



Panorama de la Salud 2015

INDICADORES DE LA OCDE



Panorama de la Salud 2015

INDICADORES DE LA OCDE



Esta traducción se publica por acuerdo con la OCDE. 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.

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

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

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

Health at a Glance 2015. OECD Indicators; Panorama de la santé 2015. Les indicateurs de l'OCDE

© 2015, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, París

Todos los derechos reservados.

© 2017 Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), para esta edición en español.

ISBN 978-92-64-27062-6 (PDF)

Traducción: CANIFARMA

Edición: CANIFARMA

Créditos fotográficos: Portada ©Scanrail iStockphoto.com; Capítulo 3: ©evgenyatamanenko iStockphoto.com; Capítulo 4: ©Bomshtein Shutterstock.com; Capítulo 5: ©wavebreakmedia Shutterstock.com; Capítulo 6: ©Guschenkova Shutterstock.com; Capítulo 7: ©Andrei Rahalski Shutterstock.com; Capítulo 8: ©Wavebreakmedia iStockphoto.com; Capítulo 9: ©Valeriya iStockphoto.com; Capítulo 10: ©Gemenacom Shutterstock.com; Capítulo 11: ©Barabasa iStockphoto.com.

Las correcciones a las publicaciones de la OCDE se encuentran en línea en:

www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm.

©OCDE 2015

El contenido publicado por la OCDE puede copiarse, obtenerse o imprimirse para uso propio, y se otorga permiso para incluir extractos de las publicaciones, bases de datos y productos multimedia en otros documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales de instrucción, siempre y cuando se cite a la OCDE apropiadamente como fuente y se respeten los derechos de autor.

Prefacio

La edición 2015 de Panorama de la Salud – Indicadores de la OCDE (Health at a Glance/ OECD Indicators), presenta la más reciente información comparable en indicadores clave de salud y sistemas de salud en 34 países miembros de la OCDE. También contiene un subconjunto de indicadores de países socios, incluyendo a Brasil, China, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Letonia, Lituania, la Federación Rusa y Sudáfrica. Esta edición tiene dos nuevas características: un juego de tablas de indicadores de salud y sistemas de salud, presentado en el Capítulo 1, que resume el desempeño comparativo de países de la OCDE; y un capítulo especial sobre tendencias recientes en gasto en medicamentos en los países de la OCDE, presentado en el Capítulo 2.

La edición de Panorama de la Salud no hubiese sido posible sin la contribución de los Corresponsales Nacionales de Información de la OCDE, Expertos en Salud, Expertos en Indicadores de Calidad en Cuidado de la Salud de los 34 países miembros de la OCDE. La OCDE reconoce con gratitud su esfuerzo en proporcionar la mayor cantidad de los datos contenidos en esta publicación. Igualmente, reconoce la contribución de otras organizaciones internacionales, especialmente la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) y Eurostat, por compartir algunos de los datos presentados en este documento, así como a la Comisión Europea por su apoyo en el trabajo de análisis y desarrollo de la información.

La presente publicación fue preparada por un equipo de la División Salud de la OCDE, coordinado por Gaétan Lafortune. El Capítulo 1 fue preparado por Gaétan Lafortune y Nelly Biondi; el Capítulo 2 por Valérie Paris, Annalisa Belloni, David Morgan y Michael Mueller; el Capítulo 3 por Nelly Biondi y Gaétan Lafortune; el Capítulo 4 por Marion Devaux, Nelly Biondi y Franco Sassi; el Capítulo 5 por Gaétan Lafortune, Frédéric Daniel, Liliane Moreira y Michael Gmeinder; el Capítulo 6 por Gaétan Lafortune, Frédéric Daniel y Nelly Biondi; el Capítulo 7 por Gaétan Lafortune, Marion Devaux, Michael Mueller, Marie-Clémence Canaud, Frédéric Daniel y Nelly Biondi; el Capítulo 8 por Ian Brownwood, Ian Forde, Rie Fujisawa, Nelly Biondi, Emily Hewlett, Carol Nader, Luke Slawomirski y Niek Klazinga; el Capítulo 9 por David Morgan, Michael Mueller, Yuki Murakami y Michael Gmeinder; el Capítulo 10 por Valérie Paris, Annalisa Belloni, David Morgan, Michael Mueller, Luke Slawomirski y Marie-Clémence Canaud; el Capítulo 11 por Tim Muir, Yuki Murakami, Gaétan Lafortune, Marie-Clemence Canaud y Nelly Biondi. La publicación se vio beneficiada por los útiles comentarios de Francesca Colombo.

Índice

Resumen ejecutivo	9
Guía del lector	13
Capítulo 1. Tablas de indicadores de salud	17
Estado de la salud	19
Factores de riesgo para la salud	20
Acceso a servicios de salud	20
Calidad del servicio	21
Recursos para el cuidado de la salud	21
Capítulo 2. Tendencias de gasto en medicamentos y desafíos futuros	29
Introducción	30
Uno de cada cinco dólares gastados en salud se destina a medicamentos	30
Incremento de la participación de gasto privado en medicamentos	32
El incremento del gasto en medicamentos es provocado por cambios en cantidad, precio y combinación terapéutica	34
Los factores que determinan el crecimiento del gasto varían en diferentes áreas terapéuticas	38
Nuevos desafíos en el mercado farmacéutico	40
Conclusiones	41
Notas	42
Referencias	42
Capítulo 3. Estado de Salud	45
Esperanza de vida al nacer	46
Esperanza de vida por género y nivel de escolaridad	48
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares	50
Mortalidad por cáncer	52
Mortalidad por accidentes de tránsito	54
Suicidio	56
Mortalidad infantil	58
Salud infantil: bajo peso al nacer	60
Percepción del estado de salud	62
Incidencia de cáncer	64
Capítulo 4. Determinantes no médicos de la salud	67
Consumo de tabaco entre adultos	68
Consumo de alcohol entre adultos	70
Consumo de frutas y verduras entre adultos	72
Obesidad en adultos	74
Sobrepeso y obesidad en niños	76

Capítulo 5. Fuerza Laboral dedicada a la salud	79
Médicos (número total)	80
Médicos por edad, sexo y categoría	82
Graduados de medicina	84
Migración internacional de médicos	86
Remuneración de médicos (generales y especialistas)	88
Enfermeros	90
Graduados de enfermería	92
Migración internacional de enfermeros	94
Migración internacional de enfermeros	96
Capítulo 6. Actividades de cuidado de la salud	99
Consultas médicas	100
Tecnología médica	102
Camas de hospital	104
Altas en hospitales	106
Tiempo promedio de hospitalización	108
Procedimientos cardíacos	110
Reemplazo de cadera y rodilla	112
Cesáreas	114
Cirugía ambulatoria	116
Capítulo 7. Acceso a servicios de salud	119
Cobertura de salud	120
Necesidades no atendidas de cuidado médico y dental	122
Gasto médico de bolsillo	124
Distribución geográfica de médicos	126
Tiempos de espera para cirugía electiva	128
Capítulo 8. Calidad de la atención	131
Admisiones evitables en hospitales	132
Cuidado de la diabetes	134
Prescripciones en atención primaria	136
Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés)	138
Mortalidad por accidente vascular cerebral	140
Tiempos de espera para cirugía por fractura de cadera	142
Complicaciones quirúrgicas	144
Trauma obstétrico	146
Cuidado para personas con desórdenes mentales	148
Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer cervical	150
Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer de mama	152
Supervivencia y mortalidad por cáncer colorrectal	154
Programa de vacunación infantil	156
Vacuna contra influenza para adultos mayores	158
Experiencias de los pacientes con la atención ambulatoria	160
Capítulo 9. Gasto y financiamiento de la salud	163
Gasto en salud per cápita	164
Gasto en salud con respecto al PIB	166
Gasto en salud por función	168
Financiamiento de los servicios de salud	170

Gasto por enfermedad y edad	172
Inversión de capital en el sector salud	174
Capítulo 10. Sector Farmacéutico	177
Gasto en medicamentos	178
Financiamiento del gasto en medicamentos	180
Farmacias y farmacéuticos	182
Consumo de medicamentos	184
Participación del mercado de genéricos	186
Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico	188
Capítulo 11. Envejecimiento y cuidados de largo plazo	191
Tendencias demográficas	192
Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad	194
Reportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad	196
Prevalencia de demencia	198
Receptores de cuidado de largo plazo	200
Cuidadores informales	202
Trabajadores de cuidados de largo plazo	204
Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales	206
Gasto en cuidados de largo plazo	208
Anexo A. Información Adicional sobre contexto demográfico y económico, gasto en salud y financiamiento.	211

Sigue 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/occdilibrary>



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

Este documento tiene...

StatLinks 

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

Busca **StatLinks**  al final de las tablas o gráficas de este documento.
Para obtener la hoja de cálculo Excel® correspondiente, teclea el vínculo en tu explorador, empezando con el prefijo <http://dx.doi.org>, o haz click en el vínculo de la edición electrónica.

Resumen Ejecutivo

Panorama de la Salud 2015 presenta comparaciones sobre el estado de la salud de las poblaciones y el desempeño de los sistemas de salud en países de la OCDE, países candidatos y economías emergentes clave. Esta edición tiene dos nuevas características: un juego de tablas de indicadores de salud y sistemas de salud, presentado en el Capítulo 1, que resume el desempeño comparativo de países de la OCDE; y un capítulo especial sobre tendencias recientes en gasto en medicamentos en los países de la OCDE, presentado en el Capítulo 2. Los hallazgos clave de esta publicación son los que se resumen a continuación.

Los medicamentos innovadores impulsarán el gasto en productos farmacéuticos a menos que se modifiquen las políticas

- En los países de la OCDE, el gasto en medicamentos alcanzó alrededor de 800 billones de dólares en 2013. Esto representa aproximadamente el 20% del gasto en salud en promedio cuando el consumo de medicamentos en hospitales es agregado a la compra de medicamentos en el sector comercial.
- El crecimiento del gasto en medicamentos en el sector comercial ha disminuido en años recientes en la mayoría de los países de la OCDE, mientras que el gasto en medicamentos en hospitales se ha incrementado en general.
- El surgimiento de nuevos medicamentos especializados y de alto costo, dirigidos a pequeñas poblaciones y/o condiciones médicas complejas ha generado un nuevo debate sobre la sustentabilidad en el largo plazo y la eficiencia del gasto en medicamentos.

La esperanza de vida de la población sigue incrementándose, pero persisten enormes diferencias entre países y grupos socio-demográficos.

- La esperanza de vida continúa incrementándose de manera regular en países de la OCDE, creciendo en promedio de 3 a 4 meses por año. En 2013, la esperanza de vida para un recién nacido era de 80.5 años en promedio, un incremento de más de 10 años desde 1970. Japón, España y Suiza lideran un grupo de ocho países de la OCDE en los que la esperanza de vida supera los 82 años.
- La esperanza de vida en economías emergentes clave, como la India, Indonesia, Brasil y China, se ha incrementado en las últimas décadas, acercándose rápidamente al promedio de la OCDE. Ha habido un avance mucho menor en países como Sudáfrica (debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA) y la Federación Rusa (debido principalmente a un incremento en comportamientos riesgosos entre la población masculina).
- En los países miembros de la OCDE, las mujeres pueden esperar vivir 5 años más que los hombres, aunque esta brecha se ha disminuido en 1.5 años desde 1990.
- La población con más alto nivel de educación tiene una esperanza de vida 6 años mayor en promedio que aquellos con niveles menores. Esta diferencia es particularmente acentuada en hombres, con una diferencia promedio de casi ocho años.

El número de médicos y enfermeros en países de la OCDE nunca había sido tan alto.

- Desde el año 2000, el número de médicos y enfermeros se ha incrementado en casi todos los países de la OCDE, tanto en números absolutos como en cifras per cápita. Este incremento ha sido particularmente acelerado en algunos países que tenían menos médicos en 2000 (ej. Turquía, Corea, México y el Reino Unido), pero también ha habido un importante incremento en países que ya tenían números relativamente altos de médicos (ej. Grecia, Austria y Australia).
- Este crecimiento fue impulsado por el aumento de la matrícula en programas locales de educación para médicos y enfermeros, así como por el aumento de médicos y enfermeros capacitados en el extranjero y trabajando en países de la OCDE para responder a necesidades de corto plazo.
- Existen en promedio más de dos especialistas por cada médico general en los países de la OCDE. En varios países, el lento crecimiento del número de médicos generales genera preocupación sobre el acceso a cuidados primarios para la población.

El gasto de bolsillo continúa siendo una barrera para el acceso al cuidado.

- Todos los países de la OCDE cuentan con cobertura universal de salud para un conjunto de servicios básicos, excepto Grecia, los Estados Unidos y Polonia. En Grecia, la crisis económica ha generado una pérdida en la cobertura de seguros médicos entre trabajadores desempleados por períodos largos y muchos trabajadores independientes. Sin embargo, desde junio de 2014, se han tomado medidas para dotar a la población no asegurada de acceso a medicamentos con receta y servicios de emergencia. En los Estados Unidos, el porcentaje de población no asegurada ha disminuido de 14.4% en 2013 a 11.5% en 2014, debido a la instrumentación de la ley “Affordable Care Act”, y se espera que siga disminuyendo en 2015.
- El gasto de bolsillo en hogares puede representar barreras para el acceso al cuidado de la salud. En promedio en los países de la OCDE, 20% del gasto en salud es pagado directamente por los pacientes, yendo éste de menos de 10% en Francia y el Reino Unido a 30% en México, Corea, Chile y Grecia. En Grecia, el gasto en salud pagado directamente por las familias se ha incrementado en 4 puntos porcentuales desde 2009, a medida que el gasto público se redujo.
- Es de 4 a 6 veces más probable que hogares de recursos limitados reporten necesidades no satisfechas de cuidado médico y dental por motivos económicos u otras razones, que aquellos hogares con ingresos mayores. En algunos países, como Grecia, la proporción de población que reporta necesidades médicas no satisfechas ha crecido a más del doble durante la crisis económica.

Aún se pierden demasiadas vidas porque la calidad del servicio no mejora suficientemente rápido.

- El tratamiento oportuno y apropiado de condiciones graves como infarto y accidente vascular cerebral ha propiciado la disminución de los índices de mortalidad en la mayoría de los países de la OCDE. En promedio, los índices de mortalidad post-admisión hospitalaria por ataque cardíaco disminuyeron alrededor de 30% entre 2003 y 2013, y alrededor de 20% por accidente vascular cerebral. A pesar de estos avances, queda mucho por hacer en muchos países para implantar prácticas apropiadas en cuidados intensivos y reducir aún más la mortalidad en estos casos.
- También ha mejorado el índice de sobrevivencia de muchos tipos de cáncer en muchos países, debido al diagnóstico oportuno y mejores tratamientos. Por ejemplo, la sobrevivencia relativa de cinco años de pacientes con cáncer de mama y cáncer de colon se ha incrementado de alrededor de 55% en promedio para pacientes diagnosticados y tratados entre 1998 y 2003, a 60% para aquellos diagnosticados y tratados diez años después (entre 2008 y 2013). Sin embargo, varios países como Chile, Polonia y el Reino Unido aún no alcanzan los índices más favorables de sobrevivencia al tratamiento de diferentes tipos de cáncer.

- La calidad del cuidado primario ha mejorado en muchos países, como indica la reducción continua en admisiones hospitalarias evitables para enfermedades crónicas. A pesar de esto, en todos los países existen aún áreas por mejorar en el cuidado primario para reducir aún más las admisiones hospitalarias y los costos que éstas conllevan, particularmente en el contexto de la población de la tercera edad y un número cada vez mayor de personas que padecen una o más enfermedades crónicas.
- Las prácticas de prescripción de medicamentos pueden ser consideradas también un indicador de la calidad del cuidado de la salud. Por ejemplo, se deben prescribir antibióticos solamente cuando hay evidencia de que es necesario, para reducir el riesgo de generar resistencia microbiana. Los volúmenes totales de consumo de antibióticos varían más de cuatro veces entre países de la OCDE, con los menores índices en Chile, los Países Bajos y Estonia; y los más altos en Turquía y Grecia. La reducción del uso innecesario de antibióticos es un problema apremiante y complejo que requiere de múltiples iniciativas coordinadas incluyendo farmacovigilancia, regulación y educación de profesionales de la salud y pacientes.

Guía del Lector

Panorama de la Salud 2015 presenta comparativos de indicadores clave de salud y desempeño de los sistemas de salud de los 34 países miembros de la OCDE, así como de países candidatos y miembros clave cuando hay disponibilidad de información (Brasil, China, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Letonia, Lituania, la Federación Rusa y Sudáfrica). Los datos presentados en esta publicación provienen principalmente de estadísticas oficiales de los países, a menos que se indique lo contrario.

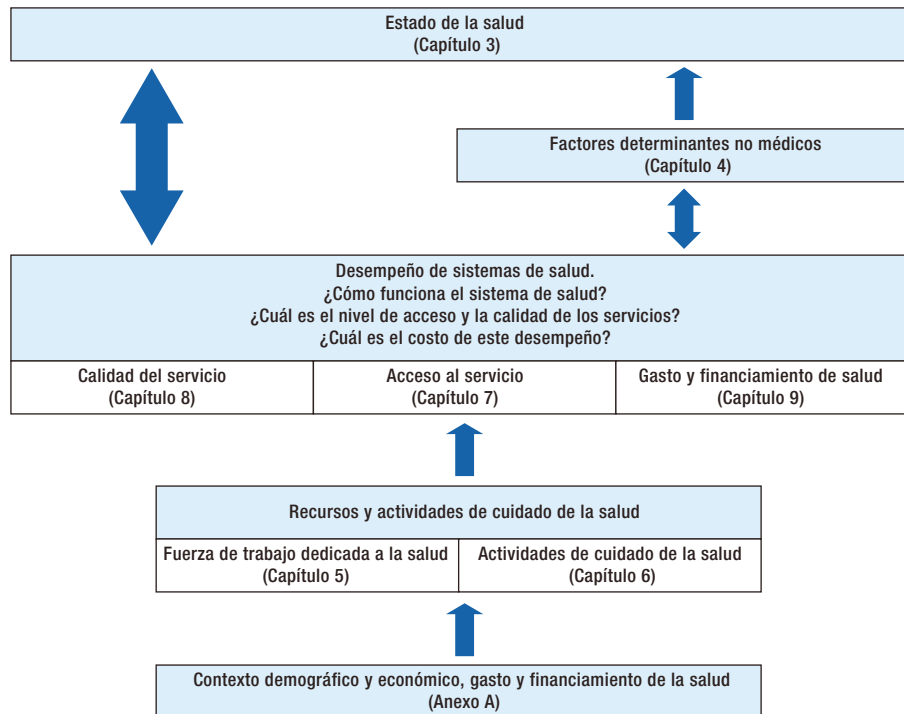
Contenido de la publicación

Esta nueva edición de Panorama de la Salud tiene dos características primordiales: 1) la serie de tablas presentadas en el Capítulo 1 que resumen, de manera clara y fácil de usar, las fortalezas y debilidades relativas de los países miembros de la OCDE en una selección de indicadores clave de salud y desempeño de sistemas de salud que se presentan en otros capítulos; y 2) un enfoque especial en el sector farmacéutico, incluyendo un análisis de las tendencias recientes y los retos a futuro en la gestión del gasto en medicamentos, en el Capítulo 2, además de un nuevo capítulo sobre este sector (Capítulo 10), que combina los indicadores previamente mostrados en otros capítulos con nuevos indicadores en el mismo formato de doble página usado en la mayor parte de la publicación.

El marco general que sustenta los indicadores presentados en esta publicación evalúa el desempeño de sistemas de salud en el contexto de la visión amplia de la salud pública (Figura 0.1). Está basado en un marco de referencia que fue aprobado para el proyecto Indicadores de Calidad del Cuidado de la Salud de la OCDE (OECD Health Care Quality Indicators Project, Kelly and Hurst, 2006; Arah et al., 2006). Este marco reconoce que la meta de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de la población, el cual es influenciado por una variedad de factores, incluyendo algunos independientes de los sistemas de salud como el ambiente físico en que vive la gente, y sus estilos de vida y comportamientos individuales. El desempeño de los sistemas de salud evidentemente contribuye al estado de salud de la población, y considera una variedad de dimensiones como el grado de acceso al sistema y la calidad de la atención proporcionada. La medición del desempeño de los sistemas de salud también debe tomar en cuenta los recursos financieros necesarios para alcanzar las metas de acceso y calidad del servicio. El desempeño de sistemas de salud depende también en buena medida de los especialistas que proveen el servicio, su capacitación y el equipo de que disponen. Finalmente, existe también una variedad de factores contextuales que afectan el estado de la salud de la población, y la oferta y demanda de servicios de salud debe ser tomada en cuenta, incluyendo el contexto demográfico, económico y de desarrollo social.

Panorama de la Salud 2015 presenta un comparativo de países de la OCDE en cada componente de este marco general.

Figura 0.1 Marco conceptual para la evaluación del desempeño de sistemas de salud.



Fuente: Adaptado de Kelley, E. and J. Hurst (2006).

En seguida de los primeros dos capítulos que presentan las tablas de indicadores y el reporte especial en gasto en medicamentos, el Capítulo 3 sobre el estado de la salud resalta las variaciones entre países en esperanza de vida, algunas de las principales causas de mortalidad, y otros indicadores del estado de salud de la población. Este capítulo también incluye medidas de desigualdad en el estado de la salud relacionadas con educación y nivel de ingreso para indicadores clave como esperanza de vida y percepción del estado de salud.

El Capítulo 4 trata de los **factores no médicos determinantes de la salud**, y se enfoca en la relación de estilos de vida y comportamiento con la salud, incluyendo el tabaquismo, consumo de alcohol, nutrición, así como problemas de sobrepeso y obesidad en población infantil y adultos. La mayoría de estos factores pueden modificarse a través de políticas de prevención y salud pública.

En el Capítulo 5 se revisan indicadores relacionados con la **fuerza laboral dedicada a la salud**, enfocándose en la oferta y remuneración de médicos y enfermeros en los países de la OCDE. El capítulo presenta tendencias en el número de graduados de programas de educación en medicina y enfermería y nuevos indicadores sobre la movilidad internacional de médicos y enfermeros, enfatizando el hecho de que el número y proporción de profesionales capacitados en el extranjero se ha incrementado en muchos países de la OCDE en la última década.

El Capítulo 6, referente a las **actividades de cuidado de la salud**, describe algunas de las principales características de la prestación de servicios de salud en diferentes países de la OCDE, iniciando con el número de consultas médicas (que es frecuentemente el "punto de entrada" de los pacientes a los sistemas de salud), tasas de hospitalización, tasas de utilización de diferentes procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, así como el desarrollo de cirugía ambulatoria para procedimientos como cirugía de cataratas y amigdalectomía.

El Capítulo 7, sobre el **acceso a la salud**, presenta una serie de indicadores relacionados con factores financieros, geográficos y de oportunidad (tiempos de espera) en el acceso a la salud, así como indicadores de reportes de pacientes sobre necesidades no atendidas de cuidado médico y dental.

El Capítulo 8 examina la **calidad de la atención**, o el grado en el que la prestación de servicios de salud cumple con los estándares establecidos y coadyuva al mejor resultado del servicio o tratamiento. Ofrece comparativos en calidad de la atención de enfermedades crónicas y prescripciones, cuidados intensivos para enfermedades mortales como ataque cardíaco y accidente vascular cerebral, seguridad del paciente, cuidado de enfermedades mentales, cuidado de cáncer, prevención de enfermedades transmisibles, así como algunos aspectos importantes de experiencias de pacientes.

El Capítulo 9 trata del **gasto en salud y su financiamiento**, y compara el gasto en salud de países de la OCDE tanto en relación con su PIB (Producto Interno Bruto) como per cápita. Proporciona también un análisis de los diferentes tipos de servicios de salud y productos consumidos en los países de la OCDE. Además, presenta información sobre el financiamiento de estos servicios y productos y la combinación de recursos públicos, seguros de gastos médicos privados, y gasto de bolsillo de los hogares en diferentes países.

El Capítulo 10 es un nuevo capítulo sobre el **sector farmacéutico**, y combina algunos indicadores que fueron previamente mostrados en otros capítulos con nuevos indicadores. Comienza comparando las tendencias recientes y los niveles de gasto en medicamentos en diferentes países, así como las fuentes de financiamiento de ese gasto, y compara el volumen de consumo de algunos productos farmacéuticos de alta demanda y la participación de mercado de productos genéricos en diferentes países. Concluye con la revisión del gasto en investigación y desarrollo (R&D, por sus siglas en inglés) para el desarrollo de nuevos productos en el sector farmacéutico.

El Capítulo 11 se enfoca en el **envejecimiento y cuidados de largo plazo**, empezando con una revisión de tendencias demográficas que enfatiza el crecimiento sostenido de la proporción de población de entre 65 y 80 años de edad en los países de la OCDE. El capítulo presenta los datos más recientes de esperanza de vida, y esperanza de vida sin discapacidad a los 65 años, así como información proporcionada por pacientes sobre salud y discapacidad, y factores importantes que afectan la demanda actual y futura de cuidados de largo plazo en el hogar o en instituciones, y las personas que proveen cuidado formal o informalmente. Concluye con una revisión de los niveles y tendencias de gasto en cuidados de largo plazo en diferentes países.

