cada cinco personas a partir de 65 años recibieron servicios de LTC en Israel (23.1%) y Suiza (23.4%), en comparación con menos de 5% en Canadá (3.8%), República Eslovaca (3.4%), Irlanda (3.2%), Japón (2.6%), Portugal (1.9%) y Polonia (0.8%)

La mayoría de los receptores de servicios de LTC son adultos mayores (Figura 10.4). Aunque los servicios de cuidados de largo plazo también se prestan a grupos de personas más jóvenes con discapacidades, es más probable que las personas desarrollen discapacidades y necesiten apoyo de LTC a medida que envejecen. En 2019, solo 25% de los receptores de LTC en los países de la OCDE en promedio eran menores de 65 años, mientras que 26% tenía entre 65 y 79 años de edad. Los adultos de 80 años y mayores representan la mayoría de los receptores de LTC en los países de la OCDE. En promedio en los países de la OCDE, 49% de los receptores de LTC eran adultos a partir de 80 años en 2019. En Japón, más de cuatro de cada cinco (84%) receptores de LTC tenían 80 años o más, mientras que las personas de 0 a 64 años representaban solo 1% de los receptores de LTC.

Aunque el envejecimiento de la población es un factor importante en el aumento de usuarios de servicios de LTC a lo largo del tiempo, la variación entre países en la proporción de receptores de edad avanzada sugiere que otros factores –especialmente servicios de LTC financiados con fondos públicos– también determinan el uso de estos servicios. Por ejemplo, Israel tiene una de las poblaciones más jóvenes de los países de la OCDE, pero una proporción superior al promedio recibe cuidados de largo plazo. Dado que la información sobre personas que reciben cuidados de largo plazo fuera de los sistemas públicos es más difícil de recabar y puede no ser reportada en todos los casos, las cifras de los países que dependen en mayor medida de servicios privados pueden ser artificialmente bajas. Las normas culturales sobre el grado de cuidado de las personas mayores por parte de sus familias también pueden ser un factor importante en el uso de servicios formales (véase el indicador "Cuidadores informales").

Muchas personas que requieren cuidados de largo plazo desean permanecer en sus hogares el mayor tiempo posible. En respuesta a estas preferencias –y a los elevados costos de LTC en instalaciones especializadas– muchos países de la OCDE han desarrollado servicios de apoyo a los cuidados domiciliarios para los adultos mayores. Sin embargo, los cambios en las prioridades políticas no siempre se han traducido en un alejamiento significativo de los servicios de LTC prestados en instalaciones especializadas. Entre 2009 y 2019, la proporción de receptores de LTC que recibieron atención en su domicilio aumentó solo marginalmente, de 67% a 68% (Figura 10.14). Los incrementos fueron especialmente importantes en Portugal, Australia, Finlandia, Alemania y Suiza. Parte del incremento en Alemania se debió a reformas políticas que ampliaron la definición de LTC, con lo que se incrementó el número de receptores de servicios. En Australia, de forma similar, las reformas que ampliaron el financiamiento de servicios para personas mayores e incrementaron el número disponible de paquetes de servicios domiciliarios, han generado un aumento en el número de receptores de LTC. Mientras que la proporción de receptores de LTC que viven en sus hogares se ha incrementado en la última década en la mayoría de los países de la OCDE, ha disminuido significativamente en Estonia, donde se ha dado un incremento en la disponibilidad de cuidados generales en instituciones, y el número de usuarios de servicios añadidos en el hogar ha aumentado a un ritmo más lento en comparación con los servicios de 24 horas del sistema de seguridad social.

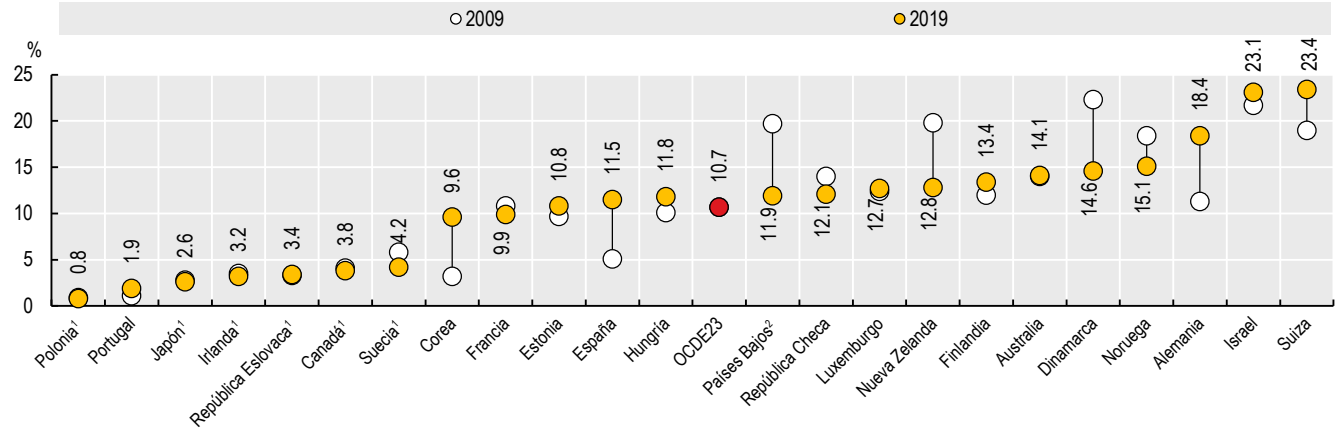
viven con limitaciones en las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y en las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés), es posible que no siempre reciban suficiente apoyo formal en cuanto a cuidados de largo plazo. Entre las personas de 65 años y mayores de 22 países europeos, la mitad de los individuos que viven en casa con al menos una limitación en las ADL o IADL –y casi dos de cada cinco (37%) de las personas que viven con tres o más limitaciones en las ADL/IADL– reportaron no haber tenido suficiente ayuda informal para LTC, o no haber recibido apoyo formal para LTC (Figura 10.15).

Definición y comparabilidad

Se define a los receptores de LTC como aquellas 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 se incluye a los receptores de beneficios en efectivo, como programas elegidos por el consumidor, cuotas por servicios y 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. El concepto de cuidados domiciliarios de largo plazo se refiere a las personas con restricciones funcionales que reciben la mayor parte de los cuidados que requieren en su hogar. Cuidados domiciliarios también se aplica al uso de instituciones de forma temporal, cuidados comunitarios y centros de cuidados ambulatorios, así como disposiciones residenciales diseñadas especialmente para ese propósito. Los datos disponibles de Polonia, Irlanda, Canadá, República Eslovaca, Islandia y Bélgica solo incluyen personas que reciben LTC en instituciones, de modo que el número total de receptores es una subestimación. En Estonia, la disminución en el número de receptores de cuidados domiciliarios se refiere a quienes tienen un "cuidador" asignado por el gobierno local. El incremento en los usuarios de otros servicios domiciliarios de asistencia social no ha compensado esta disminución, en parte debido al hecho de que no todos los servicios domiciliarios se consideran servicios de salud de largo plazo. En Nueva Zelanda, la disminución del número de receptores de atención domiciliaria entre 2009 y 2019 se puede atribuir en parte a un cambio en la metodología, así como a reevaluaciones más consistentes de las necesidades de atención domiciliaria de parte de los Consejos Distritales de Salud.

En muchos países es difícil recabar datos de servicios de LTC, y las cifras tienen limitaciones. La información de algunos países se refiere solo a las personas que reciben atención financiada con fondos públicos, mientras que la de otros incluye a las personas que pagan por sus propios servicios. Los datos del indicador de necesidades no atendidas de LTC, se refieren a la población de 65 años y mayores, con base en la octava entrega de la encuesta *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), de 2019 y 2020. Es importante resaltar que la pandemia de COVID-19 puede haber afectado el trabajo de campo para la encuesta de 2020. Aunque no existe una definición aceptada internacionalmente de necesidades no atendidas de LTC, la encuesta SHARE facilita el cálculo de la proporción de personas mayores que reportan limitaciones en sus actividades diarias (ADL e IADL), que no recibieron atención domiciliaria formal o suficiente atención informal.