Finalmente, un **anexo estadístico** proporciona información adicional sobre el contexto demográfico y económico en el que operan los sistemas de salud y de cuidados de largo plazo.

Presentación de los indicadores

Con excepción de los primeros dos capítulos, cada uno de los indicadores incluidos en el resto de la publicación se presentan en un formato de doble página. La primera contiene un breve comentario que resalta las principales conclusiones de la información, define el indicador, y señala cualquier variación local de la definición que sea significativa y pudiera afectar la comparabilidad de los datos. La página opuesta contiene una serie de datos que en general muestran los niveles actuales del indicador y en donde es posible, las tendencias a lo largo del tiempo. En aquellos casos en los que una cifra es un promedio de la OCDE, ésta es un promedio no ponderado de países de la OCDE, a menos que se especifique de otra forma.

Limitaciones de datos

Las limitaciones en la comparabilidad de los datos se indican tanto en el texto (en el recuadro "Definición y comparabilidad"), como en los pies de página de las tablas.

Fuentes de datos

Se invita a aquellos lectores interesados en utilizar los datos presentados en esta publicación para análisis posteriores e investigación, a consultar la documentación completa de definiciones, fuentes y métodos presentada en OECD Health Statistics en OECD.Stat (<http://stats.oecd.org/index.aspx>, elegir "Health").

En el sitio www.oecd.org/health/health-data.htm se encuentra disponible más información sobre OECD Health Statistics.

Cifras de Población

Las cifras de población presentadas en el Anexo y utilizadas para los cálculos de índices per cápita en esta publicación proceden de los Datos Históricos y Proyecciones de Población de la OCDE (a partir de Mayo de 2015), y se refieren a estimados de mitad de año. Los estimados de población están sujetos a revisión de modo que pueden diferir de las más recientes cifras de población publicadas por las oficinas nacionales de estadística de los países miembros de la OCDE.

Debe notarse que países como Francia, el Reino Unido y los Estados Unidos tienen colonias, protectorados y territorios, cuya población en general se excluye. Sin embargo, el cálculo de PIB per cápita y otros datos económicos pueden estar basados en cifras de población diferentes, dependiendo de la cobertura de los datos.

Códigos ISO de países de la OCDE

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

Códigos ISO de países socios

Brasil	BRA	India	IND
China	CHN	Indonesia	IDN
Colombia	COL	Letonia	LVA
Costa Rica	CRI	Lituania	LTU
Federación Rusa	RUS	Sudáfrica	ZAF

Referencias

Arah, O. et al. (2006), "A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project", International Journal for Quality in Health Care, Vol. 18, Supplement No. 1, pp. 5-13.

Kelley, E. and J. Hurst (2006), "Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework", OECD Health Working paper, No. 23 OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/440134737301>.

Capítulo 1

Tablas de indicadores de salud

Este capítulo presenta, por primera vez, una serie de tablas diseñadas para contribuir a clarificar la efectividad de los países de la OCDE en promover la salud de su población y en mejorar el desempeño de sus sistemas de salud. Estas tablas no pretenden identificar a los países con los mejores sistemas de salud en general, sino que resumen las fortalezas y debilidades relativas de los países en una cierta selección de indicadores de salud y de desempeño de sistemas de salud, en el afán de coadyuvar a la identificación de posibles áreas de prioridad para emprender acciones. Las tablas identifican la efectividad de países de la OCDE en cinco dimensiones: 1) estado de la salud; 2) factores de riesgo para la salud; 3) acceso a servicios de salud; 4) calidad del servicio; 5) recursos para el cuidado de la salud. Para cada una de estas dimensiones, se presentan indicadores clave, cuya selección se basa en tres criterios principales: 1) relevancia de la política; 2) disponibilidad de datos; y 3) interpretabilidad de los datos; es decir, no existe ambigüedad acerca de que un valor mayor o menor signifique mejor o peor desempeño. Existe sin embargo una excepción a la aplicación del tercer criterio para la quinta tabla sobre recursos para el cuidado de la salud, ya que un mayor gasto o mayor número de recursos humanos y materiales no necesariamente implica un mejor desempeño. Esta es la razón por la que la clasificación de los países se muestra de manera diferente.

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

Los encargados de la formulación de políticas de los países de la OCDE tienen gran interés en comprender el estado de la salud de su población y la efectividad de sus sistemas de salud en la prestación de servicios. El análisis de los indicadores contenidos en esta publicación muestra el avance que se ha alcanzado. La población de los países de la OCDE vive más que nunca antes, con una esperanza de vida promedio que sobrepasa los 80 años gracias a que cuentan con mejores condiciones de vida y niveles de escolaridad, y también con mejor atención a la salud. En la mayoría de los países, la cobertura universal de salud proporciona protección financiera contra el costo de la enfermedad y promueve el acceso al cuidado de la salud para el total de la población. La calidad de la atención también ha mejorado en general, como se puede observar por el menor número de muertes por ataque cardíaco o accidente vascular cerebral, así como la detección más temprana y mejor tratamiento para enfermedades graves como diabetes y cáncer. Sin embargo, estas mejoras han tenido un costo. El gasto en salud representa en promedio aproximadamente el 9% del PIB en países de la OCDE, y sobrepasa el 10% en muchos de ellos. El incremento en el gasto en salud no es en sí un problema siempre y cuando los beneficios excedan los costos, pero existe amplia evidencia de desigualdad e ineficiencia en los sistemas de salud que deben subsanarse. Existe también la necesidad de alcanzar un balance apropiado entre el gasto en prevención de enfermedades y su tratamiento.

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

La respuesta a estas preguntas no es de ninguna manera tarea fácil, pero la información contenida en este capítulo puede clarificar en algún grado el nivel de efectividad de los países en el fomento de la salud de su población y en las diferentes dimensiones del desempeño de sus sistemas de salud. Esta información no pretende identificar a los países que tienen el mejor sistema de salud en general, sino que resume algunas de las fortalezas y debilidades relativas de los países de la OCDE en una serie de indicadores de salud y desempeño de sistemas de salud, y puede ser útil para determinar posibles áreas prioritarias de atención y las acciones a emprender.

La información se presenta en forma de tablas que enfatizan el desempeño de los países de la OCDE en cinco dimensiones: 1) estado de la salud; 2) factores de riesgo para la salud; 3) acceso a servicios de salud; 4) calidad del servicio; 5) recursos para el cuidado de la salud. Para cada una de estas dimensiones, se presentan indicadores clave (de 4 a 7), cuya selección se basa en tres criterios principales: 1) relevancia de la política; 2) disponibilidad de datos; y 3) interpretabilidad de los datos; es decir, no existe ambigüedad acerca de que un valor mayor o menor signifique mejor o peor desempeño). Existe sin embargo una notable excepción a la aplicación del tercer criterio para la quinta tabla sobre recursos para el cuidado de la salud,

ya que un mayor gasto o mayor número de recursos humanos y materiales no necesariamente implica un mejor desempeño. Esta es la razón por la que la clasificación de los países se muestra de manera diferente. El recuadro 1.1 al final de este capítulo resume algunas de las principales limitaciones en la interpretación de las tablas.

En la mayoría de las tablas, los países se clasifican en tres grupos: 1) tercio alto de desempeño; 2) tercio medio de desempeño; 3) tercio bajo de desempeño. Además, la clasificación específica de los países se indica en cada celda para proporcionar más información sobre qué tanto se acercan al otro grupo. La clasificación está basada en el número de países sobre los que hay información disponible para cada indicador (con un máximo de 34 cuando todos están incluidos), y separa a los países en tres grupos iguales. Para el primer indicador sobre el acceso a servicios de salud (el porcentaje de la población con cobertura de salud), el agrupamiento de países está basado en un método diferente, porque la mayoría de los países cuenta con casi el 100% de cobertura o cobertura total. El grupo alto se define con aquellos con un índice de cobertura entre 95 y 100%, el grupo medio está formado por los países que tienen una cobertura entre 90 y 95%, y en el grupo bajo están los países donde la cobertura es menor al 90%. Además, la disponibilidad de datos comparables es más limitada para el indicador de acceso a servicios de salud, ya sea por falta de armonización en los instrumentos de encuesta (para indicadores relacionados con necesidades no satisfechas) o bien por limitaciones en la información administrativa (indicadores sobre tiempos de espera).

Estado de la salud

La amplia variedad de mediciones del estado de salud de la población que se muestra en la Tabla 1.1, tales como esperanza de vida en diferentes edades, no sólo se relaciona con el gasto en salud y el desempeño de los sistemas de salud, sino también con una vasta gama de determinantes no médicos de la salud (con algunos de los factores de comportamiento y estilo de vida presentados en la Tabla 1.2). Los países con buena esperanza de vida al nacer para hombres y mujeres, normalmente tienen también buena esperanza de vida en edad adulta, y típicamente presentan menores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (la principal causa de muerte en casi todos los países de la OCDE).

Japón, España, Suiza, Italia y Francia están entre los países que tienen la más alta esperanza de vida al nacer y en edad adulta, aunque en Francia la esperanza de vida al nacer para hombres es menor, y refleja tasas de mortalidad más alta entre jóvenes y hombres de mediana edad.

México, Hungría, la República Eslovaca y Turquía tienen la más baja esperanza de vida al nacer y en edad adulta, aunque Turquía ha alcanzado grandes avances en longevidad en las últimas décadas, y se acerca rápidamente al promedio de OCDE (ver el primer indicador de esperanza de vida en el Capítulo 3 para tendencias históricas).

Mientras que el gasto en salud per cápita más alto generalmente se asocia con una mayor esperanza de vida, esta relación es menos pronunciada en países con el mayor gasto en salud per cápita. Japón, España y Corea destacan por tener esperanzas de vida relativamente altas, y los Estados Unidos por sus relativamente bajas esperanzas de vida, dados sus niveles de gasto en salud (ver Tabla 1.5). La esperanza de vida en los Estados Unidos es más baja que en la mayoría de los países de la OCDE debido a las tasas más altas de mortalidad relacionadas con comportamientos que afectan la salud (incluyendo alto consumo de calorías y tasas de obesidad, mayor consumo de drogas legales e ilegales, mayor número de muertes por accidente de tránsito y homicidio), grandes segmentos de la población estadounidense con condiciones socio-económicas adversas, y acceso limitado y mala coordinación del cuidado para ciertos grupos de población.

Factores de riesgo para la salud

El desempeño de la mayoría de los países en uno o más de los indicadores de factores de riesgo para la salud es limitado, ya sea por la proporción de la población que consume tabaco o alcohol, o por los índices de sobrepeso y obesidad en niños y adultos (Tabla 1.2). Esto pone de manifiesto la importancia de que los países den mayor prioridad a políticas de prevención y fomento de la salud con el fin de reducir los factores de riesgo para la salud que son modificables y la mortalidad por enfermedades relacionadas con los mismos.

Los Estados Unidos, Canadá, Australia y México han alcanzado un notable avance en las últimas décadas en la reducción de consumo de tabaco entre adultos y tienen actualmente tasas bajas de tabaquismo, pero enfrentan el desafío de reducir las elevadas tasas de obesidad y sobrepeso en niños y adultos. Algunos países como Italia y Portugal tienen actualmente tasas relativamente bajas de obesidad en adultos, pero más elevadas en niños, lo que probablemente se traducirá en tasas más altas de obesidad y sobrepeso en adultos en el futuro. Otros países como Turquía y Grecia tienen niveles relativamente bajos de consumo de alcohol, pero enfrentan retos importantes para reducir el tabaquismo. El consumo de alcohol sigue considerándose alto en Austria, Estonia, la República Checa, Hungría, Francia y Alemania, aunque el nivel de consumo general ha disminuido en estos países en las últimas décadas (ver el indicador de consumo de alcohol en el Capítulo 4).

Acceso a servicios de salud

La mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura de salud universal (o casi universal) para un conjunto de servicios básicos, con la excepción de Grecia, los Estados Unidos y Polonia, donde una proporción considerable de la población aún no cuenta con cobertura (Tabla 1.3). El porcentaje de población sin asegurar en los Estados Unidos empezó a decrecer de manera importante en 2014, como resultado de la implantación del ‘Affordable Care Act’, una ley diseñada para expandir la cobertura de seguro de salud. En Grecia, como consecuencia de la crisis económica, se ha reducido la cobertura de seguros médicos entre la población desempleada por períodos largos, y muchos trabajadores autónomos no han renovado sus planes de seguro de salud por contar con ingresos limitados. Sin embargo, desde junio de 2014 las personas que no tienen seguro médico cuentan con acceso a medicamentos de prescripción y servicios de urgencias en hospitales públicos, y a servicios hospitalarios que no sean urgencias bajo ciertas condiciones.

La protección financiera que las personas tienen contra el costo de una enfermedad no depende únicamente del hecho de contar con un seguro médico, sino también del rango de productos y servicios incluidos y la extensión de la cobertura. En países como Francia y el Reino Unido, la cantidad proporcional del total del consumo que las familias deben pagar directamente por servicios de salud y productos relacionados es relativamente baja, pues muchos de los productos y servicios son gratuitos o están totalmente cubiertos por seguros públicos y privados, y solamente requieren pequeños pagos adicionales. En contraste, países como México y Corea han alcanzado cobertura universal (o casi universal), pero ésta incluye una parte relativamente limitada del costo de los diferentes servicios y productos cubiertos, lo que obliga a los asegurados a pagar cantidades importantes. El gasto de bolsillo puede representar un obstáculo para el acceso a servicios de salud, cuidado dental, medicamentos de prescripción y otros productos o servicios, particularmente para familias de bajos recursos. Corea, Suiza, Portugal, Grecia y México presentan el más alto porcentaje de gastos domésticos destinados a atención médica, aunque algunos de estos países han tomado medidas de protección adecuadas para atender a la población de más bajos recursos.

El acceso a la salud puede verse restringido no solamente por razones financieras, sino también por barreras geográficas, tiempos de espera y otras razones. En Europa, un promedio de alrededor del 3% de la población en países miembros de la OCDE reportó necesidades no cubiertas de exámenes médicos debido al costo, distancia o tiempo de espera en 2013, de acuerdo a la encuesta EU-SILC. El porcentaje más alto de población con este déficit en la atención médica se reportó en Grecia y Polonia, mientras que los Países Bajos y Austria reportaron el más bajo. Una proporción mayor de la población reportó carencia de cuidados dentales en casi todos los países, lo que refleja que la cobertura pública de cuidado dental es baja en general. Portugal, Islandia, Italia y Grecia presentan los más altos índices de necesidades de cuidado dental no cubiertas en 2013 en países europeos miembros de la OCDE.

Los tiempos de espera para diferentes servicios de salud son un indicador del nivel de acceso oportuno que tiene la población para servicios específicos como cirugías electivas. Entre un número limitado de países que reportan esta información, Dinamarca, Canadá e Israel han alcanzado tiempos de espera relativamente bajos para intervenciones como cirugía de cataratas y reemplazo de rodilla, mientras que en Polonia, Estonia y Noruega los tiempos de espera son relativamente más largos.

Calidad del servicio

La mejora en la calidad de los servicios de salud tiene alta prioridad para la mayoría de los países de la OCDE. De acuerdo con la información disponible, ningún país aparece consistentemente en el grupo de alto desempeño en todos los parámetros de calidad en el servicio (Tabla 1.4), incluso aquellos que tienen un gasto en salud mucho mayor. Este hecho parece indicar que hay aspectos a mejorar en todos los países en la gestión de calidad de atención a la salud, prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento para diferentes problemas de salud.

En los Estados Unidos, los datos de atención en cuidados intensivos para salvar a pacientes con infartos y accidentes vasculares cerebrales son alentadores, pero no así aquellos relacionados con la prevención de admisión hospitalaria para personas con condiciones crónicas como asma y diabetes. En contraste, Portugal, España y Suiza tienen índices relativamente bajos de admisiones en hospitales por enfermedades crónicas, pero tasas de mortalidad relativamente altas de pacientes admitidos por infarto o accidente vascular cerebral.

La sobrevivencia promedio al diagnóstico de cáncer cervical, de mama y de colon, es relativamente alta en Finlandia y Suecia, mientras que, en Chile, Polonia, la República Checa, el Reino Unido e Irlanda la sobrevivencia promedio es menor para estos tipos de cáncer. Un pilar importante para el progreso en la lucha contra el cáncer es el establecimiento de un plan nacional de control de cáncer, para enfocar la atención pública y política en la efectividad de los programas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de cáncer.

Recursos para el cuidado de la salud

En los diferentes sistemas un alto gasto en salud no siempre está directamente relacionado con una mayor provisión de recursos humanos y físicos o una mayor cantidad de recursos técnicos.

El gasto en salud per cápita en los Estados Unidos sigue siendo mucho más alto que en otros países de la OCDE, pero no aparece en el grupo más alto en términos del número de médicos y enfermeros per cápita. En seguida de los Estados Unidos, los gastos más altos en salud per cápita se presentan en Suiza, Noruega, los Países Bajos y Suecia, mientras que los más bajos en México y Turquía (Tabla 1.5). El gasto en salud per cápita es también relativamente bajo en Chile, Polonia y Corea, aunque ha crecido rápidamente en la última década.

Grecia, Austria y Noruega cuentan con el número más alto de médicos per cápita; Suiza, Noruega y Dinamarca tienen el mayor número de enfermeros. La composición de las diferentes categorías de profesionales de la salud varía enormemente, con algunos países con más médicos, como Grecia y Austria, y otros optando por depender en mayor grado de enfermeros y otros profesionales

para proveer algunos servicios, como Finlandia y los Estados Unidos.

En algunos países de Europa Central y del Este, como Hungría, Polonia y la República Eslovaca, el número de camas de hospital sigue siendo relativamente alto, lo que refleja un énfasis excesivo en la atención hospitalaria. El número de camas de hospital per cápita es menor en México, Chile, Suecia, Turquía, Canadá y el Reino Unido. Contar con números relativamente menores de camas de hospital no crea necesariamente un problema de capacidad si los sistemas de atención primaria son suficientemente efectivos para reducir la necesidad de hospitalización.

La disponibilidad más alta de costosos equipos de alta tecnología; por ejemplo, para resonancia magnética y tomografía computarizada, existe en Japón los Estados Unidos, y es mucho menor en México, Hungría, Israel y el Reino Unido. No es posible calcular un número ideal de equipos de resonancia magnética y tomografía computarizada para una población, y existe evidencia en muchos países de uso inapropiado y excesivo de estas tecnologías de diagnóstico de alto costo.

Como se ha mencionado, un alto gasto en salud y otros recursos humanos y técnicos no siempre se relaciona con mayor acceso al servicio ni mejor calidad, como lo muestra la falta de consistencia en la correlación entre la posición relativa de los países en cuanto a gasto en salud y los diferentes parámetros de acceso y calidad del servicio. Por ejemplo, Noruega tiene un gasto en salud y un número relativo de médicos y enfermeros alto, y en general figura en buenos lugares en muchos otros indicadores de calidad en el servicio, pero tiene aún desafíos persistentes en términos de acceso como los tiempos de espera para cirugías electivas. En contraste, la República Checa tiene un gasto en salud mucho menor, y está logrando buenos resultados en diferentes aspectos del acceso a servicios de salud, aunque podría mejorar la salud pública y programas de prevención, así como la calidad del servicio para pacientes con enfermedades crónicas como diabetes. El nivel de desempeño de los sistemas de salud en cuanto a las metas de políticas clave de acceso universal y calidad no depende solamente de la asignación de más recursos financieros, sino también de un uso racional de éstos y de contar con los incentivos adecuados para asegurar la mejor relación costo-beneficio.

Tabla 1.1 Estado de la Salud

 Tercio alto de desempeño
 Tercio medio de desempeño
 Tercio bajo de desempeño

Nota: Los países no se enlistan en orden alfabético. El número en las celdas de la tabla indica la posición de cada país en el total de países con información disponible. Para el indicador de mortalidad, los países de alto desempeño son los que tienen los indicadores más bajos.

Indicador	Esperanza de vida al nacer - hombres	Esperanza de vida al nacer - mujeres	Esperanza de vida a los 65 años - hombres*	Esperanza de vida a los 65 años - mujeres*	Mortalidad por enfermedades cardiovasculares **
Australia	8	7	3	7	7
Austria	18	13	16	13	26
Bélgica	22	19	23	14	15
Canadá	13	17	10	10	5
Chile	27	27	27	28	16
Rep. Checa	28	28	29	30	31
Dinamarca	21	25	25	26	10
Estonia	32	26	31	27	32
Finlandia	23	8	20	9	24
Francia	15	3	2	2	2
Alemania	18	19	16	22	25
Grecia	17	9	13	11	27
Hungría	33	33	34	34	33
Islandia	2	16	10	20	23
Irlanda	15	23	19	24	21
Israel	3	11	3	17	3
Italia	3	4	8	4	17
Japón	5	1	6	1	1
Corea	20	5	20	5	4
Luxemburgo	9	11	6	8	12
México	34	34	28	32	22
Países Bajos	11	19	16	20	8
Nueva Zelanda	11	19	8	17	18
Noruega	9	13	15	14	11
Polonia	30	29	30	28	30
Portugal	24	9	23	11	14
Rep. Eslovaca	31	31	33	31	34
Eslovenia	25	17	26	14	28
España	5	2	3	3	6
Suecia	5	13	10	17	19
Suiza	1	6	1	5	13
Turquía	29	32	32	33	29
Reino Unido	14	24	14	23	9
Estados Unidos	26	29	22	25	20

*La esperanza de vida a los 65 años no se presenta en el capítulo 3 sobre estado de la salud, sino en el capítulo 11, que trata de envejecimiento y cuidados de largo plazo.

**La mortalidad por enfermedades cardiovasculares incluye muerte por cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares mostradas en el capítulo 3, así como otras enfermedades cardiovasculares.

Fuente: Panorama de la Salud 2015

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281467>

Tabla 1.2 Factores de Riesgo

 Tercio alto de desempeño
 Tercio medio de desempeño
 Tercio bajo de desempeño

Nota: Los países no se enlistan en orden alfabético. El número en las celdas de la tabla indica la posición de cada país en el total de países con información disponible.

Indicador	Tabaquismo en adultos	Consumo de alcohol	Obesidad en adultos*	Sobrepeso y obesidad en niños**
Australia	4	22	30*	20
Austria	26	34	8	14
Bélgica	15	20	9	5
Canadá	6	11	29*	21
Chile	33	10	28*	28
Rep. Checa	25	32	20*	5
Dinamarca	12	17	10	23
Estonia	31	33	18	7
Finlandia	10	14	26	17
Francia	30	30	11	13
Alemania	23	28	25*	3
Grecia	34	7	19	33
Hungría	32	30	31*	24
Islandia	2	6	21	9
Irlanda	16	26	24*	11
Israel	11	2	13	18
Italia	24	4	4	31
Japón	17	7	1*	15
Corea	19	12	2*	16
Luxemburgo	9	29	23*	19
México	3	3	33*	30
Países Bajos	13	14	6	7
Nueva Zelanda	8	16	32*	27
Noruega	7	5	3	1
Polonia	27	27	14	2
Portugal	14	25	12	25
Rep. Eslovaca	18	22	16*	3
Eslovenia	22	17	17	22
España	29	20	15	26
Suecia	1	7	7	9
Suiza	21	22	4	11
Turquía	27	1	22*	n.a.
Reino Unido	20	19	27*	32
Estados Unidos	5	13	34*	29

Los datos de obesidad en adultos están basados en medidas de estatura y peso para todos los países marcados con asterisco (). Esto resulta en datos más acertados y tasas de obesidad más altas en comparación con los países que proveen información sobre estatura y peso.

**Los datos de sobrepeso y obesidad en niños están basados en medidas, pero están referidos a diferentes grupos de edad en diferentes países.

Fuente: Panorama de la Salud 2015

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281473>

Tabla 1.3 Acceso a servicios de salud

 Tercio alto de desempeño
 Tercio medio de desempeño
 Tercio bajo de desempeño

Nota: Los países no se enlistan en orden alfabético. El número en las celdas de la tabla indica la posición de cada país en el total de países con información disponible. Para los indicadores de gasto de bolsillo, necesidades no satisfechas de cuidado médico y tiempos de espera, en el tercio alto de desempeño en términos de acceso aparecen los países con la proporción más baja de gasto en medicamentos como parte del gasto familiar, los datos más bajos de necesidades no satisfechas de cuidado médico o los tiempos de espera menores.

Indicador	Cobertura de salud	Proporción de gasto en medicamentos como parte del gasto familiar	Necesidades médicas no satisfechas*	Necesidades dentales no satisfechas*	Tiempo de espera para cirugía de cataratas -mediana	Tiempo de espera para reemplazo de rodilla -mediana
Australia	1	22	n.a.	n.a.	8	12
Austria	1	18	1	2	n.a.	n.a.
Bélgica	1	20	11	8	n.a.	n.a.
Canadá	1	11	n.a.	n.a.	2	4
Chile	1	28	n.a.	n.a.	13	8
Rep. Checa	1	7	5	4	n.a.	n.a.
Dinamarca	1	14	7	10	4	1
Estonia	2	12	21	19	9	13
Finlandia	1	18	19	11	10	7
Francia	1	3	15	15	n.a.	n.a.
Alemania	1	5	9	5	n.a.	n.a.
Grecia	3	32	23	20	n.a.	n.a.
Hungría	1	30	14	9	1	6
Islandia	1	21	18	22	n.a.	n.a.
Irlanda	1	22	17	17	n.a.	n.a.
Israel	1	16	n.a.	n.a.	3	3
Italia	1	22	20	21	n.a.	n.a.
Japón	1	9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Corea	1	34	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Luxemburgo	1	5	4	3	n.a.	n.a.
México	1	30	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Países Bajos	1	2**	1	1	n.a.	n.a.
Nueva Zelanda	1	9	n.a.	n.a.	7	5
Noruega	1	16	8	15	12	10
Polonia	2	13	22	13	14	14
Portugal	1	29	16	23	6	11
Rep. Checa	2	22	11	6	n.a.	n.a.
Eslovenia	1	7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
España	1	26	3	18	11	9
Suecia	1	26	11	14	n.a.	n.a.
Suiza	1	33	6	12	n.a.	n.a.
Turquía	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Reino Unido	1	3	9	7	4	2
Estados Unidos	3	14	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

*La falta de satisfacción de necesidades médicas y dentales puede deberse a razones financieras, tiempos de espera o distancia para tener acceso a los servicios. Los datos consideran únicamente países europeos porque están basados en la encuesta EU-SILC.

**La clasificación de los Países Bajos es una sobre-estimación, ya que excluye los pagos obligatorios de aseguradoras (de estar incluidos, los Países Bajos aparecerían a la mitad de la tercera categoría).

Fuente: Panorama de la Salud 2015

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281483>

Tabla 1.4 Calidad del Servicio

 Tercio alto de desempeño
 Tercio medio de desempeño
 Tercio bajo de desempeño

Nota: Los países no se enlistan en orden alfabético. El número en las celdas de la tabla indica la posición de cada país en el total de países con información disponible. Para los indicadores de admisiones hospitalarias evitables y mortalidad, los desempeños más altos los tienen los países con los índices más bajos.

Indicador

Australia	29	17	1	20	11	5	3
Austria	28	29	27	8	19	19	7
Bélgica	16	20	19	20	16	12	4
Canadá	18	10	11	26	12	8	13
Chile	6	27	3	16	25	23	na.
Rep. Checa	12	23	11	22	13	22	21
Dinamarca	26	14	7	17	5	11	18
Estonia	27	n.a.	28	29	8	25	22
Finlandia	10	15	9	4	6	4	7
Francia	7	21	17	13	n.a.	n.a.	n.a.
Alemania	21	25	25	8	15	15	10
Grecia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hungría	31	11	30	22	n.a.	n.a.	n.a.
Islandia	14	4	15	14	7	10	n.a.
Irlanda	32	16	8	24	20	20	19
Israel	19	9	11	6	10	7	2
Italia	2	1	5	7	3	15	12
Japón	1	18	29	1	4	9	4
Corea	24	30	24	2	2	14	1
Luxemburgo	9	19	16	17	n.a.	n.a.	n.a.
México	5	31	32	31	n.a.	n.a.	n.a.
Países Bajos	11	6	20	12	16	16	11
Nueva Zelanda	30	22	10	14	14	12	15
Noruega	17	7	11	5	1	2	13
Polonia	20	28	3	n.a.	24	24	23
Portugal	3	8	26	27	18	6	16
Rep. Eslovaca	23	26	17	28	n.a.	n.a.	n.a.
Eslovenia	8	13	4	30	23	18	17
España	15	3	23	24	n.a.	n.a.	n.a.
Suecia	13	12	2	8	9	1	6
Suiza	4	2	22	11	n.a.	n.a.	n.a.
Turquía	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Reino Unido	22	5	20	19	22	21	20
Estados Unidos	25	24	5	3	21	2	9

Fuente: Panorama de la Salud 2015

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281494>

Tabla 1.5 Recursos para el cuidado de la salud

Tercio alto de gasto en salud o recursos
 Tercio medio de gasto en salud o recursos
 Tercio bajo de gasto en salud o recursos

Nota: Los países se enlistan en orden alfabético. El número en las celdas de la tabla indica la posición de cada país en el total de países con información disponible. Aunque los países están categorizados del más alto al más bajo gasto en salud o recursos disponibles, esto no necesariamente significa mejor desempeño.

Indicador	Gasto en salud per cápita	Médicos per cápita (activos)	Enfermeros per cápita (activos)	Camas de hospital per cápita	Equipos de resonancia magnética per cápita*	Escáner de Tomografía Computarizada per cápita*
Australia	13	14	10	18	12*	2*
Austria	8	2	21	4	9	10
Bélgica	11	21	15	9	19*	11*
Canadá	10	28	16	29	22	23
Chile	30	33	27	32	26	26
Rep. Checa	27	10	20	7	24	22
Dinamarca	7	11	3	23	10	5
Estonia	31	18	23	12	17	15
Finlandia	17	20	5	13	6	13
Francia	12	16	17	8	21	24
Alemania	6	5	6	3	15*	16*
Grecia	25	1	32	14	5	8
Hungría	29	19	22	5	31*	31*
Islandia	15	11	4	21	7	4
Irlanda	16	25	7	26	13	17
Israel	24	13	31	22	30	29
Italia	20	8	24	19	3	9
Japón	14	29	13	1	1	1
Corea	26	31	29	2	4	6
Luxemburgo	9	22	9	11	14	12
México	33	32	33	33	32	32
Países Bajos	4	17	8	n.a.	16	28
Nueva Zelanda	18	22	14	26	18	20
Noruega	3	3	2	17	n.a.	n.a.
Polonia	32	30	28	6	28	19
Portugal	22	4	25	20	27*	14*
Rep. Checa	28	14	26	10	25	21
Eslovenia	23	26	18	16	23	27
España	21	9	30	24	11	18
Suecia	5	7	11	31	n.a.	n.a.
Suiza	2	6	1	15	8*	7
Turquía	34	34	34	30	20	25
Reino Unido	19	24	19	26	29	30
Estados Unidos	1	27	12	25	2	3

Los datos de la mayoría de los países marcados con un asterisco () no incluyen equipos de resonancia magnética y tomografía computarizada instalados fuera de los hospitales, lo que genera una subestimación. En Australia y Hungría, los datos solamente incluyen equipos de resonancia magnética y tomografía computarizada elegibles para reembolso público, lo que también genera subestimación.

Fuente: Panorama de la Salud 2015

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281500>

Recuadro 1.1 Limitaciones en la interpretación y uso de las tablas

Las tablas presentadas en este capítulo deberán ser interpretadas y usadas con precaución por varias razones:

- Debido a limitaciones en la disponibilidad de datos, los indicadores seleccionados para cada tema generalmente no incluyen todos los aspectos importantes relacionados con el mismo. Por ejemplo, los indicadores de estado de la salud se refieren únicamente a mortalidad ya que existe mayor disponibilidad de estos índices, y es más fácil compararlos entre países que los datos de morbilidad. Mientras la esperanza de vida es sin duda un indicador clave del estado de la salud, la falta de indicadores sobre la salud mental y física de la gente mientras vive es una limitación importante. Las mismas limitaciones deberán aplicarse a las tablas sobre factores de riesgo (que solamente incluyen algunos factores de riesgo para la salud), acceso a servicios de salud y calidad del servicio.
- Existen limitaciones en la comparabilidad de los datos para algunos indicadores, las que deberán ser tomadas en cuenta al interpretar la categorización de los países. Un ejemplo notable es el indicador de tasas de obesidad en adultos, pues en algunos países está basado en el peso y la estatura reportados por los encuestados, lo que resulta en una subestimación en comparación con aquellos países que proporcionan datos más confiables basados en medidas de obesidad.
- El agrupamiento de países en tercios se basa en un método simple que usa solo las estimaciones puntuales de cada país y dividiéndolos en tres grupos iguales. Este método no toma en cuenta la distribución de datos alrededor del promedio de la OCDE, ni los intervalos de confianza para aquellos indicadores donde éstos han sido calculados (notablemente para varios indicadores de calidad del servicio).
- Las tablas únicamente presentan la situación actual, y pueden ocultar el avance que algunos países de la OCDE pueden haber logrado a lo largo del tiempo, y el hecho de que pueden estarse moviendo rápidamente hacia el promedio de la OCDE. Estas tendencias clave se discuten en la publicación.

Debido a estas limitaciones en la disponibilidad de datos, comparabilidad y relevancia estadística, no se ha intentado calcular un indicador global de desempeño en cada dimensión o en diferentes dimensiones. Estas tablas deberán ser usadas para obtener una primera impresión de las fortalezas y debilidades relativas de los países de la OCDE en el conjunto de indicadores seleccionados. Deberá ser complementada por una revisión más a fondo de los datos y los factores que afectan las variaciones entre los países que se presentan en los capítulos subsiguientes de esta publicación.

Capítulo 2

Tendencias de gasto en medicamentos y desafíos futuros

En los países de la OCDE, el gasto en medicamentos alcanzó alrededor de 800 mil millones de dólares en 2013, lo que representa aproximadamente el 20% del gasto en salud en promedio cuando el consumo de medicamentos en hospitales es agregado a la compra de medicamentos en el sector comercial. Este capítulo revisa las tendencias recientes en gasto en medicamentos en los países de la OCDE, y examina los factores que conducen las tendencias recientes de gasto, enfatizando las diferencias entre clases terapéuticas. Este análisis muestra que mientras el consumo sigue creciendo e incrementando el gasto en medicamentos, las políticas de contención de costos y expiración de patentes de varios productos de alta demanda han ejercido presión en los precios en años recientes, lo que ha resultado en menores grados de crecimiento en la última década. Este capítulo también revisa los más recientes desafíos para los encargados de la formulación de políticas en la gestión del gasto en medicamentos. La proliferación de productos especializados de alto costo, será un importante conductor del crecimiento del gasto en medicamentos en los próximos años. Mientras que algunos de estos medicamentos proporcionan enormes beneficios a los pacientes, para otros la mejora es marginal, lo que genera cuestionamientos sobre la eficiencia del gasto.

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

Introducción

El gasto en medicamentos en países de la OCDE alcanzó alrededor de 800 mil millones de dólares en 2013, lo que representa alrededor del 20% del gasto total en salud en promedio cuando el consumo de medicamentos en hospitales es agregado a la compra de medicamentos en el sector comercial. El gasto en medicamentos al por menor ha disminuido en la mayoría de los países de la OCDE en la última década, mientras que el gasto en medicamentos utilizados en hospitales se ha incrementado en la mayoría de los países en los que esta información está disponible. Los recientes desarrollos de mercado, como la proliferación de medicamentos de alto costo dirigidos a pequeñas poblaciones y/o condiciones complejas han generado debates sobre la sustentabilidad y eficiencia del gasto en medicamentos. ¿Tendrán capacidad los países de la OCDE de facilitar el acceso a estos medicamentos de alto costo a todos los pacientes que los necesitan, y a qué precio? ¿La relación costo-beneficio será positiva para los gobiernos?

El presente capítulo revisa primeramente las tendencias en el gasto en medicamentos y financiamiento de este gasto en los países de la OCDE, y en seguida examina los factores que conducen las tendencias recientes de gasto, enfatizando las diferencias entre clases terapéuticas. Finalmente, se enfoca en las tendencias actuales y predecibles del mercado farmacéutico y los desafíos asociados con éstas en la gestión del gasto en medicamentos.

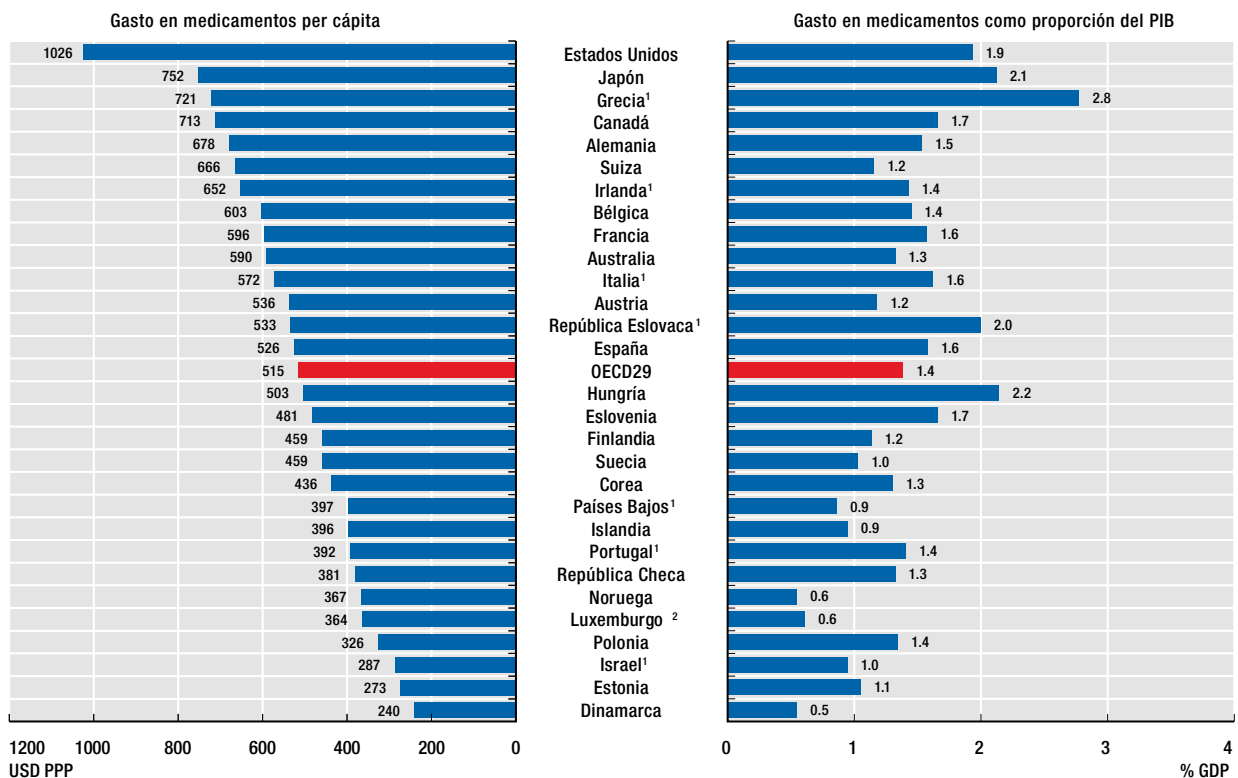
Uno de cada cinco dólares gastados en salud se destina a medicamentos

Durante 2013 los países de la OCDE gastaron un promedio de más de 500 dólares por persona en medicamentos al por menor (Figura 2.1). En los Estados Unidos, el nivel de gasto duplicó el promedio de la OCDE, y fue 35% más alto que en Japón, que ocupa el segundo lugar en nivel de gasto. En el otro extremo está Dinamarca, con un gasto menor a la mitad del promedio de la OCDE.

Los datos de gasto en medicamentos mostrados en la Figura 2.1 incluyen solamente los adquiridos en el sector comercial, en vista de que muchos países no cuentan con información sobre el costo de los medicamentos administrados en hospitales y otras instalaciones para la atención de pacientes. En aquellos países que cuentan con esta información, la inclusión del gasto en medicamentos en hospitales y otras instalaciones agrega aproximadamente un 10% más al gasto en medicamentos al por menor en el caso de Alemania, Canadá y Australia, y más de 25% en países como España, la República Checa y Portugal (Figura 2.2). Estas diferencias surgen de los canales de presupuesto y distribución en cada país. En promedio, el uso de medicamentos y otras instalaciones de atención incrementa el gasto en aproximadamente 20%, lo que significa que un poco más de 1 de cada 5 dólares dedicados al cuidado de la salud se destina a la compra de medicamentos.

Antes de 2005 el gasto en medicamentos al por menor creció a una tasa más alta que otros componentes clave del cuidado de la salud, como cuidado de pacientes ambulatorios y hospitalizados, y fue una importante contribución al incremento general de gasto en salud (ver Figura 2.3). Sin embargo, durante la siguiente década el gasto en medicamentos al por menor se vio seriamente afectado por la expiración de patentes de diferentes medicamentos de altísima demanda y políticas de contención de costos, particularmente como consecuencia de crisis económicas. Como resultado, el gasto en medicamentos al por menor disminuyó dramáticamente en algunos países; por ejemplo, Portugal, Dinamarca y Grecia.

Figura 2.1. Gasto en medicamentos al por menor per cápita como proporción del PIB en 2013 (o año más cercano)



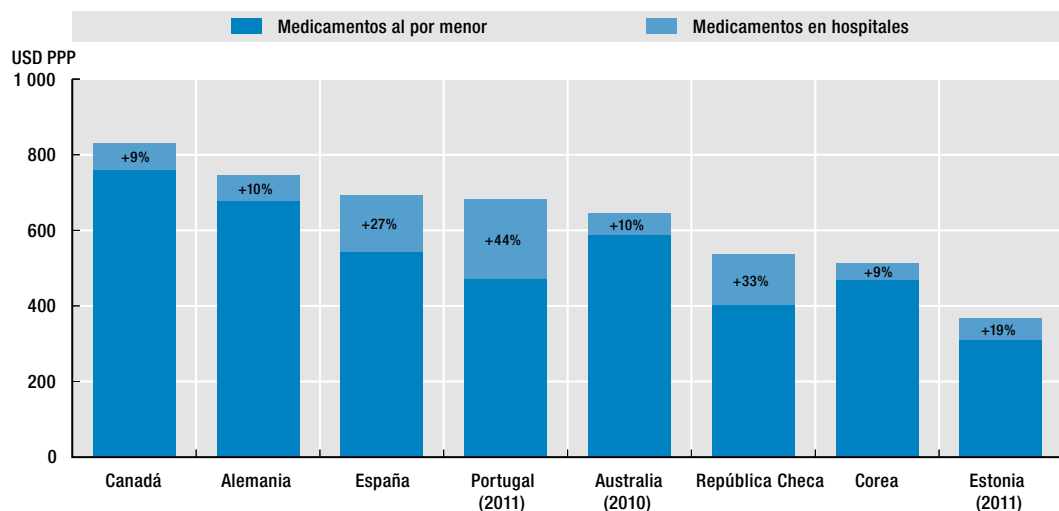
1. Incluye productos médicos perecederos.

2. Excluye medicamentos de libre acceso (OTC, por sus siglas en inglés)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280639>

Figura 2.2. Gasto total en medicamentos (en hospitales y al por menor) per cápita USD PPP, 2013 (o año más cercano)

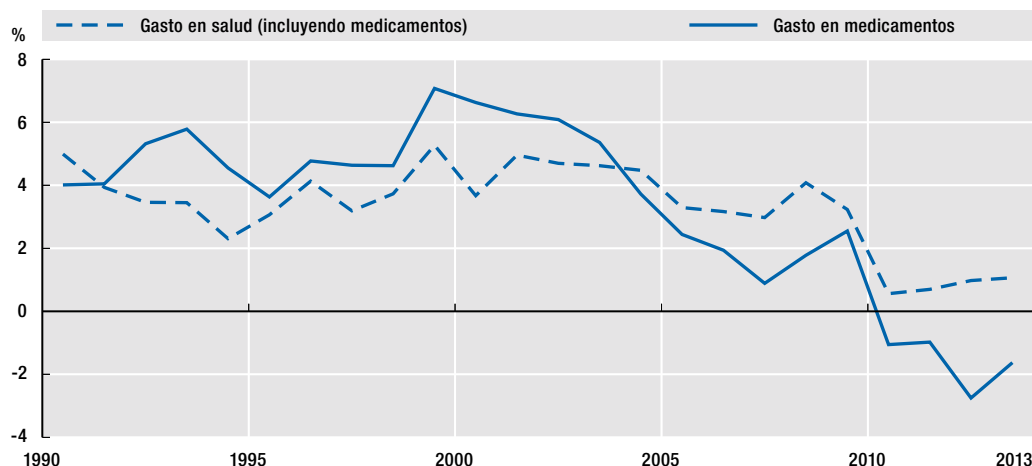


Nota: Los datos para Portugal son estimados de la OCDE con base en cifras ajustadas de gasto total en medicamentos y al por menor.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280642>

Figura 2.3. Crecimiento anual promedio en gasto total en salud y gasto en medicamentos per cápita, en términos reales, promedio en los países de la OCDE, 1990 a 2013 (o año más cercano)

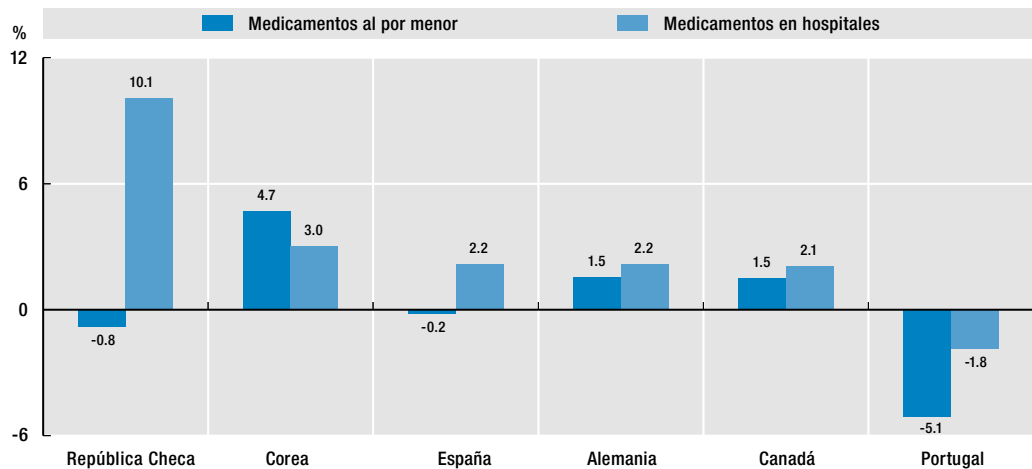


Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280658>

Durante el mismo período, el gasto en medicamentos en hospitales creció más rápidamente en varios países (ver figura 2.4). La proliferación de medicamentos especializados sería una explicación parcial, ya que éstos se distribuyen frecuentemente en contextos hospitalarios (incluyendo departamentos de pacientes ambulatorios) más que a través de farmacias (Hirsch et al., 2014) y llegan al mercado con precios cada vez más altos.

Figura 2.4. Crecimiento anual promedio en gasto en medicamentos al por menor y en hospitales, en términos reales, 2005 y 2015 (o año más cercano)



Nota: Los estimados para Portugal excluyen el gasto en otros productos médicos del total reportado y el gasto en medicamentos al por menor.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280663>

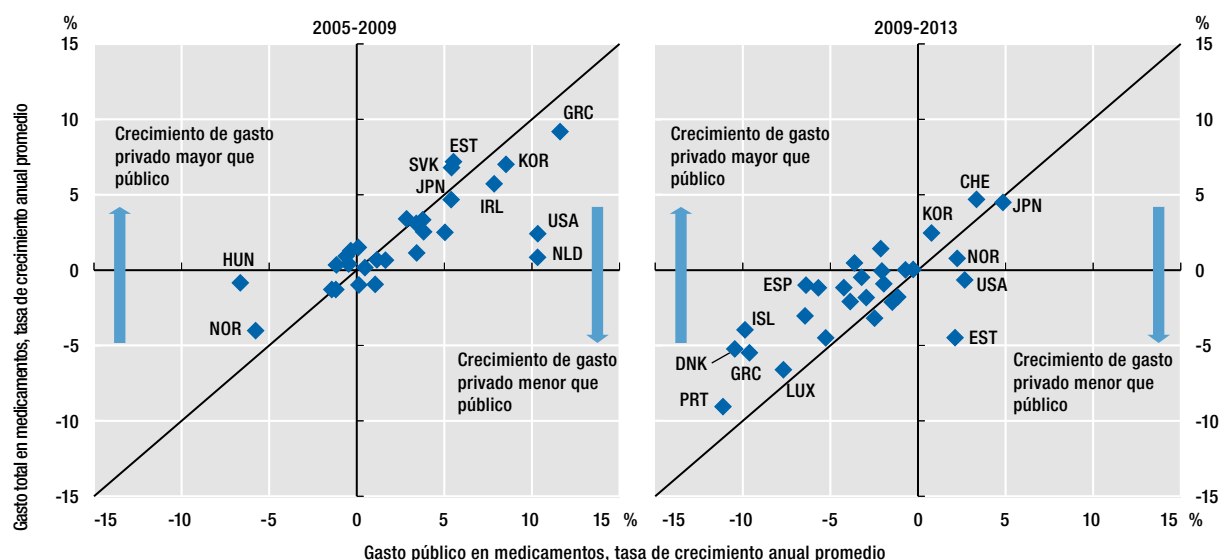
Incremento de la participación de gasto privado en medicamentos

El gasto privado en la compra de medicamentos es mayor que para otras categorías de cuidado de la salud. En los países de la OCDE, un promedio de 43% del gasto

medicamentos al por menor es pagado a través de fuentes privadas (seguro de gastos médicos privado o gasto de bolsillo), comparado con 21% para el cuidado de pacientes ambulatorios y hospitalizados. La mayor parte del gasto privado en medicamentos (37%) es gasto de bolsillo de las familias, lo que refleja tanto los demandantes requisitos de la cobertura de seguro, como el grado de consumo de medicamentos OTC de auto-medicación (ver el indicador de gasto en medicamentos en el Capítulo 10). Países como Francia, Alemania y Japón reportan una relativamente baja participación privada en el gasto en medicamentos, de entre 25 y 30%, mientras que en los Estados Unidos y Canadá (en donde los seguros de gastos médicos privados juegan un importante papel en el financiamiento del gasto en medicamentos), así como en Polonia (donde el gasto en medicamentos OTC es importante), se reporta que más del 60% del gasto en medicamentos es cubierto por fuentes privadas.