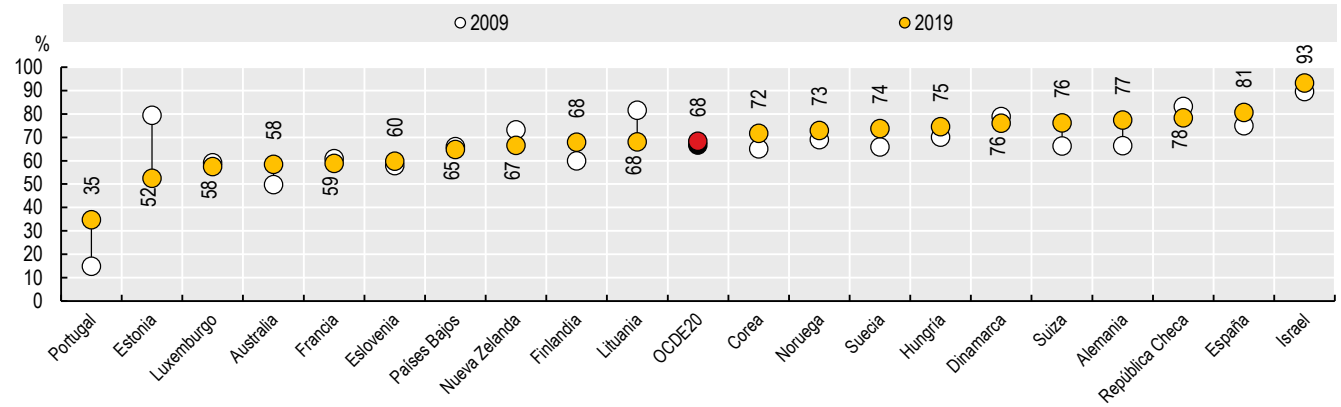
Figura 10.13. **Porcentaje de adultos de 65 años y mayores que reciben cuidados de largo plazo, 2009 y 2019 (o año más cercano)**



1. Incluye solamente a receptores en instituciones de LTC. 2. Datos de 2018.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/w09fn2

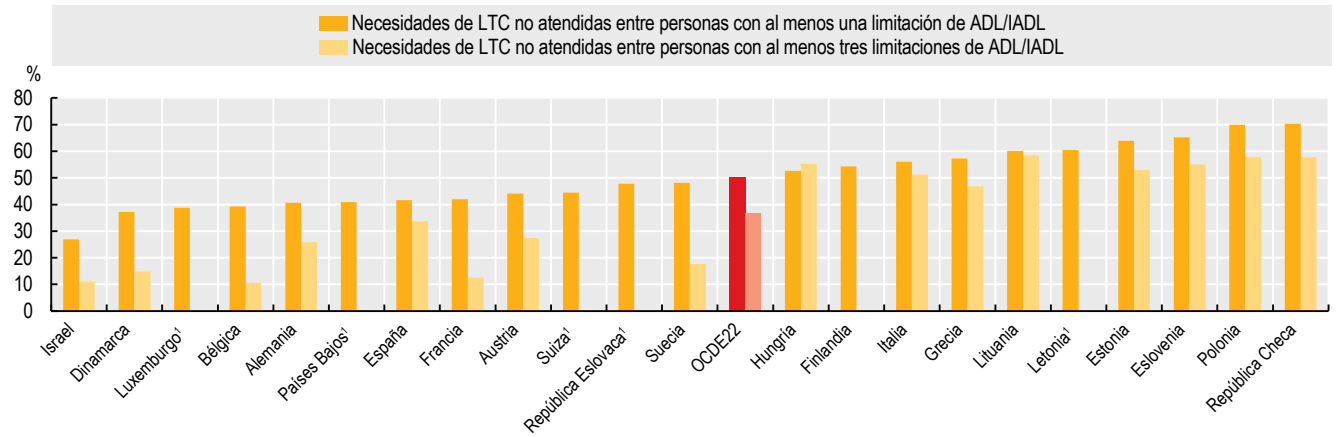
Figura 10.14. **Receptores de cuidados de largo plazo de 65 años y mayores que reciben atención en su hogar, 2009 y 2019) o año más cercano**



Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/rg7h3c

Figura 10.15. **Necesidades no atendidas de cuidados de largo plazo entre personas de 65 años y mayores que viven en su hogar, 2019-2020**



1. Tamaño de muestra insuficiente.
Fuente: SHARE, entrega 8 (2019-2020).

StatLink https://stat.link/pru3dy

Cuidadores informales

La familia y los amigos son las fuentes más importantes 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 de la atención 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 la 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 familiares y amigos.

En promedio en los países de la OCDE que disponen de datos, alrededor de 13% de las personas a partir de 50 años reportaron proporcionar cuidados informales al menos semanalmente en 2019. Esta proporción fue cercana o superior a 20% en Bélgica, Austria, República Checa, Reino Unido y Alemania, e inferior a 10% en Portugal, Grecia, Lituania, Estados Unidos, Irlanda, República Eslovaca y Letonia (Figura 10.16). También existe variación en la intensidad de la atención prestada. Los índices más bajos de atención diaria se observaron en República Eslovaca y Letonia.

La provisión intensiva de cuidados se asocia con una reducción del compromiso laboral de los 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 implementado políticas para apoyar a los cuidadores familiares con el objeto de mitigar estos efectos negativos. Dos terceras partes de los países de la OCDE conceden licencias por cuidados, ya sea pagadas o no, mientras que los cuidados de relevo siguen estando fragmentados en muchos países. Además, dos terceras partes de los países de la OCDE ofrecen prestaciones en efectivo a cuidadores familiares; subsidios en efectivo para los receptores de cuidados, que pueden ser usados para pagar a cuidadores informales, o períodos de permisos laborales pagados para cuidadores informales. Algunos países (como Australia, Alemania y Luxemburgo) también prestan servicios de capacitación y asesoramiento, pero muchos dependen en gran medida del sector de voluntariado (OECD, próxima publicación[9]).

En los países de la OCDE, un promedio de 62% de las personas que proporcionaron cuidados informales a diario fueron mujeres en 2019 (Figura 10.17). España, Grecia y Portugal tienen el desbalance de género más grande, con más de 70% de mujeres proporcionando cuidados informales. Alrededor de dos terceras partes de los cuidadores se encargan de su padre, madre o cónyuge, pero los patrones de cuidado varían para diferentes grupos de edad. La encuesta reveló que es más probable que los cuidadores más jóvenes (entre 50 y 65 años) se hagan cargo del padre o la madre (Figura 10.18). Es más probable que sean mujeres y pueden no estar proporcionando cuidados a diario. Se observó que es más probable que los cuidadores de más de 65 años se hagan cargo de su cónyuge. El cuidado de un cónyuge tiende a ser más intensivo, pues requiere cuidados diarios, y la probabilidad de que hombres o mujeres desempeñen este papel es equivalente.

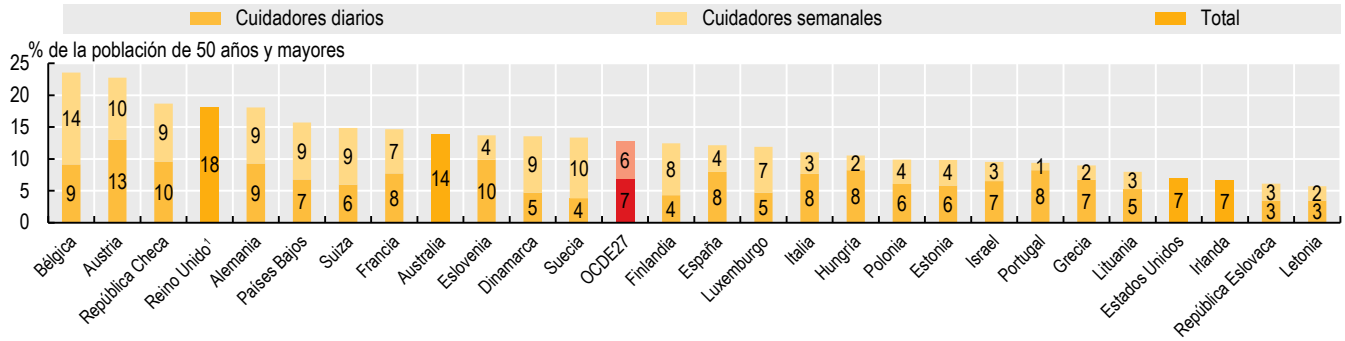
El hecho de que menos personas proporcionen cuidados diarios en países con sistemas más robustos de LTC formales, indica que existe una compensación entre los cuidados informales y los formales. La reducción del tamaño de las familias, la mayor movilidad geográfica y las crecientes tasas de participación de las mujeres en el mercado laboral significan que existe un riesgo de que menos personas tendrán disposición y posibilidad de proporcionar cuidados informales en el futuro. Aunado a los efectos del envejecimiento de la población, 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 aquellas personas que proporcionan cualquier tipo de ayuda a personas de edad avanzada, ya sean familiares, amigos o personas en su círculo social, que viven o no en sus hogares y requieren ayuda con las actividades diarias. Los datos que se presentan se refieren solamente a la población a partir de 50 años, y se basan en encuestas nacionales para Australia (Survey of Disability and Carers – SDC), Reino Unido (English Longitudinal Study of Ageing – ELSA), Estados Unidos (Health and Retirement Survey – HRS), y una encuesta internacional para otros países europeos (SHARE). Los datos de Irlanda provienen del censo de 2016.

Las preguntas sobre la intensidad de los cuidados varían entre encuestas. En SHARE, se pregunta a los cuidadores con qué frecuencia proporcionaron atención en el último año; este indicador incluye personas que proporcionaron cuidados al menos semanalmente. Es importante resaltar que la pandemia de COVID-19 puede haber causado que la gente asumiera su papel e identidad como cuidadores informales. En ELSA, se preguntó a los encuestados si habían proporcionado atención en la última semana, que puede ser comparable con "al menos semanalmente". Las preguntas en HRS y SDC son menos comparables con las de SHARE. En HRS se incluye a los cuidadores si proporcionaron más de 200 horas de atención en el último año. En SDC, se define a un cuidador como quien ha proporcionado asistencia informal continua por al menos seis meses. Se excluye a las personas que se hacen cargo de niños con discapacidades en los países europeos, pero sí están incluidos en los datos de Estados Unidos y Australia. Sin embargo, los datos de Estados Unidos incluyen solamente a quienes se hacen cargo de alguien fuera de su hogar. Australia e Irlanda consideran a todos los cuidadores informales en conjunto. Como resultado, los datos de Australia, Irlanda y Estados Unidos pueden no ser comparables con los de otros países.