En la mayoría de los países de la OCDE, el gasto privado en medicamentos ha crecido más rápidamente que el gasto público en la última década (Figura 2.5). Desde 2009 en particular, el gasto privado en medicamentos no decreció en la misma medida que el gasto público, en parte debido a una transferencia observable de una porción de la carga económica a los hogares. Por ejemplo, en Hungría, la proporción de gasto de bolsillo en medicamentos de prescripción se incrementó de 40 a 45% entre 2010 y 2013 (Figura 2.6). La República Checa y la República Eslovaca también reportaron incrementos en el gasto en medicamentos en los hogares de 38 y 33% respectivamente.

Figura 2.5. Crecimiento anual en gasto público y gasto total en medicamentos al por menor, países de la OCDE, 2005 a 2013

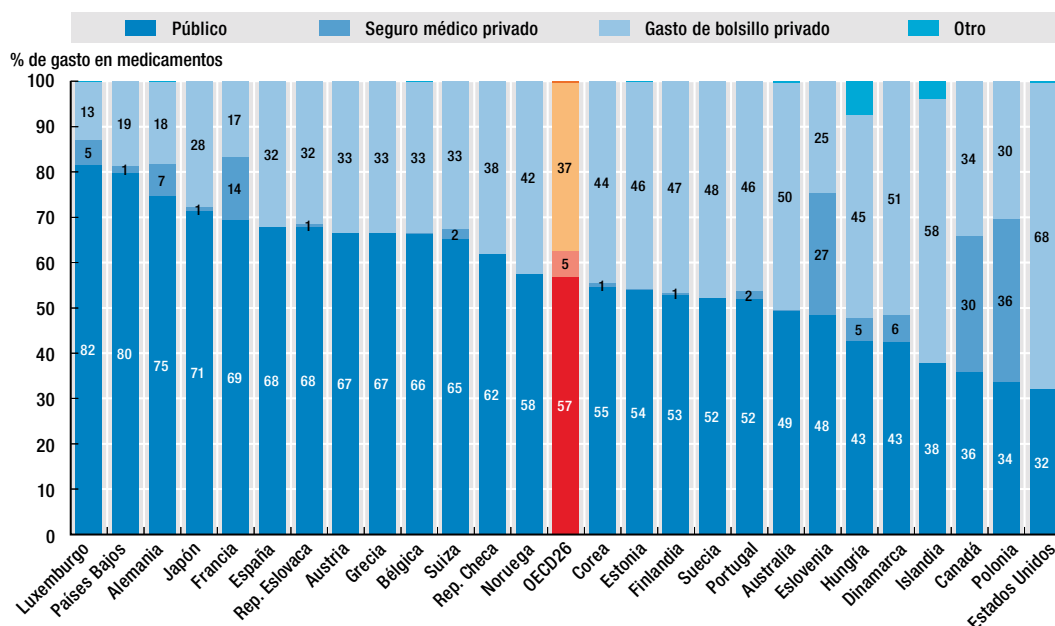


Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280679>

Las tendencias en el gasto público y privado se pueden explicar parcialmente por una variedad de medidas adoptadas por los países para contener el gasto público en medicamentos, como el incremento en la distribución de costos con los seguros, y el uso cada vez mayor de medicamentos OTC (normalmente no reembolsados) en comparación con los medicamentos de prescripción (normalmente reembolsados) en varios países. En Eslovenia, Polonia y España, la proporción de OTCs en el gasto en medicamentos se ha incrementado significativamente.

Figura 2.6. Gasto en medicamentos al por menor por tipo de financiamiento, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280689>

El incremento del gasto en medicamentos es provocado por cambios en cantidad, precio y combinación terapéutica

La creciente demanda de medicamentos y la introducción de nuevos medicamentos en el mercado son los factores determinantes en el crecimiento del gasto. Al mismo tiempo, la disponibilidad de genéricos y biosimilares (biocomparables) en combinación con la introducción y fortalecimiento de políticas de contención de costos, han ejercido gran presión a la baja sobre el gasto en años recientes (Belloni, et al., próxima publicación).

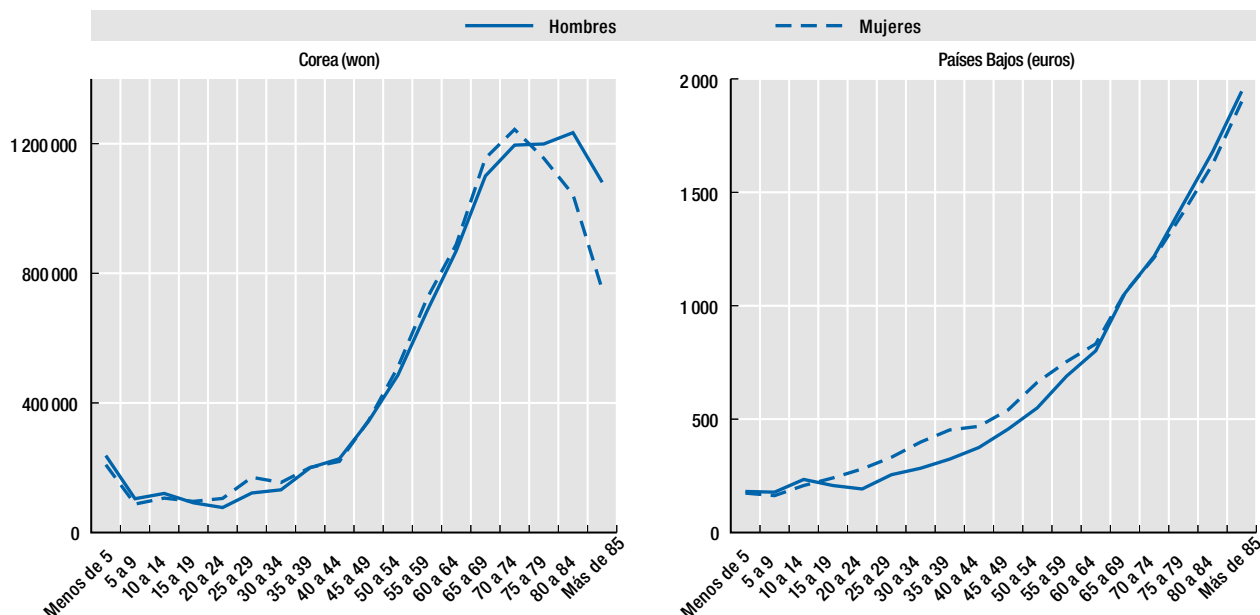
La creciente demanda de medicamentos y las nuevas oportunidades de tratamiento elevan el gasto en medicamentos

El consumo de medicamentos se ha incrementado a lo largo del tiempo en muchas clases terapéuticas. Entre 2000 y 2013, entre los países en que se dispone de información, el uso de medicamentos antihipertensivos, antidiabéticos y antidepresivos casi se duplicó, mientras que el uso de medicamentos para reducción de colesterol se triplicó (ver el indicador de “consumo de medicamentos” en el Capítulo 10). Esta tendencia refleja la creciente demanda de medicamentos resultante del aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, envejecimiento de la población, cambios en prácticas clínicas y extensión de cobertura, así como nuevas oportunidades de tratamiento.

La prevalencia de muchas enfermedades crónicas como cáncer, diabetes y enfermedades mentales ha aumentado, lo que resulta en una mayor demanda de tratamientos médicos. Las mejoras en el diagnóstico, que generan identificación y tratamiento más tempranos del padecimiento, así como el desarrollo de más medicamentos (tanto de prescripción como OTC) para tratar enfermedades comunes, también han contribuido al incremento del consumo.

El envejecimiento de la población también incrementa la demanda de medicamentos. La tendencia a desarrollar condiciones que requieren algún tipo de medicamentos, crece con la edad. Como se muestra en la figura 2.7 para Corea y los Países Bajos, el gasto per cápita en medicamentos se incrementa rápidamente con la edad.

Figura 2.7. Gasto en medicamentos al por menor per cápita por grupo de edad, Corea y Países Bajos, 2011



Fuente: Base de Datos de la OCDE en Gasto por Enfermedad, Edad y Género. (No publicado)

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280694>

Los medicamentos nuevos e innovadores amplían las opciones de tratamiento e incrementan los costos. Se consideran medicamentos nuevos tanto a las nuevas moléculas como a nuevas formulaciones de medicamentos ya existentes. Ambas categorías pueden ofrecer nuevas opciones de tratamiento, por ejemplo, para necesidades anteriormente no satisfechas o para nuevos grupos de población (por ejemplo, niños), lo que incrementa el consumo. Mientras que la aprobación de nuevos medicamentos en segmentos existentes del mercado puede incrementar la competencia y potencialmente generar ahorros, usualmente los medicamentos nuevos que ofrecen ventajas terapéuticas para los pacientes tienen un precio más alto que sus competidores, y contribuyen significativamente al aumento del gasto en medicamentos.

En años recientes, la proliferación de medicamentos especializados de alto costo, en particular tratamientos para cáncer administrados por vía oral e inmunomoduladores ha jugado un papel gradualmente más importante en el crecimiento del gasto en medicamentos (Express Scripts, 2015; Trish et al., 2014). En los Estados Unidos, los medicamentos especializados representaron solo el 1% del total de prescripciones, pero contribuyeron con 25% del total del gasto en medicamentos de prescripción en 2012 (Express Scripts, 2015).

Los cambios en las guías de práctica clínica también han contribuido al aumento del consumo de medicamentos. Las guías actualizadas para tratamientos anteriormente usados, frecuentemente recomiendan dosis más altas o mayor duración del tratamiento para prevención secundaria o manejo de enfermedades crónicas, incrementándose así el volumen de consumo. Este es el caso, por ejemplo, de las guías para los fármacos para reducir el colesterol (por ejemplo, estatinas), una de las clases terapéuticas de medicamentos de prescripción de más rápido crecimiento en todo el mundo. Las guías de prescripción han sido actualizadas varias veces desde finales de los 90s, recomendando estudios más amplios y niveles menores de lípidos como indicaciones para prescripción en Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos (CIHI, 2012; ACC/AHA, 2014; NICE, 2014).

La expansión de la cobertura también ha contribuido al gasto en medicamentos en algunos países. En los Estados Unidos, la introducción tanto de “Medicare Part D” en 2006 y la instrumentación el “Affordable Care Act” en 2014 contribuyeron a una reducción substancial del número de personas sin cobertura de seguro.

En Corea, con el establecimiento en 1989 del Seguro Médico Nacional (NHI, por sus siglas en inglés) y las medidas sucesivas de expansión de la cobertura, el gasto en medicamentos aumentó rápidamente –a una tasa de más de 10% anual en promedio entre 2000 y 2004 (Yang et al., 2008) y ha seguido creciendo desde entonces, aunque a una tasa menor.

Las políticas de contención de costos y expiración de patentes han ejercido presión a la baja sobre el gasto

Las políticas farmacéuticas pueden potencialmente influenciar las tendencias de gasto y la relación costo-efectividad del gasto en medicamentos. En años recientes, y en particular después de la crisis económica de 2008, los países de la OCDE han implementado o fortalecido varias políticas de contención de costos (Tabla 2.1)

Tabla 2.1. Políticas de contención de costos de medicamentos implantadas desde 2008 en una selección de países de la OCDE

Políticas	Ejemplos	Grado de implantación
Políticas de precios	Recorte de precios de fábrica de medicamentos con patente	Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suiza
	Implantación de precio externo de referencia o cambio en el método de canasta básica de los países	España, Grecia, Portugal, República Eslovaca, Suiza
	Reducción de tasas de impuesto al valor agregado	Austria, Grecia, República Checa
	Reducción de los márgenes de distribuidores	España, Estonia, Grecia, Hungría, Irlanda Portugal, República Checa
	Incremento de descuentos pagados por fabricantes o distribuidores	Alemania
	Revisiones extraordinarias de precios	España, Grecia, Irlanda, Portugal, República Eslovaca, Suiza
	Presión en los precios de medicamentos de marca (compras en grupo o negociación)	Canadá
Políticas de reembolso	Cambios en el sistema de referencia de precios (precio máximo de reembolso en conjunto)	España, Estonia, Grecia, Irlanda, Portugal, República Eslovaca
	Supresión de productos	España, Grecia, Irlanda, Portugal, República Checa
	Incrementos en costos compartidos	Austria, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, República Checa, República Eslovaca, Suecia
	Introducción de evaluación de tecnología de salud (HTA, por sus siglas en inglés) para sustentar decisiones de precio y cobertura	Alemania
	Acuerdos de gestión de entrada organizada	Bélgica, Italia, Reino Unido
Políticas para la explotación del potencial de medicamentos con patente expirada	Implementación voluntaria u obligatoria de prescripción de Denominación Común Internacional (INN, por sus siglas en inglés)	Bélgica, España, Estonia, Francia, Italia, Luxemburgo, Portugal, República Eslovaca
	Incentivos a médicos para la prescripción de genéricos	Bélgica, Francia, Grecia, Hungría, Japón
	Incentivos a empleados de farmacias para la dispensación de genéricos	Bélgica, Francia, Irlanda, Japón
	Incentivos e información a pacientes para la compra de genéricos	Austria, España, Estonia, Francia, Islandia, Irlanda, Luxemburgo, Portugal
	PPresión al precio de genéricos (por ejemplo, licitaciones y recortes de precio)	Canadá, Francia, Grecia, Portugal

Fuente: Belloni et al. (próxima publicación), complementado por Thomson et al. (2014) en políticas de costos compartidos.

Los recortes de precios han sido muy comunes desde 2008. Al menos un tercio de los países de la OCDE ha implantado medidas para reducir los precios de los medicamentos. Muy frecuentemente se han impuesto recortes en precios de fábrica de medicamentos con patente y/o genéricos (por ejemplo, España, Grecia, Irlanda y Portugal), pero muchos de estos países también redujeron los márgenes de distribución, al menos para algunas categorías de medicamentos. Alemania incrementó de forma temporal los descuentos obligatorios impuestos a empresas farmacéuticas del 6% al 16% entre 2010 y 2013. En abril de 2014, el descuento obligatorio se fijó en 7% para todos los medicamentos, excepto genéricos. En Canadá, diferentes provincias y territorios iniciaron negociaciones conjuntas de precios para

medicamentos de marca cubiertos por planes de seguro públicos. Finalmente, cinco países cambiaron las tasas de Impuesto al Valor Agregado de las medicinas, ya fuera para reducir el gasto en medicamentos (por ejemplo, Austria, Grecia, República Checa), o para aumentar la recaudación pública (por ejemplo, Estonia, Portugal) resultando en un incremento del gasto.

Grecia, Portugal, la República Eslovaca, España y Suiza reformaron su sistema externo de referencia de precios, expandiendo o reduciendo la canasta básica de países utilizada como referencia internacional, o revisando el método de fijación de precios. Por ejemplo, la República Eslovaca incluyó a Grecia en la canasta de países de referencia en 2010.

Una variedad de medidas políticas ha transferido algo de la carga del gasto en medicamentos a actores privados (las familias o seguros médicos complementarios privados). Estas medidas difícilmente han incluido la supresión de productos, es decir, excluirlos del reembolso, con las notables excepciones de Grecia, donde 49 productos fueron suprimidos después de una revisión de precios en 2011; España, Irlanda, Portugal y la República Checa. Al menos doce países introdujeron o incrementaron los cargos a usuarios por medicamentos de prescripción al por menor (Austria, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, la República Checa, la República Eslovaca, y Suecia) (ver Thomson et al., 2014; y Belloni et al., próxima publicación).

Algunos países decidieron dar un papel más importante a la evaluación de tecnología de salud (HTA, por sus siglas en inglés) en los procesos de reembolso y/o definición de precios. En Alemania, por ejemplo, una nueva ley, en vigor desde enero de 2011, introdujo una evaluación sistemática y formal del “beneficio terapéutico agregado” de medicamentos nuevos introducidos en el mercado para permitir la negociación de reembolso si fuera el caso. Los ahorros esperados en fondos de seguro médico ascienden a varios millones de euros para algunos productos individuales (Henschke, 2013).

Paralelamente, muchos países de la OCDE han introducido o ampliado el uso de acuerdos de gestión de entrada (MEAs, por sus siglas en inglés), que son acuerdos entre el fabricante y quien paga que permiten la cobertura de medicamentos sujetos a condiciones definidas. Los acuerdos de gestión de entrada cubren una amplia variedad de contratos que pueden estar basados solo en términos financieros o de desempeño (es decir, el reembolso y las condiciones de fijación del precio están asociadas al desempeño del producto observado en la vida real). Pueden tomar forma de acuerdos precio-volumen, cobertura con evidencia de desarrollo, garantía de resultado con base en desempeño, esquema de acceso a pacientes, etc., y su instrumentación varía en diferentes países. El Reino Unido, Italia, Alemania y Polonia están a la cabeza en el uso de estos acuerdos (Ferrario y Kanavos, 2013). En Italia, las cantidades recuperadas por el gobierno de los fabricantes a través de acuerdos con base en desempeño son modestas y representan el 5% del gasto total para las indicaciones relevantes. Al menos en parte, esto se debe a los altos costos administrativos y de gestión del esquema (Garattini et al., 2015; Navarra et al., 2015; van de Vooren et al., 2014). Su impacto en otros ámbitos no ha sido evaluado aún.

Desde el estallido de la crisis económica, varios países han fortalecido sus políticas de genéricos (ver Tabla 2.1 y Figuras 10.12 y 10.13 en el Capítulo 10). Aunque no hay disponibilidad de una evaluación formal, estas políticas –asociadas con la “caída de las patentes”– ciertamente han contribuido a un incremento significativo de la participación del mercado de genéricos, observada a lo largo de la última década en la mayoría de los países.

Desde mediados de los años 2000, las patentes de varios productos de altísima demanda expiraron, lo que ha contribuido a la disminución del gasto en medicamentos. Varios productos que producían más de 30 mil millones de dólares al año en ventas en los Estados Unidos perdieron sus patentes en 2011-12, entre los cuales Plavix® (agente antiplaquetario), Lipitor® (anti-colesterol) y Actos® (diabetes), sumaban casi 15 mil millones de dólares en ventas (Managed Care, 2011).

La expiración de patentes ofrece enormes oportunidades de ahorro sin afectar la calidad del servicio. En los Estados Unidos, por ejemplo, donde el mercado de genéricos es muy dinámico, el precio de un medicamento genérico es de 80 a 85% menor que el del producto de marca. En 2012, 84% de las prescripciones en los Estados Unidos fueron productos genéricos (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2013, ver también el indicador de “Participación del mercado de genéricos” en el Capítulo 10).

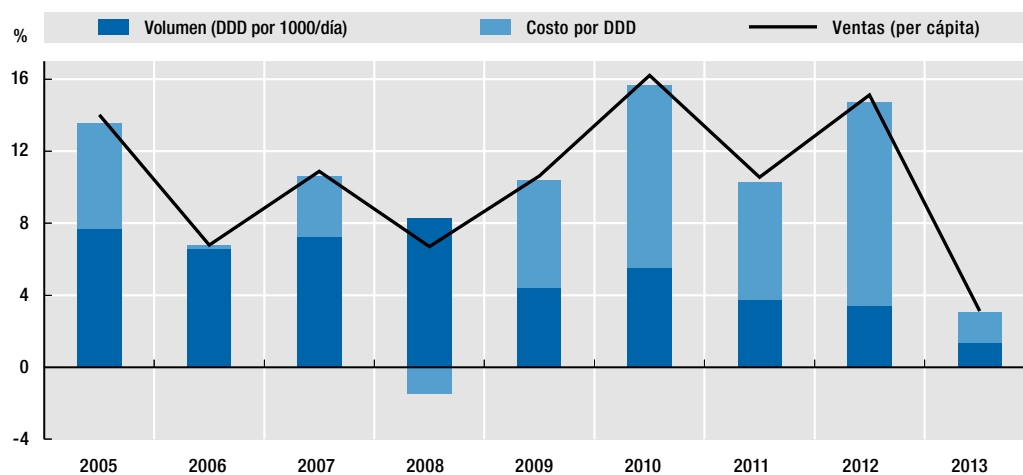
Los productos biosimilares (biocomparables) también pueden generar ahorros significativos, aunque el potencial probablemente no es tan alto como el de los genéricos de pequeñas moléculas, debido a que los tiempos y costos de desarrollo y producción son mayores. Las barreras de entrada también son mayores: en Europa se estableció un procedimiento para la aprobación de biosimilares en 2005, Japón aprobó el reglamento de biosimilares en 2009 y Corea en 2010. En los Estados Unidos, el marco legislativo para licenciamiento de productos biológicos subsecuentes fue aprobado en 2010, pero la primera aprobación de la FDA de un producto biosimilar ocurrió recién en marzo de 2015. Adicionalmente, los reglamentos de los países frecuentemente restringen el potencial de crecimiento del mercado y la competencia de precios. En muchos países, la prescripción por Denominación Común Internacional (INN, por sus siglas en inglés) no está permitida, el tratamiento de los pacientes no puede ser cambiado a un biosimilar, y la substitución de receta en las farmacias no está permitida (European Biopharmaceutical Enterprises, 2015).

Los factores que determinan el crecimiento del gasto varían en diferentes áreas terapéuticas

Todos los factores que determinan el crecimiento del gasto enlistados anteriormente interactúan de formas distintas en diferentes clases terapéuticas, y por lo tanto las tendencias son contrastantes.

En el caso de medicamentos para la diabetes, por ejemplo, cuyo uso se ha incrementado constantemente en línea con el aumento de la prevalencia de diabetes tipo 2, la existencia de tratamientos de largo plazo con versiones genéricas resultó en un 'costo de tratamiento' que permaneció relativamente estable por un cierto período. Sin embargo, la introducción en el mercado de nuevos y más costosos tratamientos incrementó significativamente el costo diario promedio del tratamiento. La transferencia de los fármacos existentes a los nuevos ha sido el principal factor del crecimiento del gasto en medicamentos en esta área terapéutica en los años recientes, como lo muestra el caso de Dinamarca entre 2005 y 2013 en la Figura 2.8.

Figura 2.8. Crecimiento anual en ventas, volúmenes y costos por dosis diaria definida (DDD, por sus siglas en inglés) de medicamentos antidiabéticos, Dinamarca, 2005-2013

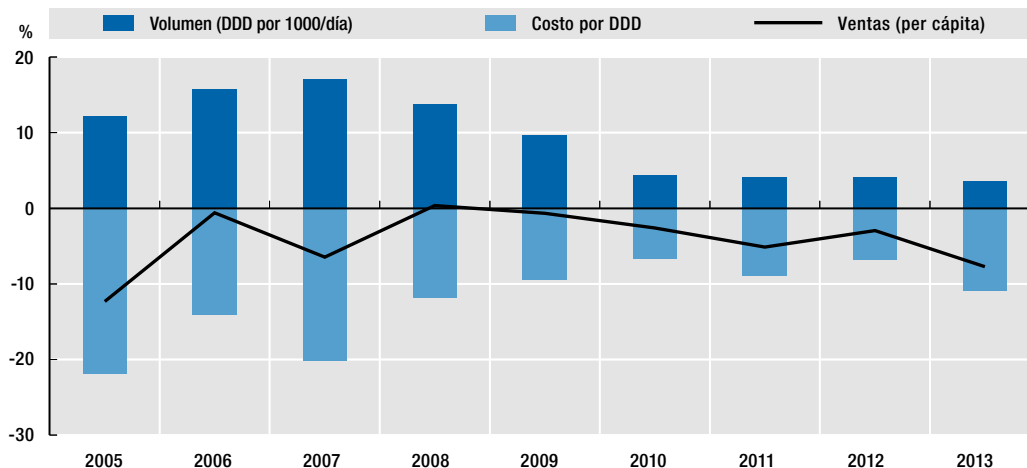


Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280701>

En contraste, en la clase de medicamentos hipolipemiantes, la expiración de la patente de algunas de las estatinas de más alto volumen de ventas a mediados de los 2000 y la introducción de genéricos ha definido un patrón de disminución de costos del tratamiento en muchos países en años recientes. Por ejemplo, en Alemania los costos por dosis diaria definida típicamente cayeron en promedio más de 10% por año desde 2005.

Figura 2.9. Crecimiento anual en ventas, volúmenes y costos por dosis diaria definida (DDD, por sus siglas en inglés) de medicamentos hipolipemiantes, Alemania, 2005-2013



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280715>

El alto costo de los medicamentos innovadores ha sido el principal factor de crecimiento en el gasto en otras áreas terapéuticas.

En el área de **cáncer**, por ejemplo, el precio de medicamentos especializados se ha incrementado de manera continua, particularmente desde 2000. En los Estados Unidos, la mediana del costo mensual del tratamiento de cáncer para pacientes en Medicare se ha incrementado de alrededor de 5 000 dólares en 2000-05 a aproximadamente 10 000 dólares en 2010-15. En 2012, 12 de cada 13 medicamentos aprobados para tratamiento de cáncer costaron más de 100 000 dólares al año (Light and Kantarjian, 2013). Estos incrementos de precio son generalizados. En Australia, el precio promedio de reembolso de medicamentos prescritos para tratamiento de cáncer creció a más del doble en términos reales entre 1999-2000 y 2011-12, mientras que el precio de otros medicamentos de prescripción se incrementó solamente un tercio durante el mismo período (Karikios et al., 2014).

Los tratamientos para **esclerosis múltiple e hipertensión pulmonar** tienen también un costo muy alto que sigue incrementándose (Lotvin et al., 2014). La primera generación de terapias para esclerosis múltiple que costaba entre 8 000 y 11 000 dólares al año en 1993-1996, ahora cuesta alrededor de 60 000 dólares al año, un incremento de cinco a siete veces mayor que la inflación en medicamentos de prescripción durante el período 1993-2013. Las nuevas terapias entraron al mercado con costos 25 a 60% más altos que los existentes (Hartung et al., 2015).

Durante 2013 y 2014 aparecieron nuevos tratamientos para la **hepatitis C**, lo que generó un desafío sin precedentes para muchos países de la OCDE. Estos medicamentos representan un enorme avance médico pues son mucho mejor tolerados por los pacientes que los tratamientos anteriores, y alcanzan índices de curación de 95% y mayores para sub-grupos de pacientes con hepatitis C. Para estos grupos objetivo, el tratamiento tiene una buena relación costo-beneficio, pero el impacto inmediato en el presupuesto del tratamiento para una población resulta insostenible para los países de la OCDE, debido a sus altos precios y la prevalencia de la enfermedad. Por esta razón, muchos países buscaron acuerdos con fabricantes para limitar el impacto en el presupuesto y establecer como prioridad para tratamiento a los

pacientes más severamente afectados, con la consiguiente frustración de médicos, pacientes y encargados de tomar las decisiones.

Típicamente, los **medicamentos huérfanos** también tienen altos precios. La mediana del costo por paciente por año es 19 veces más alta para un medicamento huérfano que para fármacos no huérfanos (EvaluatePharma, 2014). El importe de la prima para medicamentos tan raros es muy alto. El número de entidades moleculares recién aprobadas clasificadas como huérfanas se ha incrementado desde que se implantaron políticas designadas para impulsar su desarrollo, y los medicamentos designados como huérfanos constituyen un tercio de las entidades químicas nuevas aprobadas por la FDA (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2014).

Nuevos desafíos en el mercado farmacéutico

Los cambios en el mercado farmacéutico con la creciente disponibilidad de medicamentos de alto costo, sugieren que el gasto en medicamentos puede incrementarse de nuevo en el futuro en lugar de continuar con el patrón reciente, al menos en algunos países. Los países enfrentarán una cantidad de retos para dar a los pacientes acceso a los nuevos medicamentos de alto costo, contener el crecimiento del gasto y asegurar la relación costo-efectividad.

La predicción del IMS Institute for Healthcare Informatics indica que las ventas de medicamentos a nivel mundial serán 30% mayores en 2018 que en 2013 (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2014). El crecimiento anual promedio es ligeramente mayor que en años anteriores debido a un número menor de patentes por expirar, y un número mayor de nuevos medicamentos especializados. Se espera que los mercados emergentes, además de los Estados Unidos, contribuyan con la mayor parte de este crecimiento, mientras que la contribución de los mercados europeos será más modesta.

El mercado farmacéutico más grande está en los Estados Unidos, con un tercio de las ventas globales, y se espera que siga creciendo. El IMS Institute for Healthcare Informatics predijo máximos en el crecimiento del gasto en medicamentos en los Estados Unidos de 14% en 2014 y 8% en 2015, seguidos de tasas de crecimiento anual de 4 a 5% hasta 2018. De acuerdo con las proyecciones de CMS, se espera que el gasto en medicamentos de prescripción crezca a una tasa anual de más de 6% al año entre 2016 y 2024 (Keehan, 2015).

La predicción para los más grandes mercados europeos es de menores niveles de crecimiento. De acuerdo con el IMS Institute for Healthcare Informatics, los más importantes mercados europeos (Alemania, Francia, el Reino Unido, Italia y España) tendrán tasas de crecimiento anual de entre 1 y 4% durante el período 2014-2018. El gasto en medicamentos en el Reino Unido y Alemania deberá presentar el más alto crecimiento, mientras que Francia y España tendrán crecimiento cero o negativo (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2014). En un estudio previo, Urbinati et al. (2014) habían predicho un decremento en el gasto en medicamentos en todos los países europeos estudiados -excepto Polonia- entre 2012 y 2016.

Los medicamentos especializados continuarán siendo un factor primordial en el crecimiento del gasto en medicamentos. Desde 2010, uno de cada dos productos aprobados por la FDA es un medicamento especializado y, a medida que la población envejece se incrementa el número de pacientes que requerirán medicamentos especializados para tratar condiciones como artritis reumatoide y cáncer (Lotvin et al., 2014). Se proyecta que el incremento del gasto en estos medicamentos represente 53% del crecimiento total en América del Norte entre 2013 y 2018, mientras que en Europa se espera que represente el 94% del mucho menor crecimiento en el mismo período (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2014). La enorme contribución de los medicamentos especializados al crecimiento del gasto en medicamentos se explica por el hecho de que habrá más, a precios muy altos, y más pacientes que los necesiten.

El área terapéutica en la que se espera mayor crecimiento en el gasto en medicamentos es cáncer, debido a la aprobación de nuevos fármacos, y la creciente incidencia de cáncer en todo el mundo (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2014). Se esperan igualmente las aprobaciones de diversos medicamentos huérfanos en los próximos años. Para 2020 el impacto en el presupuesto esperado en varios países europeos oscila entre 4-5% y 9-11% del gasto en medicamentos, dependiendo del nivel de éxito de los productos en desarrollo (Schey et al., 2011; Hutchings et al., 2014). Otro estudio estimó que la participación de los medicamentos huérfanos en el mercado farmacéutico para medicamentos de prescripción no genéricos crecerá de 14% en 2014 a 19% en 2020 (EvaluatePharma, 2014).

Los altos precios de los medicamentos son una importante barrera para el acceso, lo que no es una preocupación solamente de países en desarrollo. Los resultados de una encuesta reciente entre encargados de la formulación de políticas (reportados en WHO, 2015) muestran que en Europa el alto precio de los fármacos se considera el principal desafío para garantizar el acceso a nuevos productos, dadas las restricciones presupuestarias existentes. Muchos medicamentos, incluyendo aquellos que generan importantes beneficios, no están disponibles o no son accesibles para todos los pacientes que los necesitan. Por ejemplo, el acceso a los nuevos tratamientos de hepatitis C es restringido aún para los pacientes más severamente afectados, como ya se mencionó, y algunos países (por ejemplo, Polonia), no tienen ningún reembolso para estos nuevos fármacos.

Otro desafío es el hecho de que los altos precios de los nuevos medicamentos no siempre parecen ser justificados por sus beneficios clínicos (Howard et al., 2015; Light and Kantarjian, 2013). Por ejemplo, muchos nuevos medicamentos para tratamiento de cáncer presentan beneficios limitados con respecto a los ya existentes. De los 12 nuevos medicamentos para tratamiento de cáncer aprobados por la FDA en 2012, solo uno proporciona mejoras en la supervivencia mayores a dos meses. Muchas veces los medicamentos para cáncer se utilizan con diversas indicaciones y con niveles variables de eficacia, pero el precio es el mismo (Bach, 2014). En un análisis de los precios de lanzamiento de medicamentos para cáncer aprobados entre 1995 y 2013, Howard et al. (2015) observaron que los pacientes y aseguradoras pagaron 54 100 dólares por año de vida ganado en 1995, 139 100 dólares una década más tarde, y 207 000 dólares en 2013 por el mismo beneficio (a valores de dólar constantes, ajustando valores anteriores por la inflación).

De la misma forma, muchos medicamentos huérfanos no pasan la prueba de costo-efectividad. En los Países Bajos, los medicamentos usados para el tratamiento de la enfermedad de Pompe y Fabry se han valorado en varios millones de euros por año de vida ajustado por calidad (QALY, por sus siglas en inglés), lo que generó una discusión acerca de la conveniencia de mantener cobertura en seguros médicos para estos productos. Sin embargo, no fueron suprimidos, pues estos medicamentos son empleados para enfermedades severas para las que no existen tratamientos alternativos (van der Brink, 2014).

Conclusiones

El incremento en el gasto en medicamentos al por menor ha sido menor que antes, o incluso ha decrecido en años recientes debido a la expiración de las patentes de varios productos de alta demanda y políticas de contención de costos, mientras que el gasto en medicamentos en hospitales se ha incrementado en la mayoría de los países para los que hay información disponible.

Están entrando en el mercado nuevos medicamentos especializados de alto costo, y se espera que representen 50% o más del crecimiento en el gasto en medicamentos en el futuro cercano. Su creciente disponibilidad, combinada con el envejecimiento de la población sugiere que el gasto en medicamentos puede incrementarse de nuevo después del reciente estancamiento o declinación.

El crecimiento del gasto en medicamentos no es necesariamente un problema en sí mismo. Los medicamentos juegan un papel importante en el manejo de varias enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes y asma) y en algunas circunstancias, previenen complicaciones y el uso de servicios de cuidado de la salud de alto costo. Sin embargo, la creciente disponibilidad e incremento acelerado de los precios de

nuevos medicamentos, especialmente para el tratamiento de cáncer, hepatitis C, hipertensión pulmonar y esclerosis múltiple, o para enfermedades raras, han generado cuestionamientos sobre accesibilidad, impacto en el presupuesto y legitimidad de esos precios.

Mientras que algunos de estos medicamentos de alto precio conllevan grandes beneficios para los pacientes, otros solo generan una mejora marginal en los resultados. En realidad, los precios parecen estar más determinados por las condiciones de mercado (necesidades médicas no satisfechas, poblaciones objetivo pequeñas) que por una concepción de valor en términos de más o mejores beneficios clínicos para los pacientes. Para muchos de estos medicamentos la relación costo-efectividad es negativa de acuerdo a los umbrales estándar. Esto desafía la eficiencia estática y dinámica del gasto farmacéutico y genera nuevos cuestionamientos sobre las formas más efectivas de alinear los intereses de la sociedad con los de las empresas farmacéuticas y los inversionistas.

Notas

1. Los pacientes tienen acceso a medicamentos al por menor a través de farmacias y otros puntos de venta. Los medicamentos se consumen también en otras instancias, primordialmente en el sector de hospitales, donde se consideran un insumo para el tratamiento hospitalario y no separadamente. Con esta consideración, las cifras de salud requieren el reporte de un factor adicional que es el estimado del gasto total en medicamentos que incluye todas las modalidades de provisión. Actualmente, alrededor de un tercio de los países de la OCDE cuenta con esa cifra.

2. Se consideran medicamentos especializados a la mayoría de los inyectables y agentes biológicos usados para el tratamiento de condiciones complejas como la artritis reumatoide, esclerosis múltiple y cáncer. Estos medicamentos con frecuencia requieren manejos y mecanismos de distribución especiales.

3. Productos biológicos empleados en el tratamiento de ciertas enfermedades inmunológicas e inflamatorias, incluyendo artritis reumatoide, psoriasis, enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa.

4. <https://www.mskcc.org/research-areas/programs-centers/health-policy-outcomes/cost-drugs>.

5. El término medicamento huérfano se refiere a medicamentos desarrollados para enfermedades raras. Los Estados Unidos y la Unión Europea han implantado políticas para impulsar inversiones privadas en investigación y desarrollo para enfermedades raras, por ejemplo, mayor exclusividad de mercado, y consecuentemente han definido parámetros por cubrir para que se asigne a un fármaco el estatus de “medicamento huérfano”. En la Unión Europea, los parámetros son: la severidad de la enfermedad, el hecho de que el producto atienda una necesidad no satisfecha, y ya sea prevalencia menor a uno en 2 000 o retorno de la inversión negativo.

6. Los datos de IMS reportan ventas en el mercado a precios de fabricante y no reflejan descuentos contra factura y rebajas (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2014). En contraste, la estimación del gasto en medicamentos del System of Health Accounts, considera precios de mercado, incluyendo impuesto al valor agregado y en principio descuentos netos contra factura y rebajas. Ambos conjuntos

Referencias

- ACC/AHA – American College of Cardiology/American Heart Association (2014), “2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults”, *Journal of the American College of Cardiology* Vol. 63(25_PA), pp. 2889-2934.
- Bach, P.B. (2014), “Indication-Specific Pricing for Cancer Drugs”, Vol. 312, No. 16, pp. 1629-1630.
- Belloni, A., D. Morgan and V. Paris (forthcoming), “Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges”, *OECD Health Working Papers*
- CIHI – Canadian Institute for Health Information (2012), *Drivers of Prescription Drug Spending in Canada* Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Ontario.
- European Biopharmaceutical Enterprises (2015), “What Pricing and Reimbursement Policies to Use for Off-patent Biologicals? Results from the EBE 2014 Biological Medicines Policy Survey”, Vol. 4, No. 1, pp. 17-24.
- EvaluatePharma (2014), “Budget-busters: The Shift to High-priced Innovator Drugs in the USA”.

- EvaluatePharma (2014), Orphan Drug Report 2014, <http://info.evaluatepharma.com/rs/evaluatepharmaltd/images/2014OD.pdf>
- Express Scripts (2015), The 2014 Drug Trend Report Highlights, Marzo.
- Ferrario, A. and P. Kanavos (2013), Managed Entry Agreements for Pharmaceuticals: The European Experience EMINet.
- Garattini, L., A. Curto and K. van de Vooren (2015), "Italian Risk-sharing Agreements on Drugs: Are They Worthwhile?", *European Journal of Health Economics* Vol. 16, pp. 1-3.
- Hartung, D. et al. (2015), "The Cost of Multiple Sclerosis Drugs in the US and the Pharmaceutical Industry – Too Big to Fail?", *Neurology*, Vol. 84, Mayo 26, pp. 1-8.
- Henschke, C., L. Sundmacher and R. Busse (2013), "Structural Changes in the German Pharmaceutical Market: Price Setting Mechanisms Based on the Early Benefit Evaluation", *Health Policy*, Vol. 109, pp. 263-269.
- Hirsch, B.R., S. Balu and K.A. Schulman (2014), "The Impact of Specialty Pharmaceuticals As Drivers of Health Care Costs", *Health Affairs*, Vol. 33, No. 10, pp. 1714-1720.
- Howard, D. et al. (2015), "Pricing in the Market for Anticancer Drugs", *Journal of Economic Perspectives* Vol. 29, No. 1, pp. 139-162.
- Hutchings, A. et al. (2014), "Estimating the Budget Impact of Orphan Drugs in Sweden and France 2013-2020", *Orphanet Journal of Rare Diseases*, Vol. 9, pp. 9-22.
- IMS Institute for Healthcare Informatics (2013), Declining Medicine Use and Costs: For Better or For Worse? – A Review of the Use of Medicines in the United States in 2012.
- IMS Institute for Healthcare Informatics (2014), Medicine Use and Shifting Costs of Healthcare. A Review of the Use of Medicines in the United States in 2013 April 2014.
- Karikios, D.J. et al. (2014), "Rising Cost of Anticancer Drugs in Australia", *Internal Medical Journal* Vol. 44, No. 5, pp. 458-463.
- Keehan, S.K. et al. (2015), "National Health Expenditure Projections, 2014-24: Spending Growth Faster Than Recent Trends", *Health Affairs*, Vol. 34, No. 8, pp. 1407-1417.
- Light, D.W. and H. Kantarjian (2013), "Market Spiral Pricing of Cancer Drugs", *Cancer*, Vol. 15, No. 119(22), pp. 3900-3902, Noviembre.
- Lotvin, A.M. et al. (2014), "Specialty Medications: Traditional and Novel Tools Can Address Rising Spending on These Costly Drugs", *Health Affairs*, Vol. 33, No. 10, pp. 1736-1744.
- Managed Care (2011), "Patent Cliff: Billions To Be Saved – Starting Now", <http://www.managedcaremag.com/content/patent-cliff-billions-be-saved-%E2%80%94starting-now>
- Navarra, A. et al. (2015), "Do Current Performance-based Schemes in Italy Really Work? 'Success Fee': A Novel Measure for Cost-containment of Drug Expenditure", *Value in Health*, Vol. 18, pp. 131-136.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014), "NICE Clinical Guideline 181, Lipid Modification: Cardiovascular Risk Assessment and the Modification of Blood Lipids for the Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease", Julio 2014.
- Schey, C., T. Milanova and A. Hutchings (2011), "Estimating the Budget Impact of Orphan Medicines in Europe: 2010-2020", *Orphanet Journal of Rare Diseases*, Vol. 6, No. 62, pp. 1-10.
- Thomson, S. et al. (2014), "Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy", WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Trish, E., G. Joyce and D.P. Goldman (2014), "Specialty Drug Spending Trends Among Medicare and Medicare Advantage Enrollees, 2007-11", *Health Affairs*, Vol. 33, No. 11, November, pp. 2018-2024.
- van den Brink, R. (2014), "Reimbursement of Orphan Drugs: The Pompe and Fabry Case in the Netherlands", *Orphanet Journal of Rare Diseases*, Vol. 9, Suppl. 1, O17.
- van de Vooren, K. et al. (2014), "Market-access Agreements for Anti-cancer Drugs", *Journal of the Royal Society of Medicine* Vol. 108, No. 5, pp. 166-170.
- WHO – World Health Organization (2015), "Access to New Medicines in Europe: Technical Review of Policy Initiatives and Opportunities for Collaboration and Research", WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Yang B., E. Bae and J. Kim (2008), "Economic Evaluation and Pharmaceutical Reimbursement Reform In South Korea's National Health Insurance", *Health Affairs*, Vol. 27, No. 1, pp. 179-187.





3. ESTADO DE SALUD

Esperanza de vida al nacer

Esperanza de vida por género y nivel de escolaridad

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares

Mortalidad por cáncer

Mortalidad por accidentes de tránsito

Suicidio

Mortalidad infantil

Salud infantil: bajo peso al nacer

Percepción del estado de salud

Incidencia de cáncer

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

3. ESTADO DE SALUD

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer se sigue incrementando continuamente en países de la OCDE, aumentando de 3 a 4 meses en promedio cada año, sin señales de disminuir. Este aumento de longevidad puede ser atribuido a varios factores que incluyen mejor estilo de vida y grado de escolaridad, además de mejoras en los servicios de salud.

En 2013, la esperanza de vida promedio en países de la OCDE alcanzó 80.5 años, un incremento de más de diez años desde 1970 (Figura 3.1). Japón, España y Suiza lideran un grupo de 25 países de la OCDE donde la esperanza de vida al nacer hoy supera los 80 años. Un segundo grupo que incluye a los Estados Unidos, Chile y varios países de Europa Central y del Este tiene una esperanza de vida entre 75 y 80 años.

Entre los países de la OCDE, México tiene en 2013 una esperanza de vida aún menor a 75 años. Desde 2000 la esperanza de vida en México ha aumentado más lentamente que en otros países de la OCDE, con un incremento de apenas un poco más de un año (de 73.3 a 74.6 años) en comparación con un promedio de más de tres años en los demás países de la OCDE. La brecha en longevidad entre México y otros países de la OCDE por lo tanto se ha incrementado de aproximadamente cuatro a seis años entre 2000 y 2013. El lento aumento de la esperanza de vida en México se debe a una variedad de factores, incluyendo comportamientos dañinos para la salud como nutrición deficiente y muy altos índices de obesidad, estancamiento en la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, muy altos índices de mortalidad por accidentes de tránsito y homicidios, así como barreras persistentes al acceso a servicios de salud de alta calidad.

En los Estados Unidos, los incrementos en esperanza de vida en las últimas décadas también han sido más modestos que en la mayoría de los países de la OCDE. Mientras que en 1970 la esperanza de vida en los Estados Unidos solía estar un año por encima del promedio de la OCDE, hoy día está más de un año por debajo del promedio. Existen muchos factores que explican esta disminución en la esperanza de vida, incluyendo: 1) la naturaleza altamente fragmentada del sistema de salud en los Estados Unidos, con relativamente pocos recursos dedicados a la salud pública y la atención primaria, además de una gran proporción de la población no asegurada; 2) comportamientos que afectan la salud, incluyendo consumo de calorías per cápita y tasas de obesidad más altos, mayor consumo de drogas ilegales y medicamentos de prescripción, más muertes por accidentes de tránsito y homicidios; y 3) condiciones socio-económicas adversas que afectan a grandes segmentos de la población de los Estados Unidos, con índices de pobreza y desigualdad de ingreso más altos que en la mayoría de los países de la OCDE (National Research Council and Institute of Medicine, 2013).

Aunque la esperanza de vida en países socios como India, Indonesia, Brasil y China sigue estando por debajo del promedio de la OCDE, estos países han logrado considerables incrementos en longevidad en las últimas décadas, con un nivel que se acerca rápidamente al promedio de la OCDE. El progreso ha sido mucho más limitado en países como Sudáfrica (debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA), y la Federación Rusa (debido

principalmente al impacto de la transición económica en los años 90 y un incremento en comportamientos riesgosos entre la población masculina, principalmente en el consumo de alcohol).

Generalmente se asocia el incremento en el ingreso nacional (medido en PIB per cápita) con una mayor esperanza de vida al nacer, aunque la relación es menos pronunciada en los niveles más altos de ingreso nacional (Figura 3.2). También existen notables diferencias en esperanza de vida entre países con ingresos per cápita similares. Por ejemplo, la esperanza de vida en Japón, España e Italia es más alta, y en los Estados Unidos y la Federación Rusa más baja de lo que se podría predecir con el dato de su PIB per cápita.

La Figura 3.3 muestra la relación entre la esperanza de vida al nacer y el gasto en salud per cápita actual (excluyendo inversiones en bienes de capital) en los países de la OCDE, países socios y candidatos. El mayor gasto en salud per cápita se asocia generalmente con mayor esperanza de vida al nacer, aunque esta relación tiende a ser menos pronunciada en países con gasto en salud per cápita más alto. Japón, España y Corea se distinguen por tener esperanza de vida relativamente alta, y los Estados Unidos y la Federación Rusa relativamente baja, de acuerdo a sus niveles de gasto en salud.

La variación en esperanza de vida entre países es multifactorial, más allá del ingreso nacional per cápita y el gasto total en salud.

Definición y comparabilidad

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

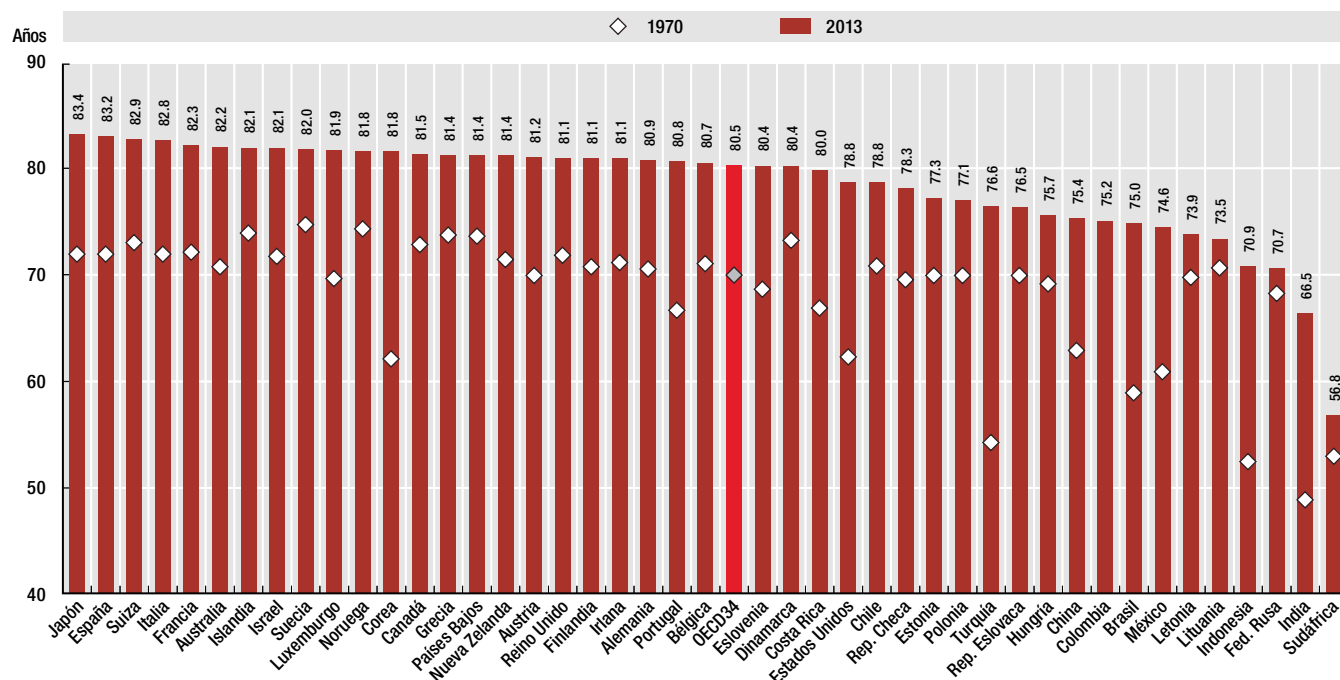
La metodología usada para calcular la esperanza de vida puede variar ligeramente entre países, lo que puede cambiar el estimado de un país por fracciones de año.