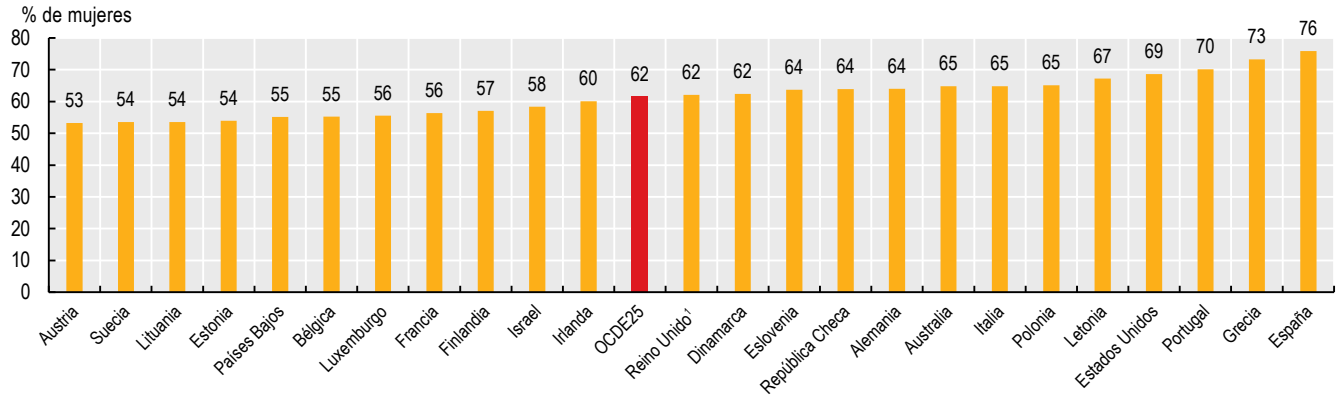
Figura 10.16. **Proporción de cuidadores informales de la población de 50 años y mayores, 2019 (o año más cercano)**



Nota: La definición de cuidadores informales varía entre encuestas (véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). 1. Los datos se refieren a Inglaterra solamente.
Fuente: SHARE, entrega 8 (2019-2020); SDC (2018) para Australia; ELSA, entrega 8 (2017) Para Reino Unido; HRS, entrega 14 (2018-2019) para Estados Unidos; Censo 2016 para Irlanda.

StatLink https://stat.link/b3nj6o

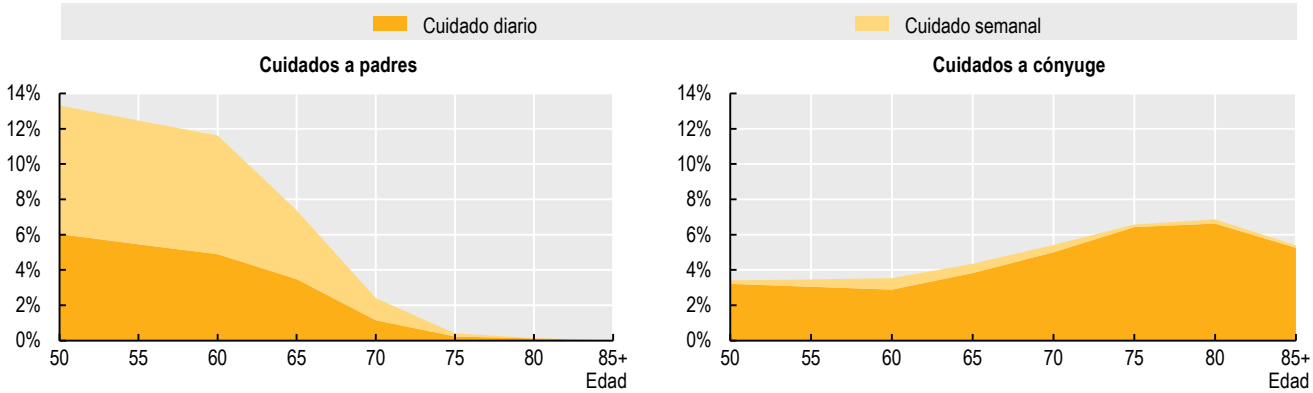
Figura 10.17. **Proporción de mujeres entre los cuidadores informales diarios de 50 años y mayores, 2019 (o año más cercano)**



Nota: La definición de cuidadores informales varía entre encuestas (véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). 1. Datos para Inglaterra solamente.
Fuente: SHARE, entrega 8 (2019-2020); SDC (2018) para Australia; ELSA, entrega 8 (2017) para Reino Unido; HRS, entrega 14 (2018-19) para Estados Unidos; Censo 2016 para Irlanda.

StatLink https://stat.link/3p0yuh

Figura 10.18. **Proporción de cuidadores informales en la población de 50 años y mayores, por receptores de cuidado y edad, diario y semanal, países europeos de la OCDE, 2019-2020**



Fuente: SHARE, entrega 8 (2019-2020).

StatLink https://stat.link/l3yutp

Personal de cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), son un servicio muy demandante de mano de obra, y en muchos casos la atención formal es un complemento necesario del servicio informal y no remunerado que se presta a personas con necesidades de LTC (véase el indicador "Cuidadores informales"). Se define al personal formal de LTC como empleados remunerados –típicamente personal de enfermería y cuidadores personales– que proporcionan cuidados y/o asistencia a personas que están limitadas en sus actividades diarias, en sus hogares o en instituciones, excluyendo hospitales. Existen en promedio cinco trabajadores de LTC por cada 100 personas de 65 años y mayores en 32 países de la OCDE, y esta proporción varía de 12 en Noruega y Suecia, a menos de uno en Grecia, Polonia y Portugal (Figura 10.19). La pandemia de COVID-19 exacerbó la necesidad de aumentar los niveles de personal para sustituir a los trabajadores de LTC enfermos o aislados, y atender a los receptores de LTC enfermos. Aunque casi todos los países de la OCDE con datos disponibles han puesto en marcha medidas (como el financiamiento) para reclutar trabajadores de LTC directa o indirectamente, aún se podría hacer más (OECD, próxima publicación[3]).

En más de la mitad de los países de la OCDE, el envejecimiento de la población ha sobrepasado el crecimiento de la oferta de LTC. La fuerza laboral de LTC se ha estancado o ha decrecido, aún en los países donde la oferta de LTC es mucho mayor al promedio de la OCDE (como Noruega y Suecia). Nueve países tuvieron un pequeño incremento general en su oferta de LTC entre 2011 y 2019, pero solo de alrededor de un trabajador de LTC (o menos) por cada 100 personas de 65 años o mayores. A medida que las poblaciones siguen envejeciendo, es probable que la demanda de personal de LTC aumente. La respuesta a esta demanda creciente requerirá políticas para mejorar el reclutamiento y la retención de personal, y aumentar la productividad.

Menos de una cuarta parte de los trabajadores de LTC contaba con educación superior en los países de la OCDE en 2019 (Figura 10.20). Esto puede explicarse por el hecho de que los trabajadores de cuidado personal representan 70% de la fuerza laboral de LTC en promedio en los países de la OCDE, y hasta 90% en algunos países (Estonia, Suiza, Corea, Israel y Suecia). Solo Alemania, Hungría y Suiza cuentan con una oferta de personal de enfermería superior a la oferta de trabajadores de cuidado personal (OECD, 2018[10]). Actualmente, muy pocos países exigen a los trabajadores de cuidado personal tener niveles mínimos de educación, licencias y/o certificaciones. Sin embargo, a pesar de que el personal de LTC en su mayoría son trabajadores menos calificados, los cuidados de largo plazo requieren dedicar una cantidad significativa de tiempo a tareas más complejas que el cuidado personal. Los cuidadores personales no siempre tienen suficientes conocimientos y capacitación, lo que puede afectar la calidad de los servicios que prestan.