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

Referencias

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

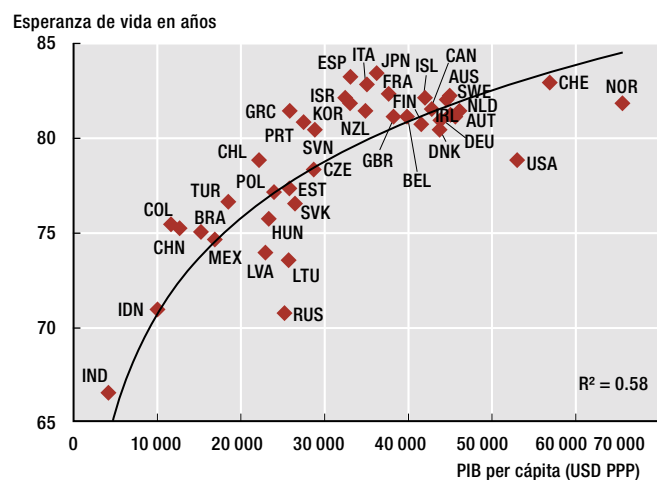
3.1. Esperanza de vida al nacer, 1970 y 2013 (o años más cercanos)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

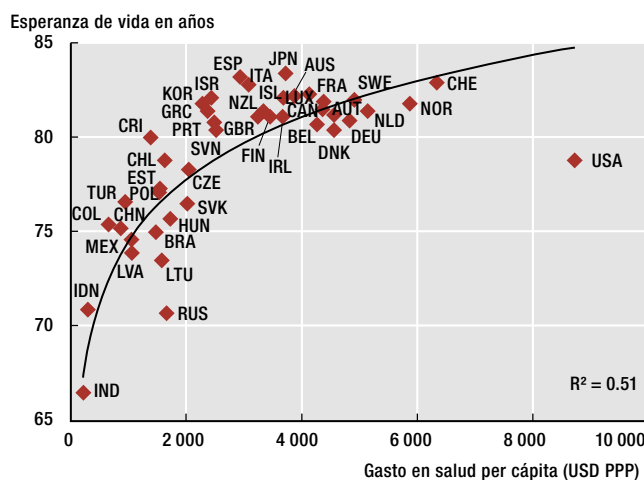
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280727>

3.2. Esperanza de vida al nacer y PIB per cápita 2013 (o último año)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280727>

3.3. Esperanza de vida al nacer y gasto en salud per cápita, 2013 (o último año)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280727>

3. ESTADO DE SALUD

Esperanza de vida por género y nivel de escolaridad

Siguen existiendo enormes brechas en la esperanza de vida entre hombres y mujeres en todos los países de la OCDE. En promedio en todos ellos, la esperanza de vida al nacer para mujeres alcanzó 83.1 años en 2013, comparada con 77.8 años para hombres, una diferencia de 5.3 años (Figura 3.4).

La brecha de género en esperanza de vida se incrementó sustancialmente en muchos países de la OCDE durante los años 70 y principios de los 80, para alcanzar un máximo de casi siete años a mediados de los 80, pero se ha reducido durante los últimos 25 años, y refleja mayores incrementos en esperanza de vida entre hombres que entre mujeres. Este hecho puede ser atribuido al menos parcialmente a la progresiva eliminación de diferencias en comportamientos riesgosos, como el tabaquismo, además de importantes reducciones en tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre los hombres.

En 2013 la esperanza de vida para mujeres en países de la OCDE variaba entre menos de 80 años en Turquía, Hungría y México a más de 85 años en Japón, España, Francia, Italia y Suiza. La esperanza de vida para hombres oscilaba entre menos de 75 años en México, Hungría, Estonia, la República Eslovaca, Polonia y Turquía, a más de 80 años en Suiza, Islandia, Italia, Israel, Japón, España, Suecia y Australia.

En los Estados Unidos, la esperanza de vida para hombres y mujeres es ahora ligeramente menor que el promedio para la OCDE, y la brecha con los países que lideran se ha ido incrementando. La esperanza de vida para hombres en los Estados Unidos en 2013 era 4.3 años menor que en Suiza (superior a menos de 3 años en 1970); y para mujeres en el mismo año era 5.4 años menor que en Japón (no había diferencia en 1970). Las posibles explicaciones para este avance más lento se presentan en el indicador “Esperanza de vida al nacer”.

Entre los países de la OCDE, la brecha de género en esperanza de vida es relativamente angosta en Islandia, Israel, Suecia, los Países Bajos, Nueva Zelanda y el Reino Unido (de menos de cuatro años), pero mucho mayor en Estonia (alrededor de nueve años), Polonia (alrededor de ocho años), la República Eslovaca y Hungría (alrededor de siete años).

La esperanza de vida en países de la OCDE varía no solo por género, sino también por estatus socio-económico según parámetros como, por ejemplo, nivel de escolaridad (Figura 3.5). Un nivel más alto de educación no solo genera medios para mejorar las condiciones socio-económicas en que la

gente vive y trabaja, sino que también promueve la adopción de estilos de vida más saludables, y facilita el acceso a servicios de salud apropiados. En promedio, entre 15 países de la OCDE con información reciente disponible, la gente con los niveles de escolaridad más altos puede esperar vivir seis años más que la gente con niveles de escolaridad menores a los 30 años de edad (53 contra 47 años). Estas diferencias en esperanza de vida son especialmente marcadas en los países de Europa Central y Europa del Este (República Checa, Estonia, Hungría y Polonia), donde la brecha en esperanza de vida entre hombres con mayor y menor grado de educación es de más de diez años. Este hecho se explica en buena medida por la mayor prevalencia de factores de riesgo entre hombres como el consumo de tabaco y alcohol. Las diferencias en otros países como Portugal, Suecia, Suiza e Italia son menos pronunciadas.

Definición y comparabilidad

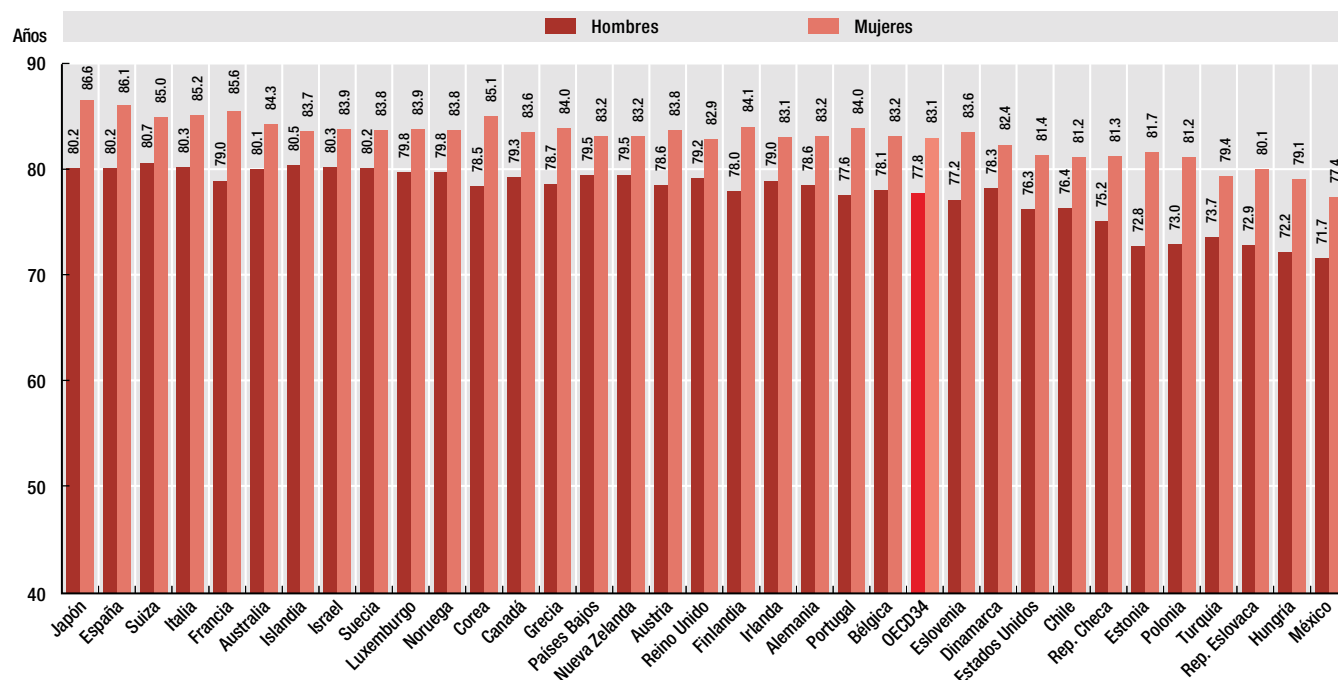
La esperanza de vida al nacer es el número de años que un grupo de personas viviría, en promedio, con base en un conjunto de tasas de mortalidad relacionadas específicamente con la edad. Sin embargo, los valores reales de mortalidad por edad de una cohorte en particular al nacer no pueden conocerse anticipadamente.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

La metodología usada para calcular la esperanza de vida puede variar ligeramente entre países, lo que puede cambiar el estimado de un país por fracciones de año. Para el cálculo de esperanza de vida por nivel de escolaridad, se requieren datos detallados de tasas de mortalidad por sexo, edad y nivel de escolaridad. No obstante, no todos los países cuentan con información sobre educación como parte de sus cifras de mortalidad. La relación de los datos con otras fuentes (por ejemplo, un censo) que sí reporten información sobre educación puede ser necesaria. (Corsini, 2010).

Referencias

Corsini, V. (2010), “Highly Educated Men and Women Likely to Live Longer: Life Expectancy by Educational Attainment”, Eurostat Statistics in Focus 24/2010, Comisión Europea, Luxemburgo.

3.4. Esperanza de vida al nacer por sexo, 2013 (o último año)

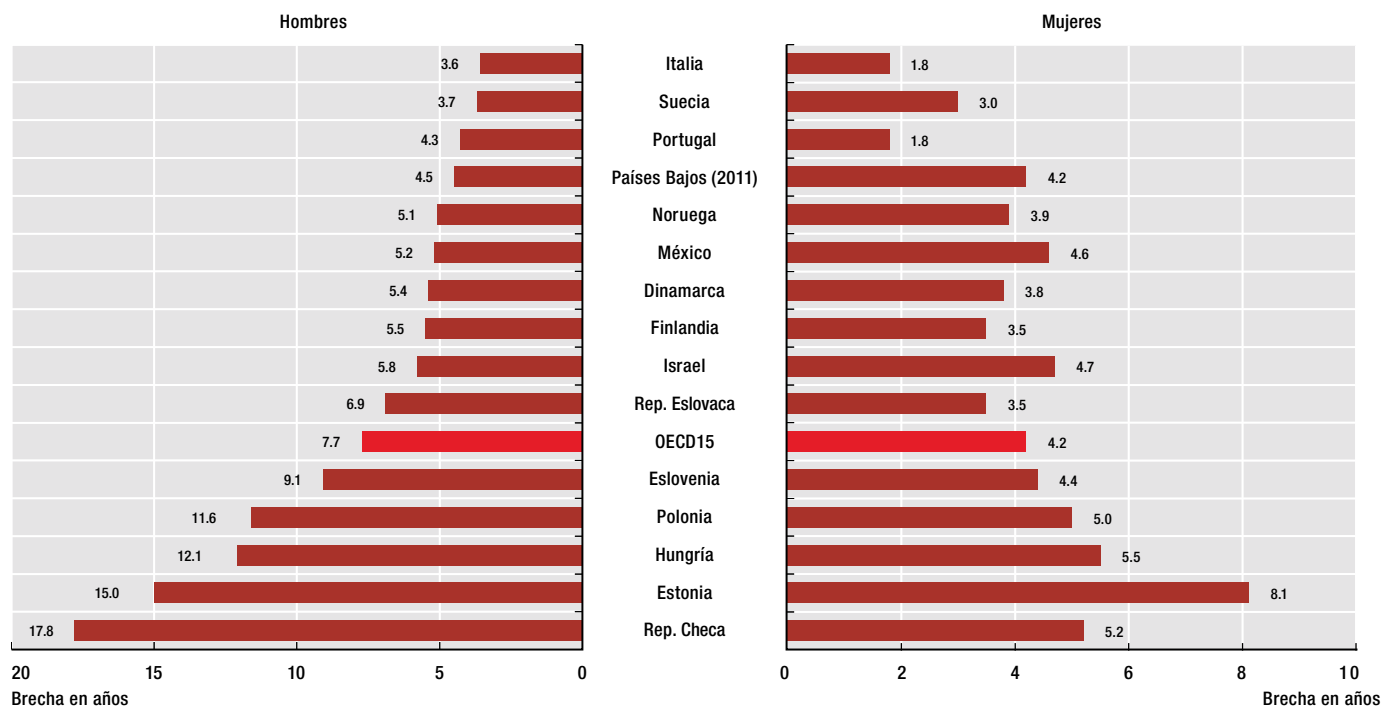


Nota: Los países están clasificados en orden descendente de esperanza de vida para toda la población.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280737>

3.5. Brecha en la esperanza de vida a los 30 años por sexo y nivel de educación, 2012 (o último año)



Nota: Las cifras muestran la brecha en la esperanza de vida restante a la edad de 30 años entre adultos con el más alto nivel de escolaridad ("educación superior") y el más bajo nivel de escolaridad ("debajo de educación media superior").

Fuente: Base de datos Eurostat complementada con información nacional para Israel, México y los Países Bajos.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280737>

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares

A pesar de haberse presentado una reducción sustancial en las últimas décadas, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en la mayoría de los países de la OCDE, ocasionando cerca de un tercio (32.3%) de las muertes en 2013. Las posibilidades de que siga disminuyendo pueden reducirse por el incremento en ciertos factores de riesgo como obesidad y diabetes (OECD, 2015). Las enfermedades cardiovasculares agrupan una variedad de padecimientos relacionados con el sistema circulatorio, incluyendo las cardiopatías isquémicas (frecuentemente llamada ataque cardíaco), y enfermedades cerebrovasculares como el accidente vascular cerebral.

La cardiopatía isquémica (IHD, por sus siglas en inglés) es causada por la acumulación de depósitos grasos en la pared interior de una arteria coronaria que restringe el flujo sanguíneo al corazón. Fue la causa de cerca del 20% de las muertes en países de la OCDE en 2013. No obstante, la mortalidad por IHD varía considerablemente entre países (Figura 3.6). Los países de Europa Central y del Este presentan los más altos índices de mortalidad por IHD; mientras que Japón, Francia y Corea reportan los más bajos. En todos los países de la OCDE los índices de mortalidad por IHD en 2013 fueron aproximadamente 84% más altos para hombres que para mujeres.

Los índices de mortalidad por IHD han disminuido 45% en promedio desde 1990 en casi todos los países de la OCDE, lo que ha contribuido enormemente a aumentar la esperanza de vida, particularmente entre la población masculina. Esta reducción ha sido especialmente notable en Dinamarca, los Países Bajos y Noruega, donde los índices cayeron por dos tercios o más. La disminución en el consumo de tabaco ha contribuido significativamente al descenso en la incidencia de IHD (ver el indicador “Consumo de tabaco en adultos” en el Capítulo 4), y consecuentemente a la reducción de las tasas de mortalidad. Los avances en cuidados médicos también han favorecido esta disminución (ver los indicadores sobre “Procedimientos cardíacos” en el Capítulo 6 y “Mortalidad por infarto agudo de miocardio” en el Capítulo 8).

En Corea los índices de mortalidad por IHD se han incrementado sustancialmente desde 1990, aunque siguen siendo bajos en comparación con casi todos los demás países de la OCDE, y han empezado a disminuir después de alcanzar un máximo en 2006. El aumento inicial en los índices de mortalidad por IHD en Corea se ha atribuido a los cambios en estilo de vida y patrones de alimentación, así como a factores ambientales en el momento de nacer, siendo la población nacida entre 1940 y 1950 quienes tienen el mayor riesgo relativo. En 2006 Corea implantó un Plan Integral para el control de enfermedades cardiovasculares que abarcaba prevención y atención primaria, así como mejoras en cuidados intensivos, lo que contribuyó a la disminución de la mortalidad en años recientes (OECD, 2012).

Las enfermedades cerebrovasculares fueron la causa de aproximadamente 7% de las muertes en países de la OCDE en 2013. El término enfermedad cerebrovascular se refiere a un grupo de enfermedades que se relacionan con problemas con los vasos sanguíneos que alimentan al cerebro. Las manifestaciones comunes de enfermedad cerebrovascular incluyen el accidente cerebrovascular isquémico, cuando el flujo sanguíneo es bloqueado o interrumpido; y el accidente cerebrovascular hemorrágico, que ocurre cuando la sangre fluye de los vasos sanguíneos a la superficie del cerebro.

Además de ser una causa importante de muerte, la carga de discapacidad por accidente vascular y otras enfermedades cerebrovasculares es también sustancial (Murray et al., 2015).

Existen enormes variaciones en los índices de mortalidad por enfermedad cerebrovascular entre países (Figura 3.7). La República Eslovaca y Hungría reportan índices más de tres veces más altos que los de Suiza, Canadá y Francia, y tienen las más altas tasas de mortalidad por IHD y enfermedad cerebrovascular. La prevalencia de factores de riesgo comunes a ambas condiciones (como el tabaquismo y la presión arterial alta) pueden explicar este vínculo.

Desde 1990 la mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha disminuido en todos los países de la OCDE, aunque a una tasa menor en Polonia y la República Eslovaca. En promedio, la carga de mortalidad por enfermedad cerebrovascular se ha reducido a la mitad entre los países de la OCDE. En Estonia, Luxemburgo y Portugal, los índices han disminuido al menos dos tercios, aunque en Estonia esto se debe en parte a cambios en las prácticas de registro de muerte, con mayor énfasis en el registro de otras causas de muerte relacionadas, como la hipertensión. Como es el caso con IHD, la reducción en mortalidad por enfermedad cerebrovascular puede ser atribuida al menos en parte a la declinación en factores de riesgo, así como a las mejoras en el tratamiento médico (ver el indicador “Mortalidad después de accidente cerebrovascular” en el Capítulo 8), pero el aumento de obesidad y diabetes amenaza los avances en el control de la enfermedad cerebrovascular (OECD, 2015).

Definición y comparabilidad

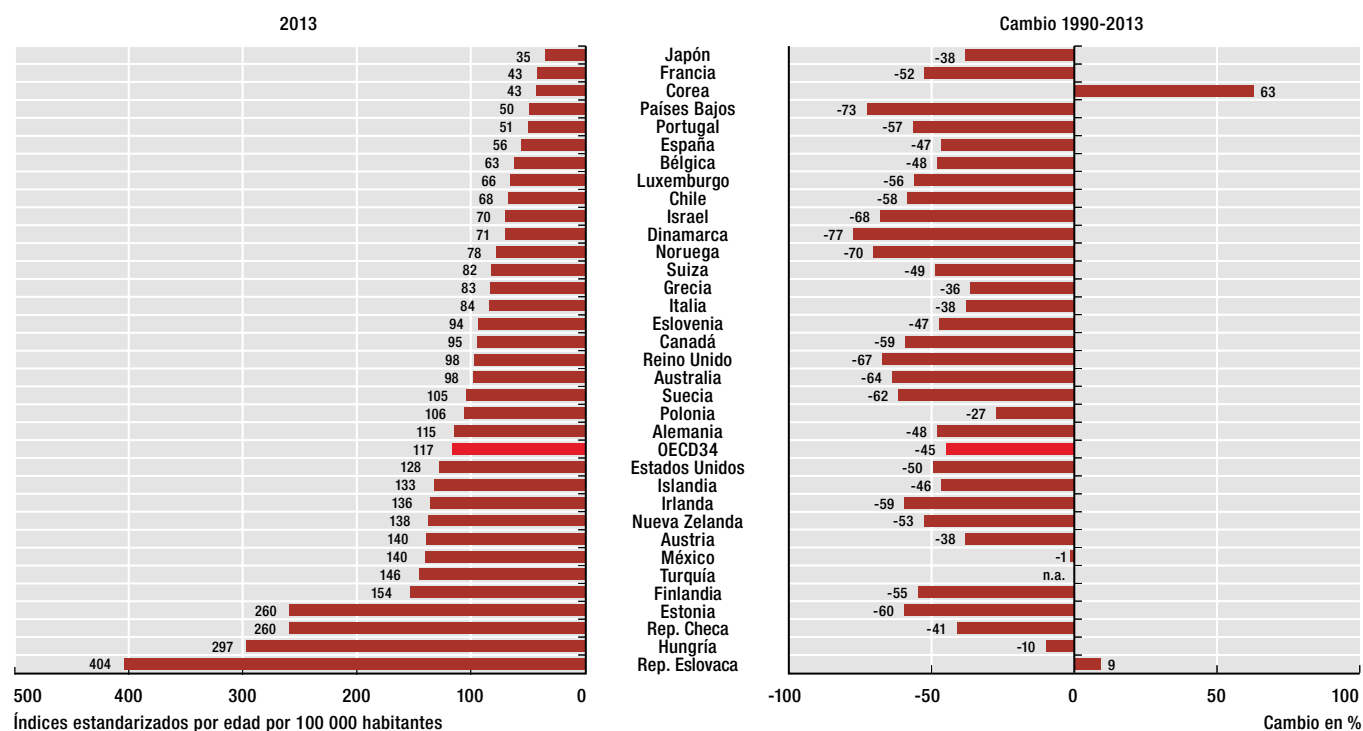
Los índices de mortalidad están basados en el número de muertes registradas en un país en un año, dividido entre el total de la población correspondiente. Los índices se han estandarizado por edad directamente según la población en 2010 en los países de la OCDE, para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es la Base de Datos de Mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO Mortality Database).

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

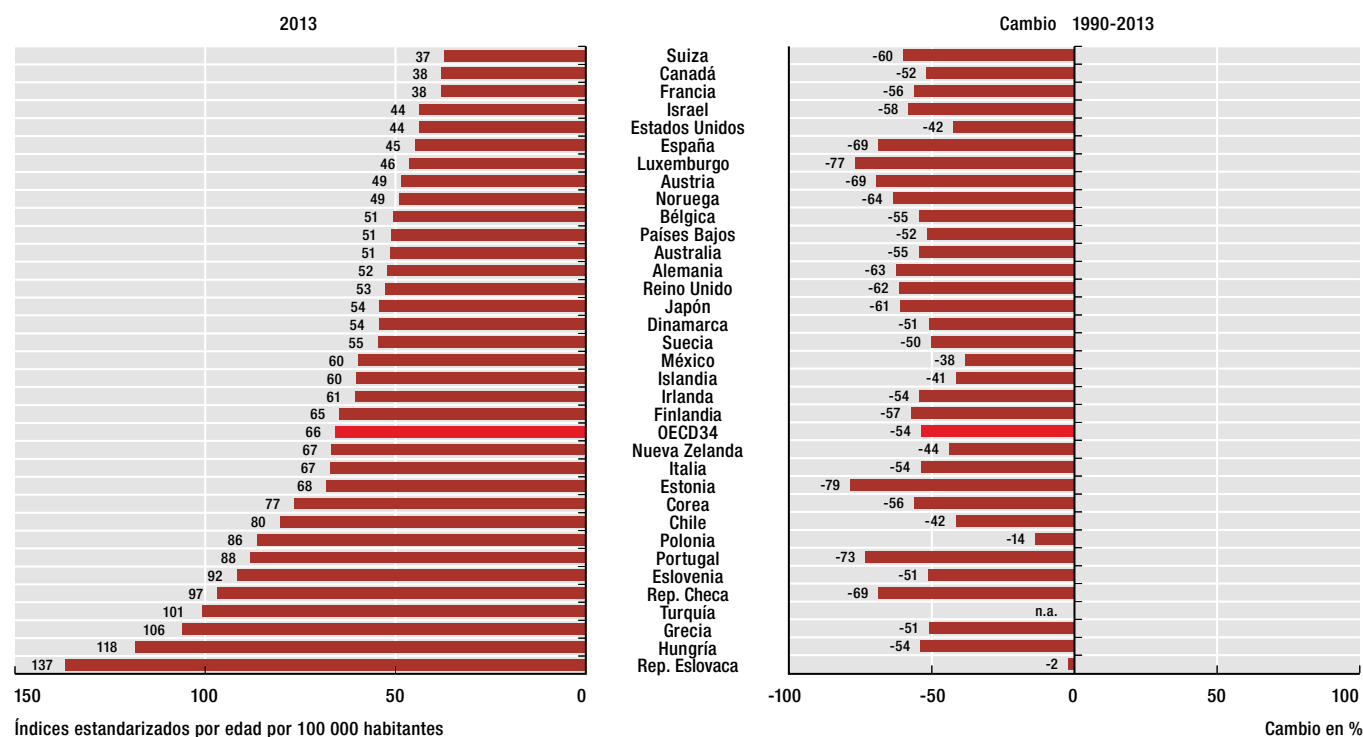
Referencias

- Murray, C.J.L. et al. (2015), “Global, Regional, and National Disability-adjusted Life Years (DALYs) for 306 Diseases and Injuries and Healthy Life Expectancy (HALE) for 188 Countries, 1990-2013: Quantifying the Epidemiological Transition”, *The Lancet*, published online: 26 Agosto 2015.
- 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>.
- OECD (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>.