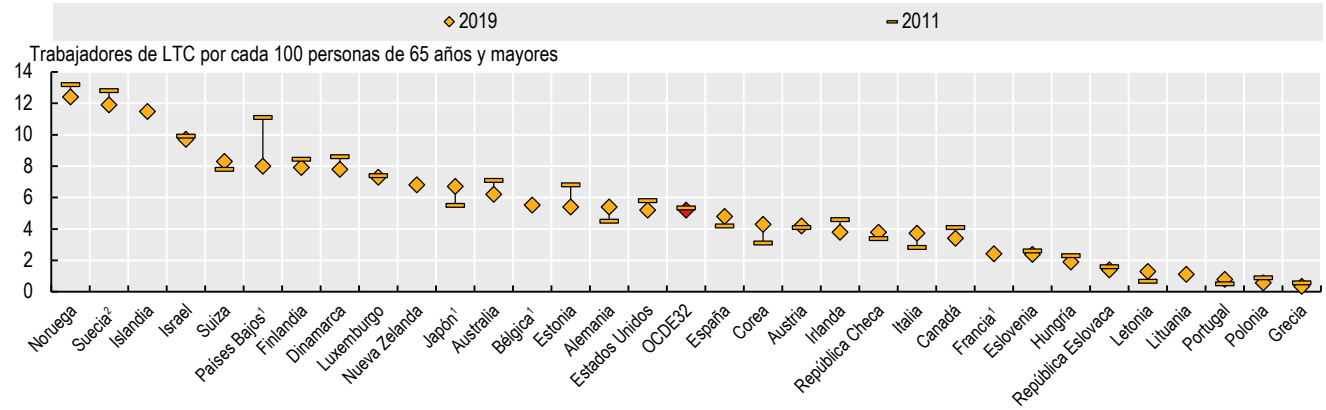
Es común que en el sector de LTC existan condiciones de trabajo atípicas (incluyendo trabajo temporal y de tiempo parcial) (Figura 10.21). Esto con frecuencia afecta a las mujeres en forma desproporcionada, puesto que en promedio alrededor de 90% de los empleos en el sector son desempeñados por mujeres. Por ejemplo, 42% de los trabajadores de LTC tuvieron empleos de tiempo parcial en los países de la OCDE en 2019. En muchos países del norte y centro de Europa, más de la mitad de los trabajadores de LTC tienen empleos de tiempo parcial. Esto es especialmente común entre los cuidadores personales y los que prestan sus servicios en los hogares. El hecho de que los servicios básicos de LTC sean requeridos principalmente por algunas horas en horarios específicos puede explicar estas cifras. El empleo temporal también es común, lo que contribuye a la inseguridad laboral en el sector. Solo alrededor de 17% del personal de LTC tuvo un contrato temporal en los países de la OCDE en 2019. Los porcentajes fueron alrededor de 40% o más en Japón y Polonia, mientras que fueron inferiores a 10% en Australia, Reino Unido, Irlanda, Bélgica y Luxemburgo. Sin embargo, casi una cuarta parte de los cuidadores tienen contratos de cero horas en Reino Unido. Los trabajadores con este tipo de contrato suelen tener menos acceso a la capacitación, no siempre cuentan con prestaciones como vacaciones anuales pagadas, tienen baja seguridad laboral, y tienen menos acceso a la protección social. La falta de continuidad del personal también afecta la calidad de los cuidados. Además, los cuidados de largo plazo suelen ser exigentes, tanto física como mentalmente, y la remuneración suele ser baja.

Definición y comparabilidad

Se define al personal de cuidados de largo plazo como trabajadores remunerados que proporcionan cuidados en el hogar o en instituciones (fuera de hospitales). Incluyen enfermeros calificados y cuidadores personales que proporcionan ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y otras formas de apoyo personal. Los cuidadores personales incluyen varias categorías que pueden recibir diferentes denominaciones en diferentes países. Debido a que los trabajadores de cuidado personal pueden no ser parte de las ocupaciones reconocidas, es más difícil recolectar datos comparables para esta categoría de trabajadores de LTC en los países. Los datos de *OECD Health Statistics 2021* 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 atención públicas o privadas. Excluyen al personal de enfermería que trabaja en administración. Las cifras se expresan como número de personas, y no el equivalente de tiempo completo.

En comparación con la última publicación de la OCDE sobre la fuerza laboral de LTC (OECD, 2018[10]), la metodología para seleccionar a los trabajadores de LTC en los conjuntos de datos de la encuesta *EU Labour Force Survey* (EU-LFS) cambió debido a las modificaciones en el acuerdo de Eurostat con los países de la UE sobre los umbrales de los tamaños de las muestras, lo que posiblemente generó un número ligeramente mayor de trabajadores.

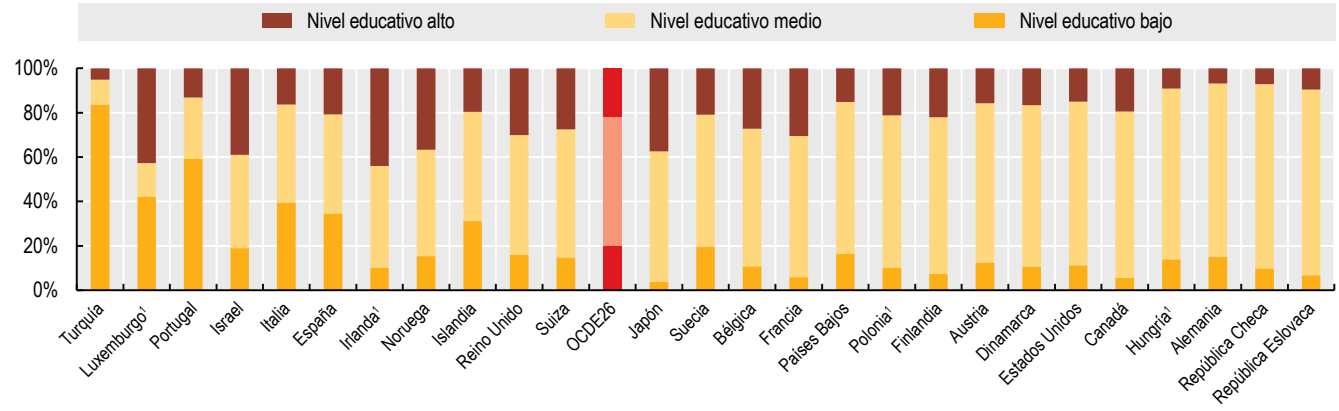
Figura 10.19. **Personal de cuidados de largo plazo por cada 100 personas de 65 años y mayores, 2011 y 2019 (o año más cercano)**



1. Interrupción de series temporales. 2. Los datos de Suecia cubren únicamente proveedores públicos. En 2016, 20% de las camas de LTC para personas de 65+ años fueron provistas por empresas privadas (financiadas con fondos públicos).
Fuente: OECD Health Statistics 2021, complementado con EU-LFS.

StatLink https://stat.link/45bwo2

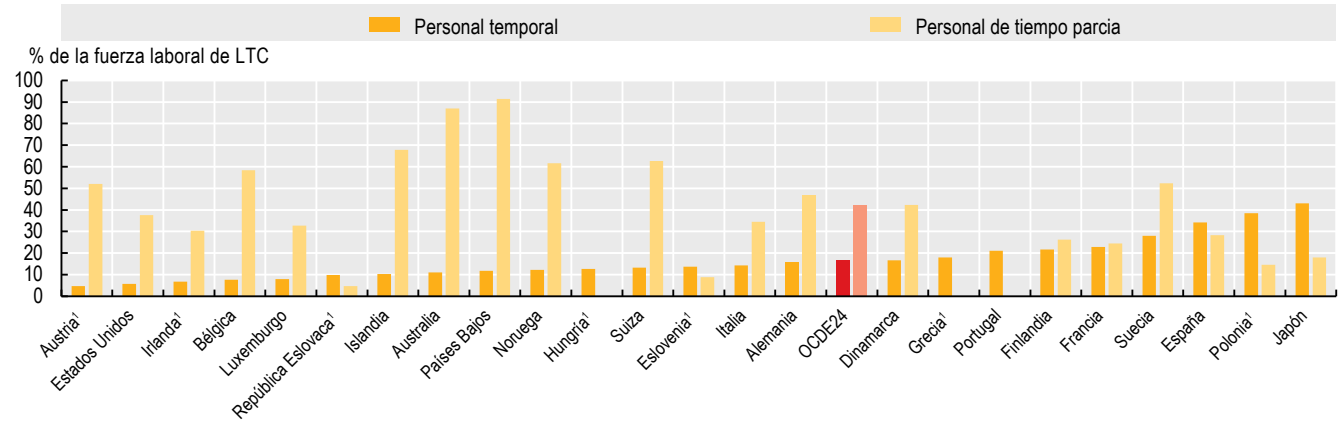
Figura 10.20. **Personal de cuidados de largo plazo por nivel educativo, 2019 (o año más cercano)**



1. Tamaños de muestra pequeños: los datos deben interpretarse con cautela.
Fuente: EU-LFS; ASEC-CPS para Estados Unidos; Censo para Canadá; LFS para Israel; Encuesta sobre Trabajadores de LTC para Japón.

StatLink https://stat.link/s9rm6f

Figura 10.21. **Proporción de personal de cuidados de largo plazo que empleados a tiempo parcial o con contratos temporales, 2019**



1. Tamaños de muestra pequeños: los datos deben interpretarse con cautela.
Fuente: EU-LFS; ASEC-CPS para Estados Unidos; Censo para Canadá; LFS para Israel; Encuesta sobre Trabajadores de LTC para Japón.

StatLink https://stat.link/8tajgy

Instituciones de cuidados de largo plazo

Aunque los países han tomado cada vez más medidas para asegurar que las personas que necesitan cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), y que desean permanecer en su hogar el mayor tiempo posible puedan hacerlo, en algún momento muchas requerirán servicios de LTC que no pueden prestarse en el hogar. El número de camas en instalaciones de LTC, y áreas de LTC en los hospitales, es una medida de los recursos disponibles para prestar este servicio a las personas fuera de sus hogares.