3.6. Mortalidad por cardiopatía isquémica, 2013 y cambio 1990-2013 (o años más cercanos)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280741>

3.7 Mortalidad por enfermedad cerebrovascular, 2013 y cambio 1990-2013 (o años más cercanos)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280741>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

3. ESTADO DE SALUD

Mortalidad por cáncer

Después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer es la segunda causa de muerte en los países de la OCDE, representando el 25% de las muertes en 2013 en comparación con un 15% en 1960. El cáncer es la causa más frecuente de muerte en varios países. El incremento en la proporción de muertes por cáncer refleja el hecho de que la mortalidad por otras causas ha disminuido más rápidamente que la mortalidad por cáncer.

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

La tasa de mortalidad promedio atribuible al cáncer en los países de la OCDE en 2013 fue de solo 200 por cada 100 000 habitantes (Figura 3.8). México, Turquía, Finlandia, Suiza y Japón presentan la más baja mortalidad por cáncer, con índices de menos de 180 por cada 100 000 habitantes. Hungría, Eslovenia, la República Eslovaca y Dinamarca tienen la más alta carga de mortalidad por cáncer, con índices que sobrepasan 240 por cada 100 000 habitantes.

La mortalidad por cáncer es consistentemente mayor para hombres que para mujeres en todos los países. Esta brecha de género es particularmente grande en Corea, Turquía, Estonia, España y Portugal, con tasas para hombres más de dos veces mayores que para mujeres. La brecha puede ser explicada parcialmente por la más alta prevalencia de factores de riesgo entre hombres, principalmente el tabaquismo.

Entre los hombres, el cáncer de pulmón impone una de las cargas de mortalidad más altas, contribuyendo con el 26% del total de muertes por cáncer (Figura 3.9). En Turquía, Grecia, Polonia, Hungría y Bélgica esta proporción asciende a 30%. Para mujeres, el cáncer de pulmón representa el 17% de las muertes de por cáncer. Los índices de mortalidad por cáncer de pulmón para hombres han disminuido en los últimos 20 años en muchos países, pero se ha incrementado para mujeres en otros, como Francia y España, en donde ha aumentado más del doble desde 1990. Estas tendencias opuestas se explican en buena medida por el gran número de mujeres que empezaron a fumar varias décadas después de los hombres (mediados de los 80 y 90).

El cáncer de mama es la segunda causa más común de muerte de mujeres en muchos países de la OCDE. Aunque ha habido un aumento en la incidencia de cáncer de mama en la última década, la mortalidad se ha reducido en la mayoría de los países debido al diagnóstico oportuno y mejores tratamientos. El índice de mortalidad por cáncer de mama se incrementó en Corea y Japón, aunque los índices siguieron siendo los más bajos en 2013. Las más altas tasas de mortalidad por cáncer de mama en 2013 se presentaron en Dinamarca, Hungría, Bélgica, Irlanda, Eslovenia y los Países Bajos (ver el indicador “Exploración, sobrevivencia y mortalidad por cáncer de mama” en el Capítulo 8).

El cáncer colorrectal es una de las principales causas de mortalidad por cáncer para hombres y mujeres (la segunda más importante para hombres y la tercera para mujeres). En 2013, los índices más bajos de mortalidad por cáncer colorrectal se presentaron en México y Turquía, y los más altos en Hungría y la República Eslovaca (ver el indicador “Sobrevivencia y mortalidad por cáncer colorrectal” en el Capítulo 8).

El cáncer de próstata se ha convertido en el tipo más común de cáncer en hombres, particularmente de 65 años y mayores, en muchos países de la OCDE. La mortalidad por cáncer de próstata sigue siendo más baja que por cáncer de pulmón en todos los países excepto México y Chile, donde es la principal causa de muerte por cáncer entre hombres, y en algunos países nórdicos (Islandia, Noruega y Suecia) donde la mortalidad por estos dos tipos de cáncer es casi igual. Los más bajos índices de mortalidad por cáncer de próstata en 2013 se presentaron en Japón y Corea, y los más altos en Estonia e Islandia.

En la mayoría de los países de la OCDE, las tasas de mortalidad relacionadas con el cáncer se han reducido desde 1990. Disminuyeron en promedio 17% entre 1990 y 2013, con decrementos substanciales en mortalidad por cáncer de estómago, colon, y pulmón para hombres; mama, cervical y de ovario para mujeres. Sin embargo, estos avances fueron parcialmente contrarrestados por aumentos en el número de muertes por cáncer de pulmón, piel y páncreas para ambos sexos, así como cáncer de pulmón para mujeres.

Definición y comparabilidad

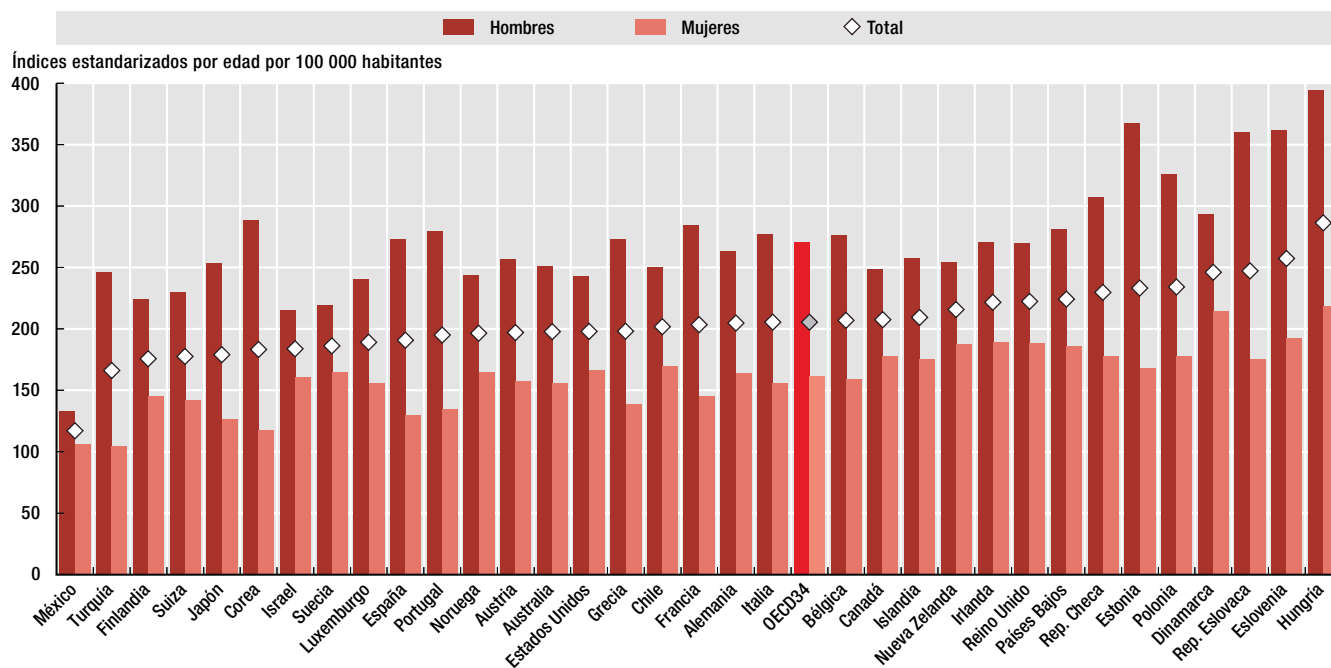
Los índices de mortalidad están basados en el número de muertes registrados en un país en un año, dividido entre el total de la población correspondiente. Los índices se han estandarizado por edad directamente según la población en 2010 en los países de la OCDE, para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es la Base de Datos de Mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO Mortality Database). Las muertes por todos los tipos de cáncer se clasifican según ICD-10 códigos C00-C97. La comparabilidad internacional de los datos de mortalidad por cáncer puede verse afectada por diferencias en capacitación y prácticas médicas, así como en la emisión de certificados de defunción en diferentes países.

Referencias

Anand, P. et al. (2008), “Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes”, *Pharmaceutical Research*, Vol. 25, No. 9, pp. 2097-2116.

OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Publishing, París,
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.

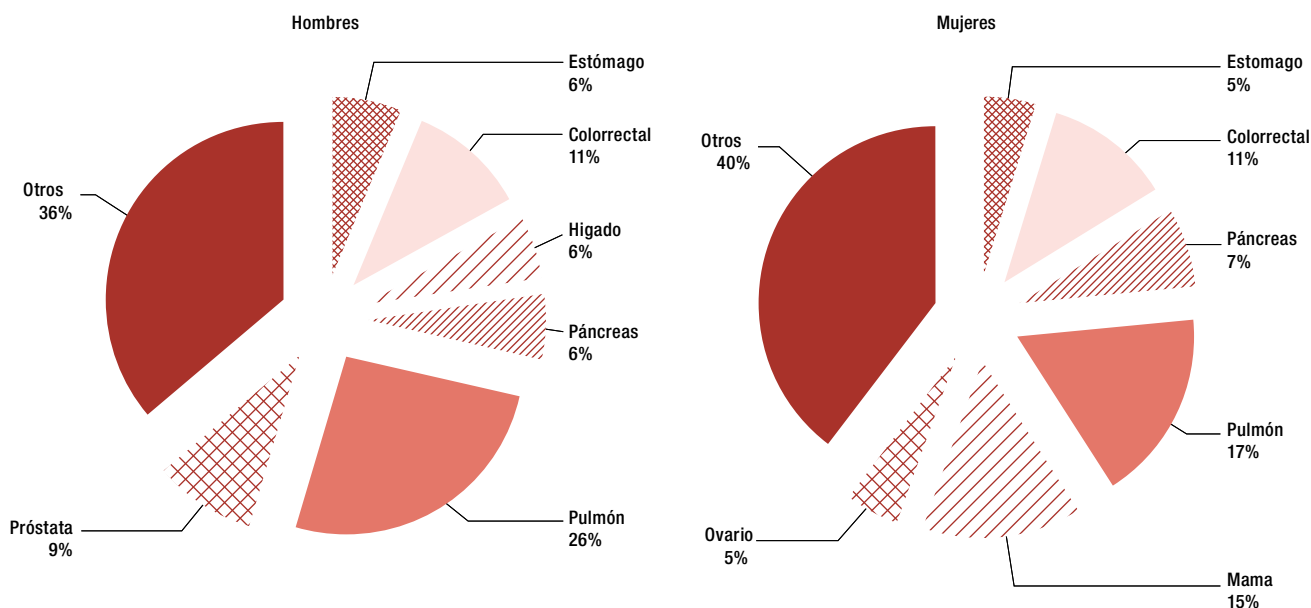
3.8 Mortalidad por cáncer, 2013 (o años más cercanos)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280758>

3.9. Principales causas de muerte por cáncer entre hombres y mujeres en países de la OCDE, 2013



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280758>

3. ESTADO DE SALUD

Mortalidad por accidentes de tránsito

Las lesiones por accidentes de tránsito – la mayoría de las cuales son causadas por el tránsito en carreteras – son un problema serio de salud pública en los países de la OCDE, y causa de la muerte prematura de más de 100 000 personas en 2013 (más del 1% del total de muertes). Casi tres cuartas partes de estas muertes son hombres. Además, más de 5 millones de personas resultaron lesionadas en accidentes de tránsito. Los costos financieros directos e indirectos de los accidentes de tránsito son sustanciales, con estimados que varían entre en 1 y el 3% del PIB por año (OECD/ITF 2015).

La mayoría de las heridas fatales ocurren en vehículos de pasajeros, aunque otros usuarios de autopistas también enfrentan riesgos importantes. En Corea, Japón, Israel y Polonia más de un tercio de las fatalidades entre usuarios de caminos fueron peatones. Los ciclistas en los Países Bajos y motociclistas en Grecia, Italia y Francia representan más de un cuarto de las muertes por accidentes de tránsito en estos países (OECD/ITF 2015).

La mortalidad promedio de la OCDE por accidentes de tránsito fue de 7 por cada 100 000 habitantes en 2013 (Figura 3.10). Existe una variación considerable entre países, por ejemplo, los accidentes de tránsito cobran más de 5 veces más vidas por cada 100 000 habitantes en México que en el Reino Unido o en Suecia. Las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito son también relativamente altas en Corea, Chile y los Estados Unidos.

Muchas de las lesiones y muertes por accidentes de tránsito son prevenibles. La seguridad vial para pasajeros de autos ha mejorado enormemente en las últimas décadas en muchos países a través de mejoras en el sistema de autopistas, campañas de educación y prevención, así como diseño de vehículos. Además, la adopción de nuevas leyes y reglamentos y su aplicación para mejorar la observancia de límites de velocidad, uso de cinturones de seguridad y reglas para conducción bajo la influencia del alcohol, han tenido un enorme impacto en la reducción de la carga de accidentes de tránsito.

Como resultado, las muertes por causa de accidentes de tránsito han disminuido en casi todos los países en las últimas décadas. Desde 1990, la mortalidad promedio debida a este tipo de accidentes ha disminuido en más de 70% (Figura 3.11). Estos avances son más impresionantes si se considera el aumento en el número de vehículos y kilómetros recorridos en este período (OECD/ITF 2015). Chile es el único país donde las muertes por causa de accidentes de tránsito han aumentado. En 1990, el índice de mortalidad en Chile era comparativamente menor, pero se incrementó durante los años

90 a medida que crecieron la economía y el número de vehículos y se ha mantenido relativamente alto desde entonces (Nghiem et al., 2013).

La disminución de los índices de mortalidad para usuarios vulnerables de caminos, como los peatones, ciclistas y motociclistas, fue sustancialmente menor que para los pasajeros de vehículos. La reducción en la mortalidad de peatones, ciclistas y motociclistas se ha estabilizado y se han registrado algunos incrementos. En consecuencia, las prioridades de seguridad vial en muchos países se han enfocado recientemente en usuarios más vulnerables en áreas urbanas (OECD/ITF 2015).

La crisis económica ha contribuido a la disminución de la mortalidad por accidentes de tránsito en muchos países, al reducir las distancias recorridas (especialmente por hombres jóvenes y por camiones). Sin embargo, es probable que este impacto sea pasajero, y en un plazo más largo la adopción de políticas efectivas de seguridad vial seguirá siendo la principal contribución a la reducción de la mortalidad (OECD/ITF 2015).

Definición y comparabilidad

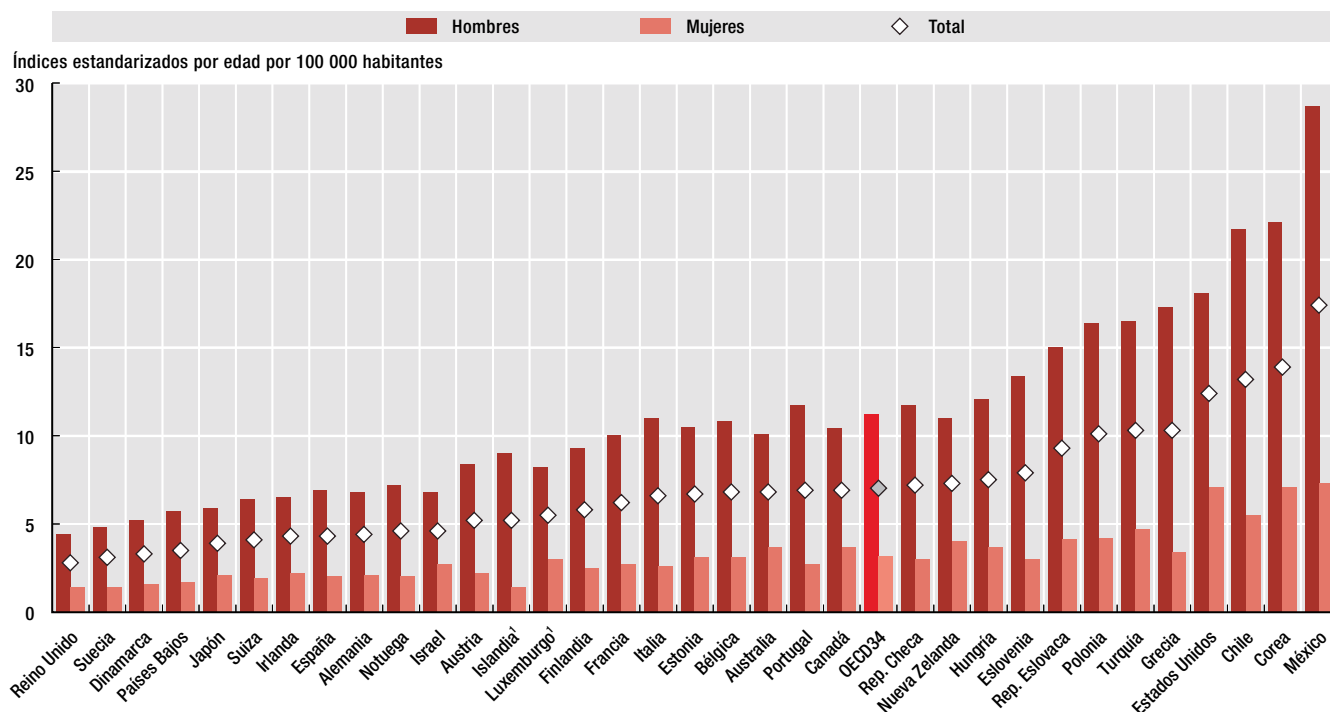
Los índices de mortalidad están basados en el número de muertes registrados en un país en un año, dividido entre el total de la población correspondiente. Los índices se han estandarizado por edad directamente según la población en 2010 en los países de la OCDE, para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es la Base de Datos de Mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO Mortality Database).

Las muertes por accidente de tránsito se clasifican según ICD-10 códigos V01-V89.

Referencias

- Nghiem, H., L. Connelly and S. Gargett (2013), "Are Road Traffic Crash Fatality Rates Converging among OECD Countries?", *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 52, pp. 162-170.
- OECD/ITF (2015), *IRTAD Road Safety 2015 Annual Report*, OECD Publishing.

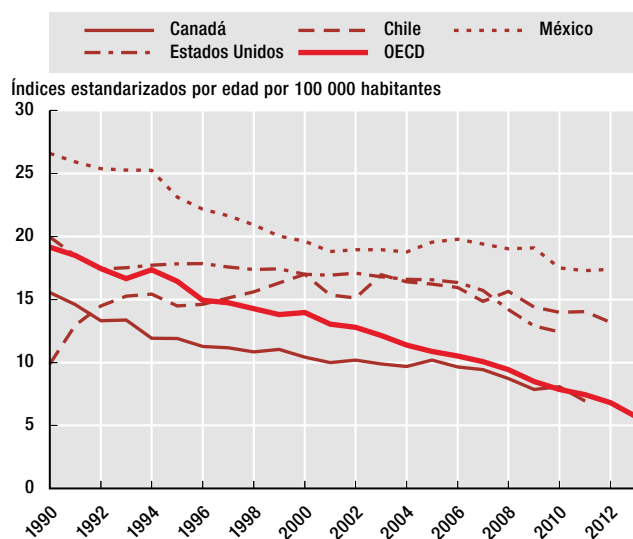
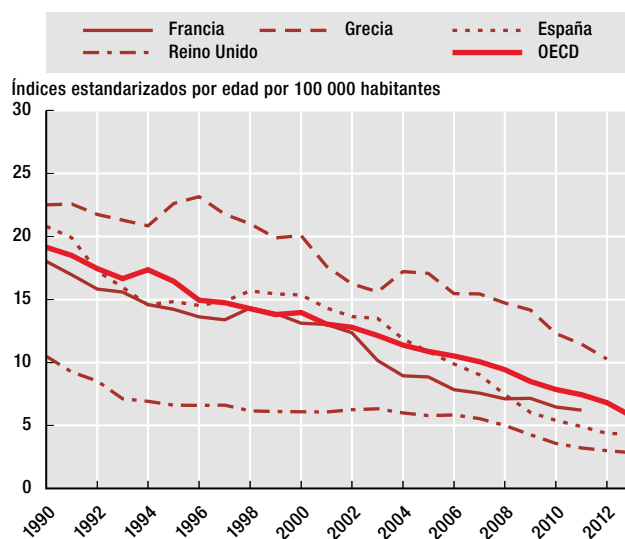
3.10. Mortalidad por accidente de tránsito, 2013 (o año más cercano)



1. Promedio de tres años.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> y Ministerio de Salud de Nueva Zelanda.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280766>

3.11. Tendencias en mortalidad por accidente de tránsito, selección de países de la OCDE, 1990-2013

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280766>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

3. ESTADO DE SALUD

Suicidio

El suicidio es una causa de muerte importante en muchos países de la OCDE, con más de 150 000 muertes en 2013. El conjunto de causas por las que algunas personas deciden intentar o cometer suicidio es muy complejo. Una alta proporción de suicidas sufren de desórdenes psiquiátricos como depresión severa, desorden bipolar y esquizofrenia. El contexto social en el que un individuo vive también es importante. Bajos ingresos, abuso de alcohol y drogas, desempleo y aislamiento social también se asocian a tasas más altas de suicidio.

La Figura 3.12 muestra que Turquía, Grecia, México, Italia e Israel reportan los índices de suicidio más bajos en 2013, con 7 o menos muertes por cada 100 000 habitantes, aunque el número de suicidios reportados en algunos países puede ser menor al real por el estigma asociado con el hecho, o la falta de confiabilidad de los datos asociada con los criterios de reporte (ver “Definición y comparabilidad”). Corea tiene el índice más alto de suicidio, con casi 30 muertes por cada 100 000 habitantes, seguido por Japón, Hungría y Eslovenia, con casi 20 muertes por cada 100 000 habitantes. Las tasas de mortalidad por suicidio son de tres a cuatro veces más altas para hombres que para mujeres en los países de la OCDE (Figura 3.12). En Polonia y la República Eslovaca, los hombres tienen siete veces más probabilidades de cometer suicidio que las mujeres. La brecha de género es menor para los intentos de suicidio, lo que refleja que las mujeres suelen utilizar métodos menos letales que los hombres. El suicidio también se relaciona con la edad, siendo la población particularmente en riesgo la gente joven de menos de 25 años de edad y los ancianos. Los índices de suicidio para éstos han disminuido en general en las últimas dos décadas, pero no es así para la gente joven.

Desde 1990 las tasas de suicidio se han reducido en alrededor de 30% en los países de la OCDE, disminuyendo a menos de la mitad en países como Hungría y Finlandia (Figura 3.13). En Estonia, después de un incremento inicial a principios de los años 90, las tasas cayeron considerablemente. Por otra parte, las tasas de mortalidad por suicidio se han incrementado en Corea y Japón. En Japón hubo un incremento cuantioso a mediados y finales de los 90, que coincide con la crisis financiera en Asia, pero las tasas han empezado a bajar en años recientes. En Corea, las tasas de suicidio crecieron de manera constante durante las últimas dos décadas, alcanzando un máximo alrededor de 2010, donde empiezan a declinar (Lim et al., 2014). El suicidio es la principal causa de muerte entre adolescentes en Corea.