En los países de la OCDE, se contaba con 46 camas por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores en 2019 (Figura 10.22). La inmensa mayoría de las camas –43 por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores– se encontraban en instalaciones de LTC, y solo tres en hospitales. El número de camas de LTC por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores varía enormemente entre países. Luxemburgo –el país con el número más alto (81.6 camas)– tenía casi 20 veces más camas por cada habitante de 65 años o más que Grecia, que tenía el número más bajo (4.1 camas) en 2019. Cinco países –Italia, Letonia, Polonia, Turquía y Grecia– tenían menos de 20 camas por cada 1 000 adultos de 65 años y mayores. Dos –Luxemburgo y Países Bajos– tenían más de 70 camas por cada 1 000 adultos de 65 años y mayores.

Entre 2009 y 2019, los países de la OCDE redujeron el número de camas en instalaciones de LTC en un promedio de 3 camas por cada 1 000 habitantes a partir de 65 años (Figura 10.23). Sin embargo, el cambio en el número de camas varió de manera importante entre países. En ese período de 10 años, el número de camas en instalaciones de LTC se redujo en 15 o más por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores en Noruega, Islandia, Finlandia y Dinamarca. En el otro extremo de la escala, Corea y Luxemburgo incrementaron el número de camas de LTC en más de 25 durante el mismo período. Estos cambios sustanciales fueron motivados en buena medida por cambios en políticas en ese período. La reducción del número de camas en instalaciones de LTC en Suecia se debe a un movimiento hacia la prestación de servicios comunitarios de LTC, mientras que el importante incremento en Corea se dio después de la introducción de un esquema público de seguro de cuidados de largo plazo en 2008.

Muchas personas que reciben servicios de LTC desean permanecer en su hogar el mayor tiempo posible, y la mayoría de los países han tomado medidas en años recientes para satisfacer esta preferencia y promover la atención comunitaria y en el hogar. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias individuales, mudar a un receptor a instalaciones de LTC puede ser la opción más apropiada –al menos eventualmente. Por ejemplo, las personas que viven solas y requieren cuidados ysupervisión las 24 horas (Wiener, 2009[11]), o las personas que viven en áreas remotas con ayuda limitada en casa, pueden tener dificultades para permanecer en casa a medida que sus necesidades se incrementan. Por lo tanto, es importante que los países mantengan una capacidad apropiada en las instalaciones residenciales de LTC.

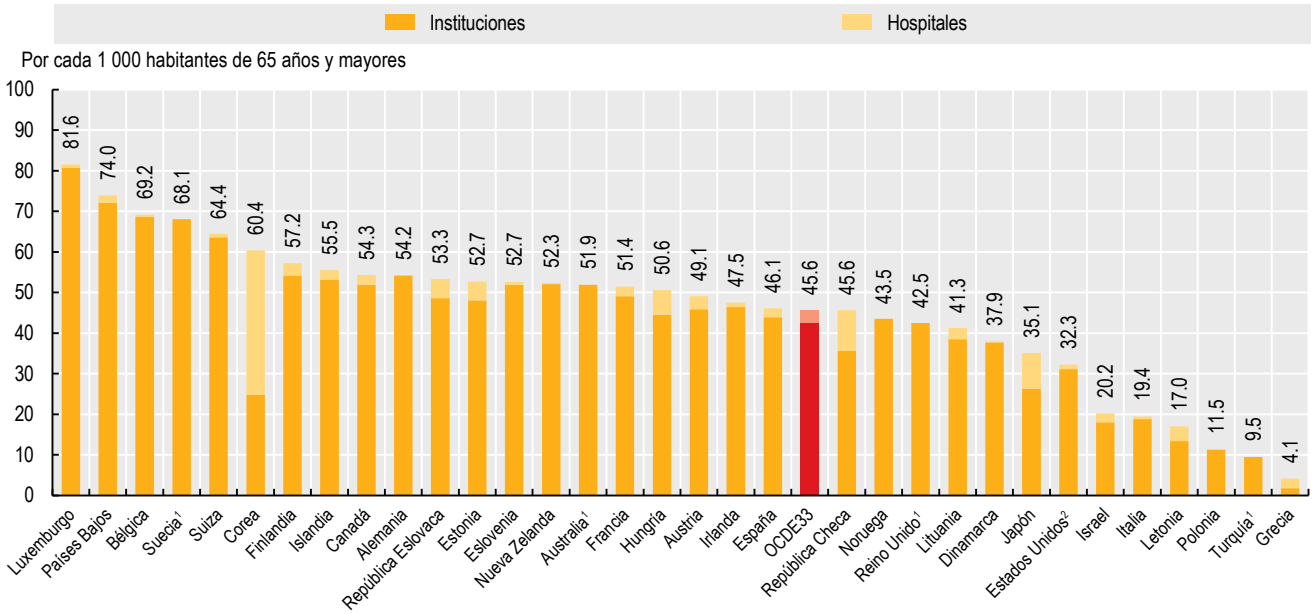
Los residentes en instalaciones de LTC fueron seriamente afectados durante la pandemia de COVID-19: en 25 países de la OCDE, más de 40% de los fallecidos por COVID-19 fueron residentes de hogares de ancianos. Además, las medidas de contención –incluyendo prohibiciones estrictas de visitas en la mayoría de los países– afectaron dramáticamente el bienestar de muchos residentes, más allá del impacto directo en la salud causado por el virus. El desarrollo y aplicación de modelos de atención que respeten los deseos de los residentes y promuevan la dignidad y la autonomía son aspectos críticos de los servicios de calidad. Esto incluye garantizar que el personal de las instalaciones de LTC cuente con capacitación apropiada, y que las instalaciones reciban el apoyo necesario para prestar servicios de calidad, reducir la alta rotación y facilitar el reclutamiento y retención de personal de LTC de calidad (véase el indicador “Personal de cuidados de largo plazo”).

Definición y comparabilidad

El término instalaciones de LTC se refiere a instalaciones de atención y residenciales que proveen alojamiento y cuidados de largo plazo como paquete. Incluyen las instituciones especialmente diseñadas para ese fin, o contextos hospitalarios donde el componente predominante de servicio es la atención de largo plazo para personas con restricciones funcionales de moderadas a severas. No están incluidas las camas de contextos residenciales adaptados para personas que requieren ayuda mientras garantizan un alto nivel de autonomía y autocontrol. Las comparaciones internacionales tampoco deben incluir las camas en centros de rehabilitación.

Sin embargo, existen variaciones en la cobertura de los datos entre países. Varios países incluyen solamente las camas en instalaciones de LTC que operan con fondos públicos, mientras otros incluyen también instalaciones privadas (tanto lucrativas como sin fines de lucro). Algunos países también incluyen camas en centros de tratamiento de personas con adicciones, unidades psiquiátricas de hospitales generales y de especialidad, y centros de rehabilitación.

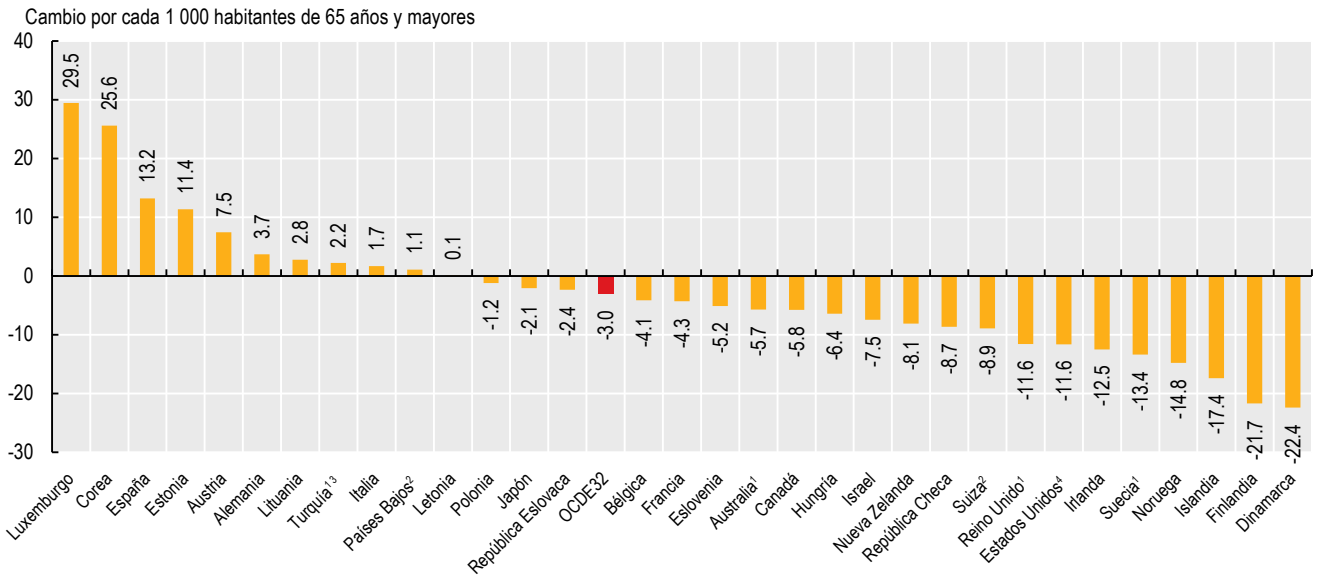
Figura 10.22. **Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales, 2019 (o año más cercano)**



1. El número de camas para LTC no está disponible en estos países. 2. Los datos se refieren a 2018.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/2rxe9v

Figura 10.23. **Tendencias en camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales, 2009-2019 (o año más cercano)**



1. El número de camas de LTC en hospitales no está disponible en estos países. 2. El número comparativo de camas de LTC en hospitales se refiere a 2010. 3. El número comparativo de camas de LTC en instituciones se refiere a 2011. 4. Los datos se refieren a 2018.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/of2r1s

Gasto en cuidados de largo plazo y costos unitarios

El gasto en cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), ha tenido el crecimiento más alto en años recientes en comparación con otras áreas de servicios de salud (véase el indicador "Gasto en salud por tipo de servicio" en el Capítulo 7). El envejecimiento de la población causa que más gente necesite servicios sociales y de salud continuamente; el aumento de los ingresos genera expectativas de mejor calidad de vida en la edad adulta; la oferta de cuidados informales está potencialmente disminuyendo; y es difícil lograr aumentos de productividad en un sector tan demandante de mano de obra. Todos estos factores crean presiones crecientes de costo, y se proyectan más incrementos sustanciales del gasto en LTC en los países de la OCDE en los años por venir.

En 2019, 1.5% del producto interno bruto (PIB) se destinó a LTC (incluyendo tanto el componente social como el de salud) en todos los países de la OCDE (Figura 10.24). El gasto más alto fue el de Países Bajos, con 4.1% del PIB, seguido por Noruega (3.7%), Dinamarca (3.6%) y Suecia (3.4%). En el otro extremo de la escala, México, Chile, Grecia y Turquía solo gastaron entre 0.1% y 0.2% de su PIB en la prestación de servicios de LTC. Esta variación refleja en parte las diferencias en la estructura de la población, pero muestra principalmente el estado de desarrollo de sistemas formales de LTC, en contraste con disposiciones más informales basadas principalmente en cuidados de parte de miembros de la familia que no son remunerados. Puede existir cierto nivel de subestimación para los países que no pueden registrar el gasto en el componente social de LTC. En los países de la OCDE, cuatro de cada cinco dólares gastados en LTC provienen de fuentes públicas.

La forma en que se organizan los servicios de LTC en los países afecta la composición del gasto en estos servicios, y puede tener también un impacto en el gasto total. En los países de la OCDE, más de la mitad del gasto en los componentes social y de salud de los servicios de LTC en 2019, se destinó a hogares de ancianos (Figura 10.25). En la mayoría de los países de la OCDE, estos proveedores representan la mayor parte del gasto en LTC. En promedio, alrededor de una quinta parte del gasto total en LTC se destinó a la prestación de servicios profesionales de salud en el hogar. Otros proveedores de LTC son hospitales, hogares –si existe una asignación que remunere la prestación informal de estos servicios– y proveedores de LTC con un claro enfoque social. Cada uno representa un promedio de 9% del gasto total en LTC. La importancia de estos modos de prestación varía ampliamente entre países, lo que refleja las diferencias en la organización de los servicios de LTC, y las prioridades de las políticas.

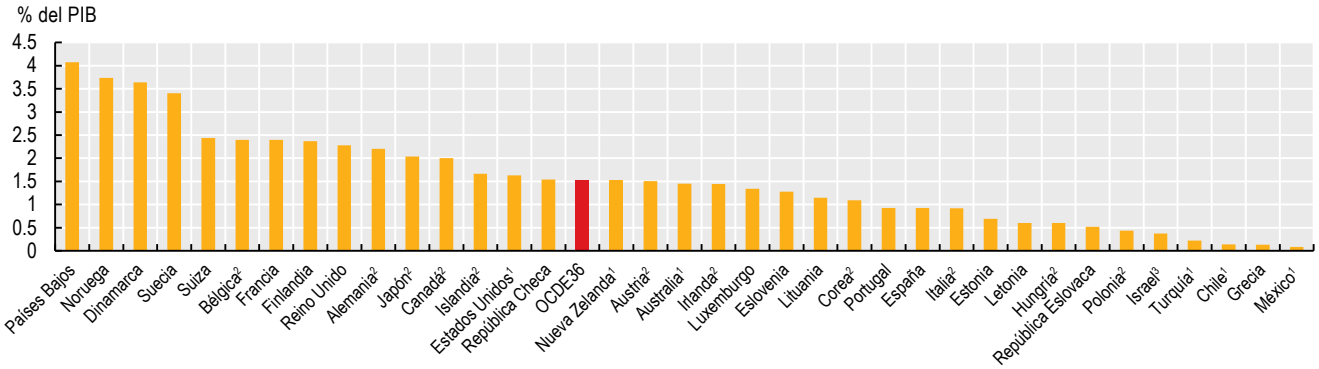
Los esquemas públicos juegan un papel crucial para mantener los costos de los servicios para personas mayores con necesidades de LTC a niveles asequibles. Sin el financiamiento público, el costo total de LTC sería superior al ingreso medio de las personas mayores en la mayoría de los países de la OCDE y los Estados Miembros de la UE. En promedio en los países de la OCDE, los servicios institucionales para necesidades severas costarían más del doble del ingreso medio de las personas mayores (Figura 10.26). En comparación con los ingresos medios de las personas mayores, los costos totales de la atención más altos fueron los de Finlandia y Suecia, y los más bajos los de Croacia y Eslovenia, entre los países que proporcionaron datos para 2020. Solo en estos dos últimos países, una persona mayor con ingresos medios podría sufragar el costo total de la atención institucional para necesidades severas solamente con sus ingresos. Los sistemas públicos de protección social proporcionan apoyo a las personas mayores con necesidades de LTC para que puedan sufragar la atención. Es gracias al apoyo público que los costos que las personas mayores tienen que enfrentar son muy inferiores a lo que se muestra en la Figura 10.26 para Finlandia y Suecia (Oliveira Hashiguchi y Llena-Nozal, 2020[12]).

Definición y comparabilidad

El gasto en LTC comprende tanto servicios sociales como de salud para las personas que dependen de LTC y requieren atención de manera continua. Con base en el *System of Health Accounts* (OECD/Eurostat/WHO, 2017[13]), el componente de salud del gasto en LTC se relaciona con servicios de enfermería y cuidados personales (ayuda con actividades de la vida diaria). También cubre cuidados paliativos y atención prestada en instituciones de LTC (incluyendo alojamiento y alimentación) o en el hogar. El gasto en el componente social de LTC comprende principalmente ayuda con las actividades instrumentales de la vida diaria. Se ha avanzado en mejorar la comparabilidad general del gasto en LTC en años recientes, pero aún existen algunas variaciones en las prácticas para reportar los componentes sociales y de salud de algunas actividades de LTC. En algunos países el componente social de LTC está parcialmente incluido en el de salud; en otros, solo se reporta el componente de salud de LTC. Existe también alguna variación en la exhaustividad de los reportes del gasto privado en LTC. Para los países que no reportan gasto en LTC, o donde faltan componentes sustanciales, se intentó hacer una estimación (OECD, 2020[14]).

Las instituciones de LTC son instalaciones residenciales y hogares de ancianos que proporcionan alojamiento y cuidados de largo plazo como paquete. Son instituciones especialmente diseñadas donde el componente predominante del servicio es LTC para personas dependientes con restricciones funcionales de moderadas a severas. Una persona mayor con necesidades severas se define como aquella que requiere 41.25 horas de atención a la semana. Se puede encontrar una descripción detallada de las necesidades de estas personas en Muir (2017[15]).

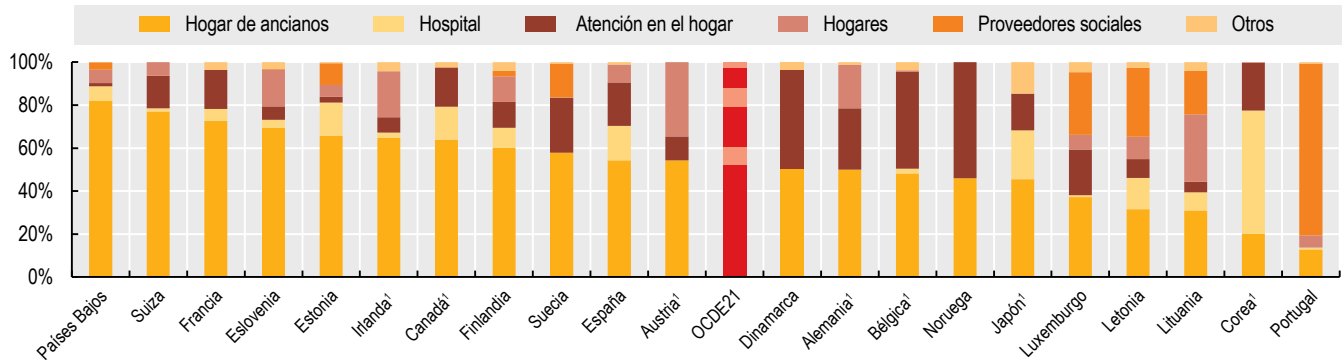
Figura 10.24. **Gasto total en cuidados de largo plazo como porcentaje del PIB, 2019 (o año más cercano)**



1. Estimaciones de la Secretaría de la OCDE. 2. Países que no reportan gasto en el componente social de LTC. En muchos países este componente, por lo tanto, no está incluido en el LTC total, pero en algunos está parcialmente incluido en el componente de salud de LTC. 3. País que no reporta el gasto en el componente de salud de LTC.
Fuente: OECD Health Statistics 2021; OECD (2020[14]), "Focus on spending on long-term care", disponible en *https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf*.

StatLink https://stat.link/2rqwsa

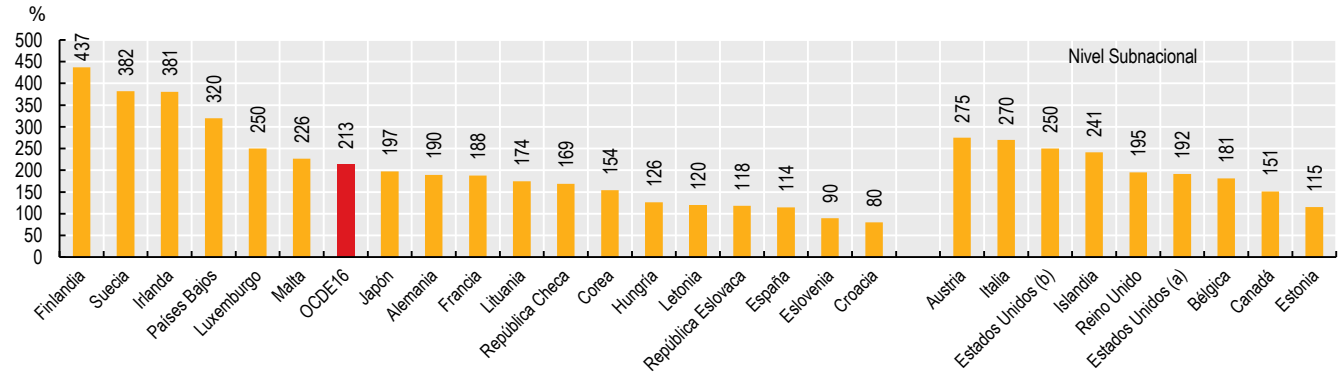
Figura 10.25. **Gasto total en cuidados de largo plazo, por proveedor, 2019 (o año más cercano)**



1. Países que no reportan el componente social de LTC. La categoría "Proveedores sociales" se refiere a proveedores cuyo enfoque primario es la ayuda con IADL, u otra atención social.
Fuente: OECD Health Statistics 2021.

StatLink https://stat.link/kpowz3

Figura 10.26. **Costo de cuidados institucionales de largo plazo para una persona mayor con necesidades severas, como proporción del ingreso medio de las personas en edad de retiro y mayores, 2020 (o año más cercano)**



Nota: Los datos de Bélgica se refieren a Flandes, los de Islandia a Reikiavik, los de Canadá a Ontario, los de Estonia a Tallin, los de Austria a Viena, los de Estados Unidos a (a) California y (b) Illinois, los de Italia a Tirol del Sur y los de Reino Unido a Inglaterra.
Fuente: Cuestionario OECD Long-Term Care Social Protection (2020) y OECD Income Distribution Database (2020).

StatLink https://stat.link/gc2h59

Cuidados paliativos terminales

El mejoramiento de los cuidados paliativos terminales, que se refiere a los servicios de salud y sociales prestados a medida que un individuo se acerca al final de la vida, se está convirtiendo en forma creciente en una prioridad de salud pública mundial y un importante aspecto de las políticas centradas en la gente. Con el envejecimiento de las poblaciones y los cambios en la epidemiología de las enfermedades, cada vez más personas necesitarán mejores cuidados y apoyo en la última fase de su vida. Durante la pandemia de COVID-19, las medidas de contención adoptadas para evitar la propagación del virus –incluyendo la prohibición de visitas a instalaciones de LTC y hospitales, incluso para pacientes moribundos– fueron contrarias a los principios clave de atención al final de la vida (EOLC, por sus siglas en inglés) de calidad y centrada en la persona. La difícil experiencia al final de la vida para muchos pacientes y sus familias durante la pandemia ha resaltado la importancia de contar con servicios de cuidados paliativos centrados en la persona, accesibles y de alta calidad.

La gran mayoría del total de muertes entre 2001 y 2017 en los países de la OCDE estuvieron relacionadas con enfermedades que requerían cuidados paliativos terminales, clasificadas en tres trayectorias de muerte: falla orgánica, fragilidad y enfermedad terminal (Figura 10.27). Estas trayectorias suelen conllevar sufrimiento y deterioro funcional en los últimos años o meses de vida, y requieren de servicios de cuidados paliativos (Lunney, Lynn and Hogan, 2002[16]). Entre 2001 y 2017, la falla orgánica representó la mayor trayectoria de muerte en los países de la OCDE, a pesar de una ligera reducción general (-7%) de la tasa de mortalidad en ese período. República Eslovaca, Corea y Reino Unido experimentaron una reducción de más de 17% en esta trayectoria, mientras que Chile, República Checa, Finlandia, Hungría, Lituania y México registraron un aumento en el mismo período.

Las enfermedades terminales constituyen una carga creciente en los países de la OCDE. Este es el caso, en particular, de Estonia, Eslovenia, República Eslovaca y Corea, donde las muertes por enfermedades terminales se incrementaron en más de 17% entre 2001 y 2017. Por el contrario, Australia, República Checa, Islandia, Japón, México y Estados Unidos, tuvieron un descenso de 5% o más. Los países de la OCDE están envejeciendo rápidamente y las tasas de mortalidad relacionadas con la fragilidad aumentaron sustancialmente entre 2001 y 2017. Mientras que 43% de las muertes en 2001 fueron de personas de más de 80 años en los países de la OCDE, hacia 2017 esta cifra había aumentado a 51%. Se espera que la proporción de personas de más de 80 años sea más del doble entre 2017 y 2050 (OECD, 2019[17]), y es probable que la proporción de muertes debidas a la fragilidad se incremente aún más. Mientras que en Polonia, Suecia, Chile, Finlandia y República Checa se presentó una ligera disminución de las muertes relacionadas con la fragilidad entre 2001 y 2017; Lituania, República Eslovaca, Luxemburgo, Eslovenia y Alemania registraron un aumento de 30% o más.

Los servicios de cuidados paliativos terminales pueden prestarse en una variedad de contextos, como hospitales, los hogares de las personas, hogares de ancianos y hospicios. Una buena atención paliativa implica que las personas puedan elegir el lugar donde desean ser atendidas y morir. El lugar de la muerte se considera en general una medida de la calidad de los cuidados paliativos terminales de calidad y centrados en las personas, puesto que el hogar del paciente suele ser el lugar preferido para morir. Sin embargo, los hospitales siguen siendo el lugar de muerte más común en la mayoría de los países de la OCDE (Figura 10.28). En 2019, en 22 países de la OCDE con datos comparables, los hospitales fueron el lugar donde se dieron 50% de las muertes en promedio, y más de 70% de las muertes en Corea y Japón. Países Bajos (20%), Suiza (32%) y Estados Unidos (35%) reportaron la proporción más baja de muertes en hospitales. En Países Bajos, tanto las instalaciones de LTC como los hogares desempeñan un papel importante, ya que 36% de las muertes ocurren en el hogar, y 35% en las instalaciones de LTC (datos de 2017). De forma similar en Suiza, 36% de las muertes ocurrieron en instalaciones de LTC en 2018. En Noruega, las muertes en instituciones no hospitalarias aumentaron de 40% a 46% entre 2001 y 2011. Las muertes en el hogar son más comunes en Chile (47% en 2017), y la proporción está creciendo en Estados Unidos (23% en 2001; 31% en 2018) y Reino Unido (19% en 2006; 24% en 2018).

En la mayoría de los países, las muertes en los hospitales disminuyeron entre 2009 y 2019, especialmente en Reino Unido. Solo Estonia, Alemania, Corea, Letonia, Lituania y Suiza experimentaron un aumento. En Corea, la tendencia se debe en parte a la reducción de muertes en el hogar durante el mismo periodo. No obstante, la elevada proporción de personas que mueren en los hospitales ha suscitado inquietud en torno a la institucionalización y medicalización de la muerte y la posible falta de adecuación a las preferencias de las personas.

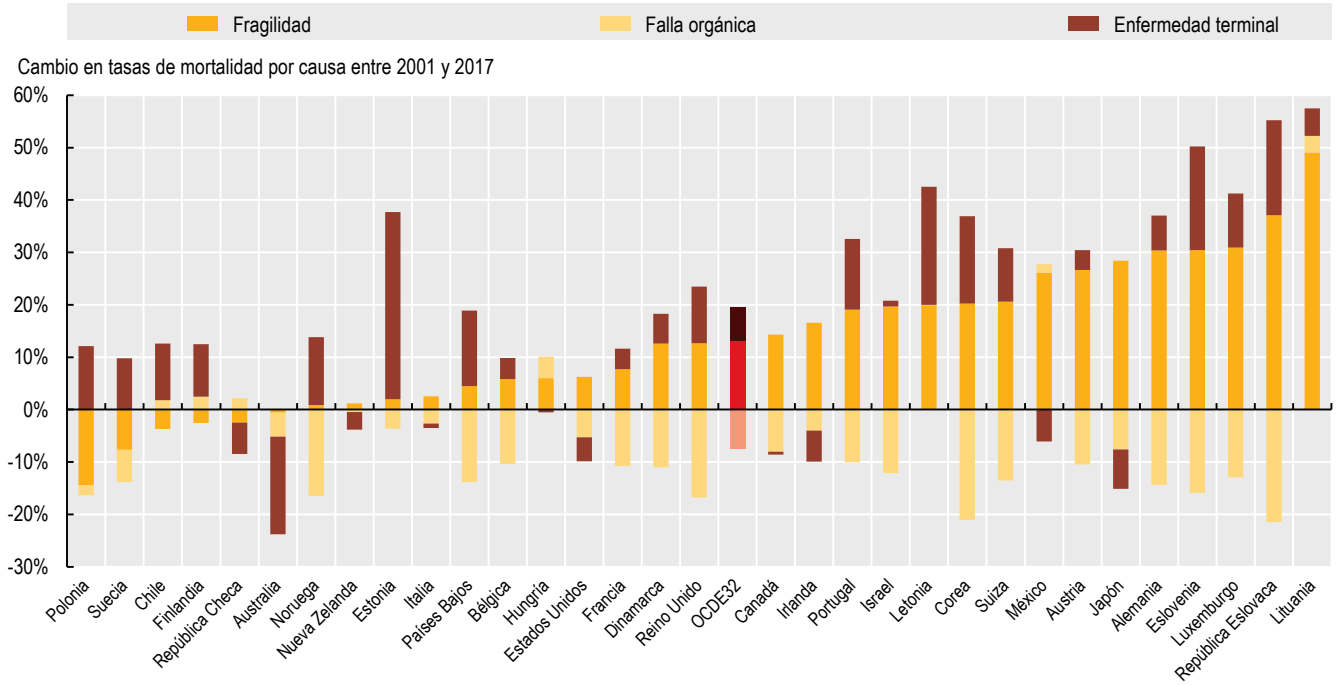
Definición y comparabilidad

La clasificación de las enfermedades que requieren cuidados paliativos terminales en tres trayectorias de muerte (falla orgánica, fragilidad y enfermedad terminal) refleja la definición de Lunney, Lynn y Hogan (2002[16]). La falla orgánica se refiere principalmente a enfermedad cardiaca, siendo la cardiopatía isquémica crónica la principal causa de muerte. Entre la gente mayor, la demencia, la enfermedad de Alzheimer y la senilidad son las causas más comunes de muertes relacionadas con fragilidad. La neoplasia maligna de bronquio y pulmón es la causa de muerte más común de quienes padecen enfermedad terminal.

Debe notarse que el período analizado se ha caracterizado por un cambio en las prácticas de codificación para demencia y enfermedad de Alzheimer, que han sido codificadas cada vez con más frecuencia como la principal causa de muerte. Esto puede haber influenciado la escala de la tendencia que se muestra (Roth et al., 2018[18]).

Los datos mostrados en la Figura 10.28 sobre el lugar de la muerte se refieren a 2009 y 2019 o los años más cercanos disponibles. Debe tenerse cautela en las comparaciones entre países, pues los datos pueden referirse a diferentes años. La proporción de muertes en el hospital fue calculada por la Secretaría de la OCDE, con base en los datos disponibles.

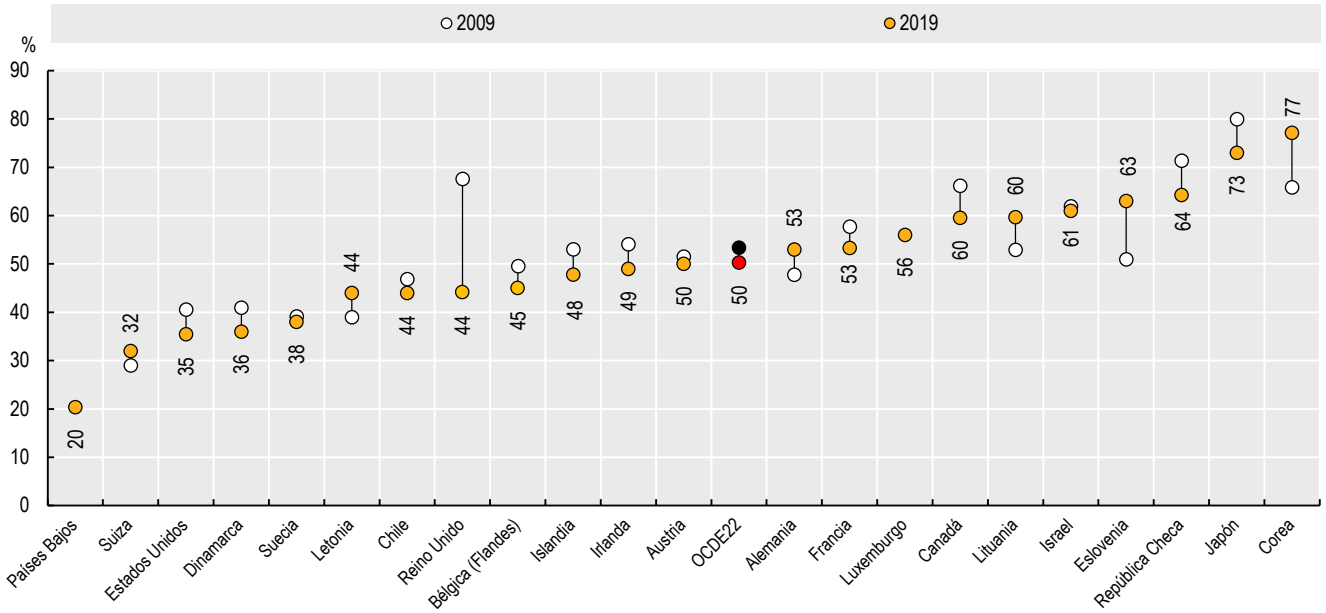
Figura 10.27. **Tendencias en tasas de mortalidad por enfermedades que requieren EOLC, 2001-2017 (o año más cercano)**



Fuentes: Base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2019[19]) y Lunney, Lynn y Hogan (2002[16]) para la definición de trayectorias de muerte que requieren EOLC.

StatLink https://stat.link/jm6nfp

Figura 10.28. **Tendencias en tasas de mortalidad en hospitales, 2009-2019 (o año más cercano**



Nota: los datos de República Checa incluyen hospicios y hogares de ancianos clasificados como establecimientos sanitarios.
Fuentes: Fuentes nacionales y recolección piloto de datos EOLC-HCQO de la OCDE, 2021.

StatLink https://stat.link/oi2fun

Referencias

[5] de Bienassis, K., A. Llena-Nozal y N. Klazinga (2020), "The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul", *OECD Health Working Papers*, núm. 121, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/be07475c-en*.

[1] ILO y OECD (2019), "New job opportunities in an ageing society", OECD, París, disponible en *http://www.oecd.org/g20/summits/osaka/ILO-OECD-G20-Paper-1-3-New-job-opportunities-in-an-ageing-society.pdf*.

[16] Lunney, J., J. Lynn y C. Hogan (2002), "Profiles of Older Medicare Decedents", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50/6, pp. 1108-1112, disponible en *http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50268.x*.

[7] Mair et al (2017), *The Simpathy consortium. Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge*.

[15] Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, núm. 93, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

[14] OECD (2020), "Focus on spending on long-term care", OECD, París, disponible en *https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf*.

[2] OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/92c0ef68-en*.

[4] OECD (2020), "Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/43fc5d50-en*.

[17] OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en*.

[10] OECD (2018), *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Publishing París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en*.

[6] OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

[3] OECD (próxima publicación), "Rising from the COVID-19 crisis: Policy responses in the long-term care sector", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing París.

[9] OECD (forthcoming), "Supporting informal carers: Policies to leave no carer behind", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, París.

[13] OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264270985-en*.

[12] Oliveira Hashiguchi, T. y A. Llena-Nozal (2020), "The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?", *OECD Health Working Papers*, núm. 117, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/2592f06e-en*.

[18] Roth, G. et al. (2018), "Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", *The Lancet*, vol. 392/10159, pp. 1736-1788, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7*.

[8] Suetens, C. et al. (2018), "Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017", *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, vol. 23/46, disponible en *http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516*.

[19] WHO (2019), *Health statistics and information system, https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/* (obtenido el 18 marzo, 2020).

[11] Wiener, J. (2009), *Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining*, US Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services.

Panorama de la Salud 2021

INDICADORES DE LA OCDE

Panorama de la Salud ofrece un amplio conjunto de indicadores sobre la salud de la población y el desempeño de los sistemas de salud en los países miembros de la OCDE y las principales economías emergentes. Estos indicadores cubren el estado de salud, los factores de riesgo para la salud, el acceso y la calidad de los servicios de salud, y los recursos sanitarios. El análisis se basa en las más recientes estadísticas nacionales oficiales comparables y otras fuentes.

Junto al análisis de cada uno de los indicadores, un capítulo con una perspectiva general resume los resultados comparativos de los países y las principales tendencias. Esta edición también se enfoca especialmente en el impacto en salud de la pandemia de COVID-19 en los países de la OCDE, incluyendo las muertes y enfermedades causadas por el virus, los efectos adversos en el acceso y la calidad de la atención, y la creciente carga de salud mental pobre.