El suicidio frecuentemente se asocia con depresión y el abuso del alcohol y otras sustancias. La detección oportuna de estos problemas psico-sociales en grupos de alto riesgo por las familias y los profesionales de la salud es una parte primordial de las campañas de prevención, junto con la provisión de apoyo y tratamiento efectivos. Muchos países están desarrollando estrategias nacionales de prevención dirigidas a grupos de alto riesgo. En Corea, los servicios de atención a la salud mental están rezagados con respecto a los de otros países, con apoyo fragmentado, muy enfocado en instituciones, y servicios de apoyo insuficientes o poco efectivos para quienes permanecen en la comunidad. Se requieren también mayores esfuerzos para eliminar

el estigma asociado con la búsqueda de ayuda (OECD, 2014). En estudios anteriores se ha demostrado un fuerte vínculo entre condiciones económicas adversas y niveles más altos de suicidio (Van Gool y Pearson, 2014). Los índices de suicidio tuvieron un ligero incremento al inicio de la crisis económica de 2008-2009 en varios países, pero esta tendencia no se mantuvo en la mayoría. En Grecia, los índices de suicidio permanecieron estables en 2009 y 2010, pero se han incrementado desde 2011 (Figura 3.13). Todos los países deben mantener un monitoreo cercano de manera de poder responder rápidamente, incluyendo el monitoreo de grupos de alto riesgo, como los desempleados, y grupos con desórdenes psiquiátricos (ver el indicador “Servicios de atención a la salud mental” en el Capítulo 8).

Definición y comparabilidad

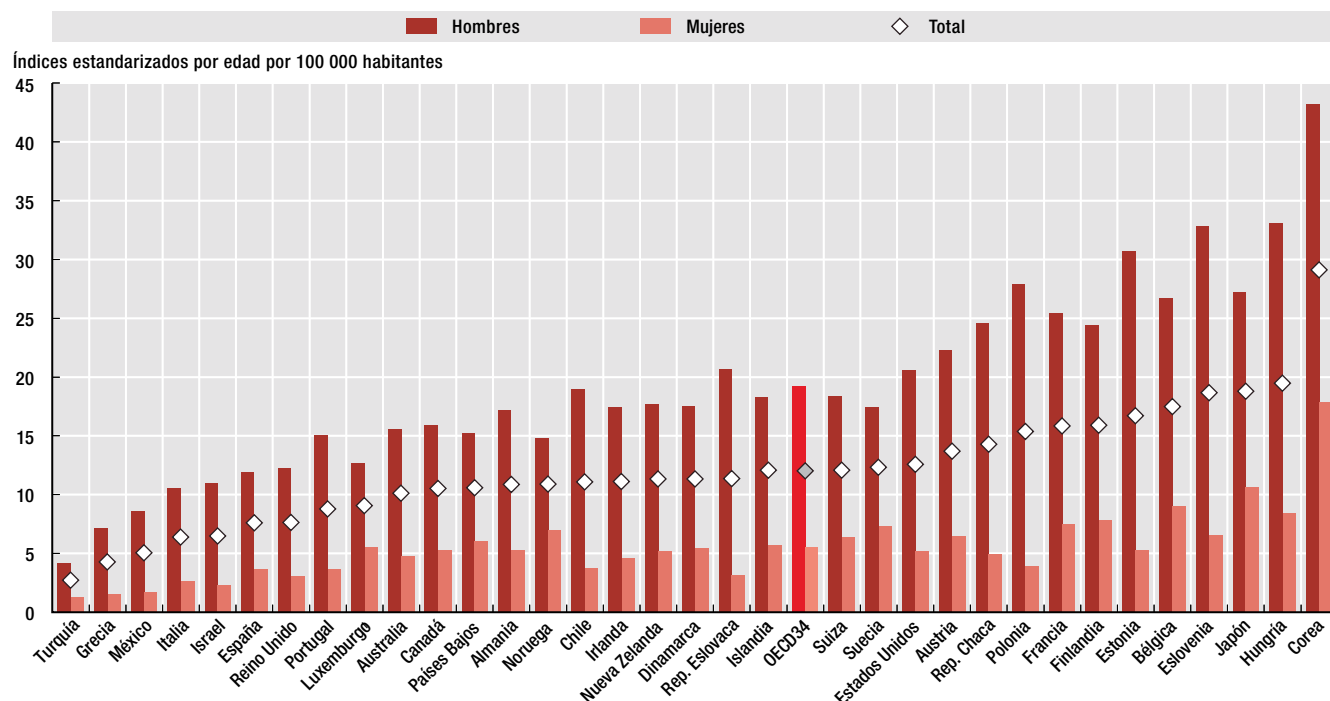
La Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por una persona a sabiendas de o esperando su resultado fatal. La comparabilidad de datos entre países se ve afectada por una variedad de criterios de reporte de cifras, incluyendo cómo se determina la intención de una persona de quitarse la vida, quién es responsable de emitir un certificado de defunción, si ha de realizarse una investigación forense, y las provisiones para la confidencialidad de la causa de la muerte. Por lo tanto, es recomendable interpretar cautelosamente las variaciones entre países.

Los índices de mortalidad están basados en el número de muertes registrados en un país en un año, dividido entre el total de la población correspondiente. Los índices se han estandarizado por edad directamente según la población en 2010 en los países de la OCDE, para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es la Base de Datos de Mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO Mortality Database). Las muertes por suicidio se clasifican según ICD-10 códigos X60-X84.

Referencias

- Lim, D. et al. (2014), “Trends in the Leading Causes of Death in Korea, 1983-2012”, *Journal of Korean Medical Science* Vol. 29, No. 12, pp. 1597-1603.
- OECD (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic costs of Neglecting Mental Health Care* OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
- Van Gool, K. and M. Pearson (2014), “Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 76, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>.

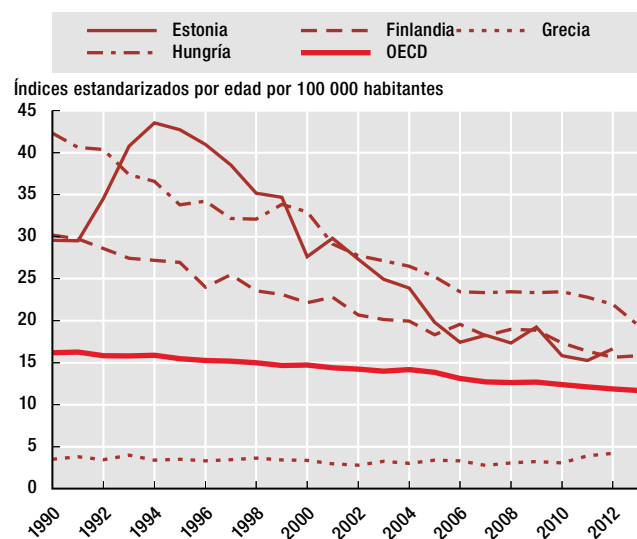
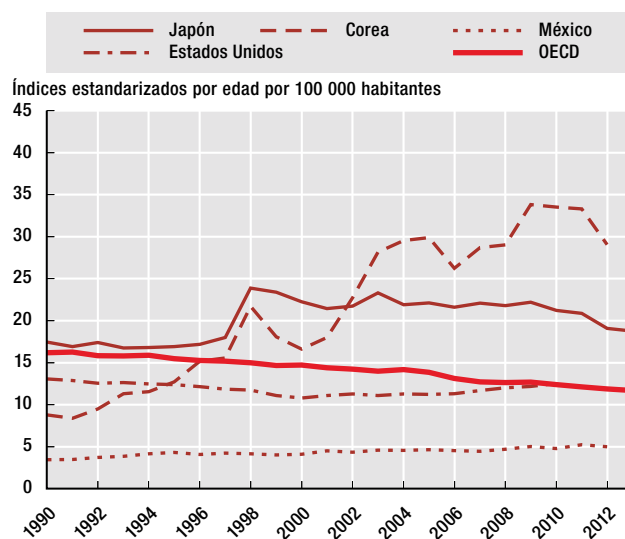
3.12. Suicidio, 2013 (o año más cercano)



1. Promedio de tres años.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280778>

3.13. Tendencias en suicidio, selección de países de la OCDE, 1990-2013

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280778>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

3. ESTADO DE SALUD

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil, que considera el índice por el cual bebés y niños de menos de un año de edad mueren, refleja el efecto de las condiciones económicas y sociales en la salud de las madres y los recién nacidos, el ambiente social, los estilos de vida individuales, y las características de efectividad de los sistemas de salud.

En la mayoría de los países de la OCDE la mortalidad infantil es baja, y existe poca diferencia en los índices (Figura 3.14). En 2013, el promedio en países de la OCDE era de menos de 4 muertes por cada 1000 nacidos vivos, y se presentan los índices más bajos en Islandia, Eslovenia, Finlandia, Estonia y Japón. Un pequeño grupo de países de la OCDE aún tiene índices de mortalidad infantil comparativamente altos (México, Turquía y Chile), aunque en estos tres países se ha reducido considerablemente en las últimas décadas (Figura 3.15).

En algunos países socios de gran tamaño (India, Sudáfrica e Indonesia), la mortalidad infantil sigue siendo de alrededor de 20 muertes por cada 1000 nacidos vivos. En India, uno de cada 25 niños muere antes de cumplir un año, aunque los índices han disminuido de manera importante en las últimas décadas. La mortalidad infantil también ha bajado notablemente en Indonesia.

Alrededor de dos tercios de las muertes que ocurren durante el primer año de vida en países de la OCDE son neonatos (es decir, durante las primeras cuatro semanas). Los factores más importantes que contribuyen a la mortalidad neonatal en países desarrollados son los defectos de nacimiento, nacimiento prematuro y otras condiciones que surgen durante el embarazo. Con cada vez mayor número de mujeres aplazando la maternidad y de nacimientos múltiples asociados con el uso de tratamientos de fertilidad, el número de nacimientos antes de término tiende a incrementarse (ver el indicador “Salud Infantil: bajo peso al nacer”). En varios países con ingresos más altos, este hecho ha nivelado la tendencia a la baja en mortalidad infantil en los últimos años. La mortalidad post-neonatal (después de un mes de edad) está relacionada con una mayor variedad de causas – siendo las más comunes el síndrome de muerte infantil súbita (SIDS, por sus siglas en inglés), defectos de nacimiento, infecciones y accidentes.

En los Estados Unidos, la reducción de la mortalidad infantil ha sido más lenta que en la mayoría de los países de la OCDE. En 2000 el índice en los Estados Unidos estaba por debajo del promedio de la OCDE, pero actualmente es más alto (Figura 3.14). Una de las explicaciones de los altos índices de mortalidad infantil en los Estados Unidos es que las cifras se basan en un registro más completo de bebés muy prematuros y con bajo peso al nacer que en otros países (Joseph et al., 2012). A fin de eliminar el impacto de las diferentes prácticas de registro de bebés muy pequeños, las cifras mostradas en la Figura 3.14 para la mayoría de los países (incluyendo los Estados Unidos) excluyen las muertes de bebés de menos de 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso al nacer. De cualquier forma, el índice en los Estados Unidos sigue siendo más alto que el promedio de la OCDE, especialmente el de mortalidad post-neonatal (muertes después de un mes de edad) que es más alto en los Estados Unidos que en la mayoría de los países de la OCDE. Existen enormes diferencias en mortalidad infantil de diferentes grupos raciales en los Estados Unidos, siendo más probable que los bebés de mujeres de raza negra tengan bajo peso al nacer, y con mortalidad infantil de más

del doble que para mujeres blancas (10.9 vs. 5.1 en 2012) (NCHS, 2015).

Muchos estudios utilizan las cifras de mortalidad infantil como un resultado de la salud, para examinar el efecto de una variedad de factores médicos y no médicos determinantes de la salud. Aunque la mayoría de los análisis muestran que el incremento en el gasto en salud tiende a estar asociado con menor mortalidad infantil, el hecho de que algunos países con un nivel alto de gasto en salud no tengan niveles más bajos de mortalidad infantil sugiere que no se requiere necesariamente aumentar el gasto en salud para obtener mejores resultados (Retzlaff-Roberts et al., 2004).

Definición y comparabilidad

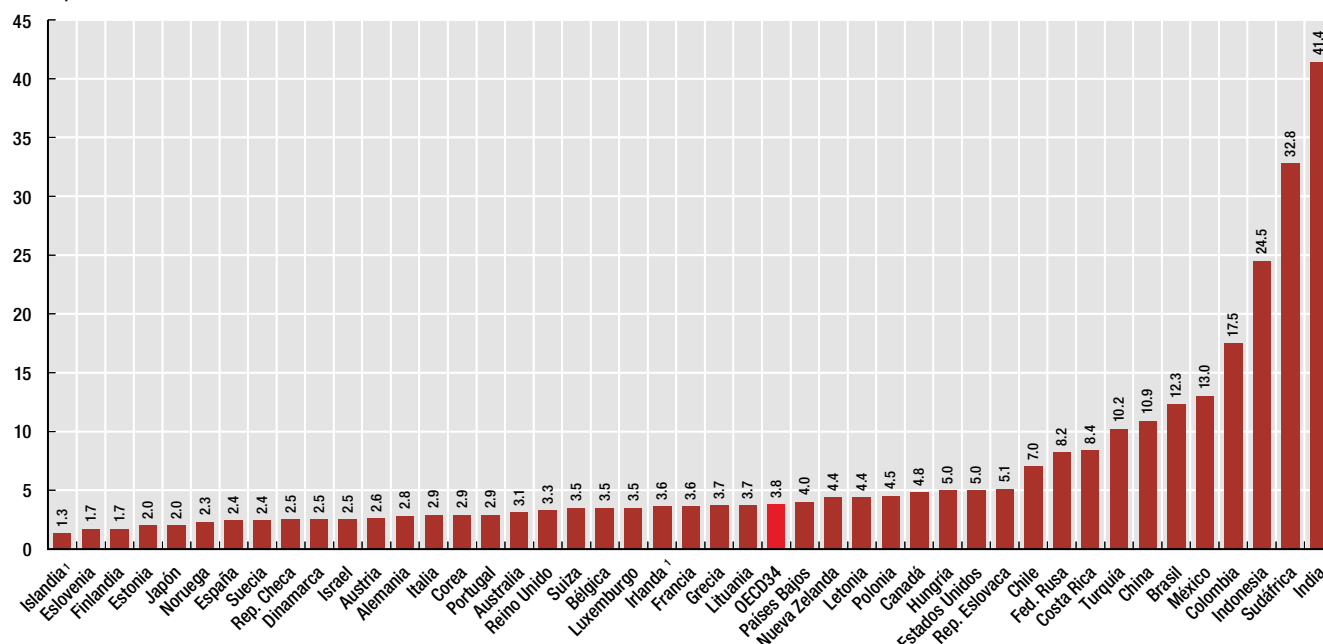
El índice de mortalidad infantil es el número de muertes de niños de menos de un año de edad expresado por cada 1000 nacidos vivos. Algunas de las variaciones internacionales en mortalidad infantil se relacionan con las diferentes prácticas de registro para infantes muy prematuros. Mientras que algunos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

Referencias

- Euro-Peristat (2013), European Perinatal Health Report: The Health and Care of Pregnant Women and their Babies in 2010, Luxemburgo.
- Joseph, K.S. et al. (2012), “Influence of Definition Based Versus Pragmatic Registration on International Comparisons of Perinatal and Infant Mortality: Population Based Retrospective study”, *British Medical Journal*, Vol. 344, e746.
- NCHS (2015), Health, United States, 2014, with Special Feature on Adults Aged 55-64, NCHS, Hyattsville, Estados Unidos.
- Retzlaff-Roberts, D., C. Chang and R. Rubin (2004), “Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries”, *Health Policy*, Vol. 69, pp. 55-72.

3.14. Mortalidad infantil, 2013 (o año más cercano)

Muertes por cada 1000 nacidos vivos



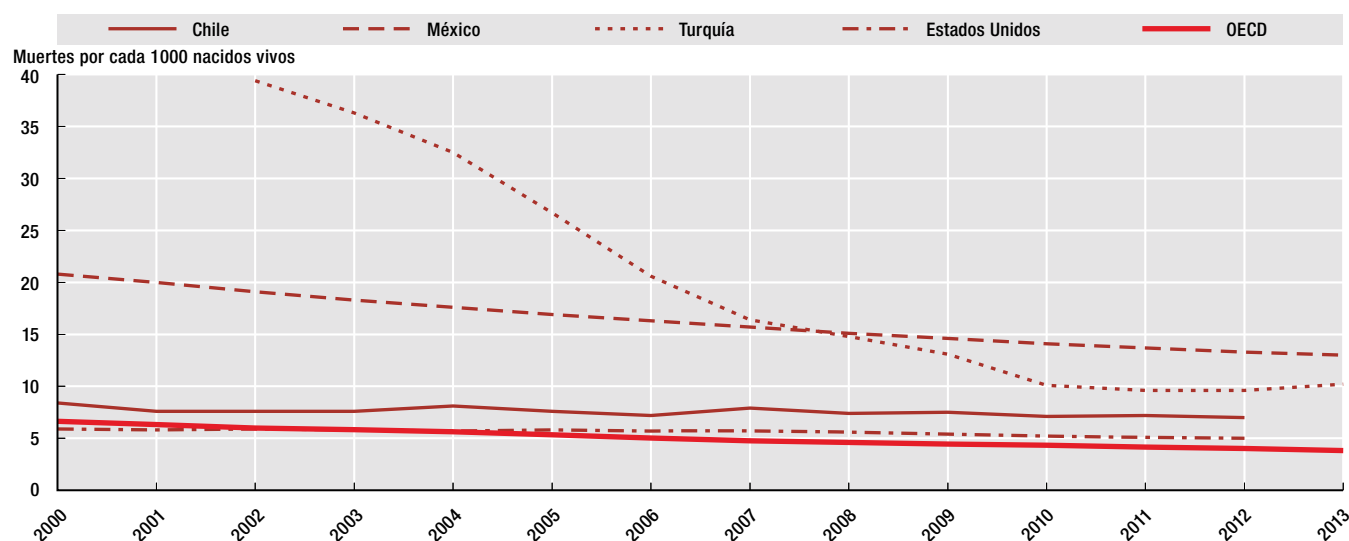
Nota: Los datos para la mayoría de los países están basados en un umbral mínimo de 22 semanas de gestación (o 500 gramos de peso al nacer) para eliminar el impacto de las diferentes prácticas de registro de bebés extremadamente prematuros en diferentes países.

1. Promedio de tres años (2011-13).

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280782>

3.15. Tendencias en mortalidad infantil, selección de países de la OCDE, 2000-13



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280782>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

3. ESTADO DE SALUD

Salud Infantil: bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer -definido como recién nacidos que pesan menos de 2 500 gramos- es un significativo indicador de salud infantil, por la importante relación entre el peso al nacer y la morbilidad y mortalidad infantil. Existen dos categorías de infantes con bajo peso al nacer: aquellos para quienes es el resultado de crecimiento fetal restringido, y aquellos para quienes resulta de nacimiento prematuro. Los infantes con bajo peso al nacer tienen un mayor riesgo de muerte o salud precaria, requieren períodos de hospitalización más largos al nacer, y tienen más probabilidades de desarrollar discapacidades importantes. Los factores de riesgo para bajo peso al nacer incluyen madres fumadoras, consumo excesivo de alcohol, mala nutrición, bajo índice de masa corporal, estatus socio-económico bajo, haber tenido tratamiento de fertilización in-vitro y nacimientos múltiples.

Uno de cada 15 bebés nacidos en países de la OCDE en 2013 – o 6.6% del total de nacimientos- pesó menos de 2 500 gramos al nacer (Figura 3.16). Las menores proporciones de nacimientos con bajo peso se presentan en los países nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia, Noruega, exceptuando Dinamarca) y Estonia, con menos del 5% de los nacimientos clasificados como con bajo peso al nacer. Japón tiene la más alta proporción de infantes con bajo peso al nacer entre los países de la OCDE, con índices cercanos al 10%, seguido de Grecia, Hungría y Portugal.

A pesar del uso común de los 2 500 gramos como límite para bajo peso al nacer, existen variaciones fisiológicas de talla entre diferentes países y grupos de población, que deben ser consideradas en la interpretación de diferencias (Euro-Peristat, 2013). Algunas poblaciones pueden tener más bajo peso al nacer en promedio que otras por diferencias genéticas.

En la mayoría de los países de la OCDE la proporción de infantes con bajo peso al nacer se ha incrementado en las últimas dos décadas, debido principalmente a un mayor número de nacimientos antes de término (Euro-Peristat, 2013). A su vez, este hecho se puede atribuir a diferentes razones, incluyendo un número creciente de embarazos múltiples principalmente debido a un aumento en tratamientos de fertilidad y edad de las madres (Delnord et al., 2015). Otro factor que puede explicar el incremento de infantes con bajo peso al nacer es el uso más generalizado de técnicas de gestión de alumbramiento, como la inducción del parto y cesárea, que han aumentado los índices de sobrevivencia de bebés con bajo peso al nacer.

Corea, Grecia, España, Portugal y Japón han tenido importantes incrementos en el número de bebés con bajo peso al nacer en las últimas dos décadas, aunque la proporción en Corea permanece debajo del promedio de la OCDE (Figura 3.17). En Japón este incremento puede ser explicado por modificaciones en intervenciones obstétricas, particularmente el uso más frecuente de operaciones cesáreas, así como cambios en las condiciones socio-demográficas de las madres y factores conductuales (Yorifuji et al., 2012). En Grecia, el aumento en la proporción de infantes con bajo peso al nacer empezó a mediados de los años 90, mucho antes de la crisis económica, y alcanzó un máximo en 2010. Algunos investigadores sugieren que los altos índices de infantes con bajo peso al nacer entre 2009 y 2012

se podían asociar a la crisis económica y el impacto que causó en tasas de desempleo y reducción del ingreso familiar en Grecia (Kentikelenis, 2014). En 2013 el índice se redujo a los niveles observados antes de la crisis.

Las comparaciones entre diferentes grupos de población en un país indican que la proporción de bebés con bajo peso al nacer también puede ser influenciada por diferencias en nivel de educación, ingreso y las condiciones de vida asociadas a ambos. En los Estados Unidos existen marcadas diferencias entre grupos raciales, con la proporción de bebés con bajo peso al nacer de raza negra de casi el doble que la de los de raza blanca (13% versus 7% en 2013) (NCHS, 2015). Se han observado diferencias similares entre las poblaciones indígenas y no indígenas en Australia, México y Nueva Zelanda, lo que con frecuencia refleja las condiciones de vida desfavorables de muchas de estas madres.

La proporción de infantes con bajo peso al nacer es también generalmente más alta entre mujeres fumadoras que para quienes no fuman.

Definición y comparabilidad

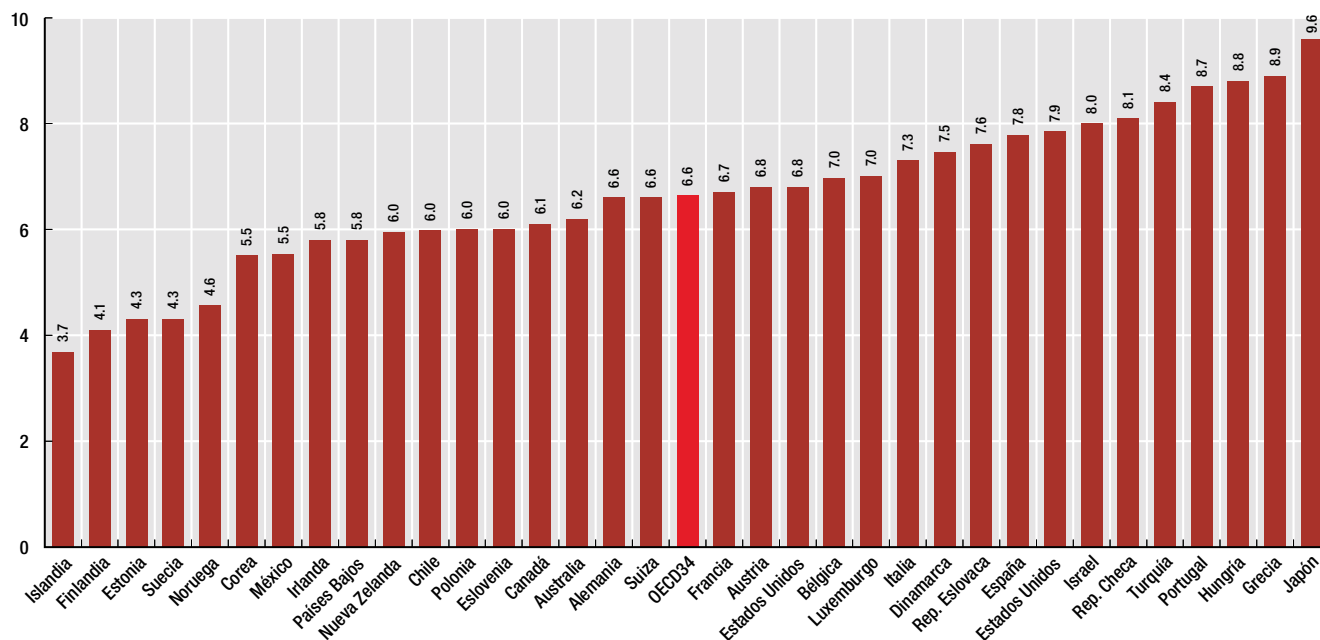
La Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), define el bajo peso al nacer como el peso de un infante de menos de 2 500 gramos (5.5 libras) al nacer, independientemente de su edad gestacional. Este umbral se basa en observaciones epidemiológicas en relación con el aumento del riesgo de muerte del infante y sirve para estadísticas comparativas internacionales de salud. El número de nacimientos con bajo peso se expresa como porcentaje del total de nacidos vivos.

Referencias

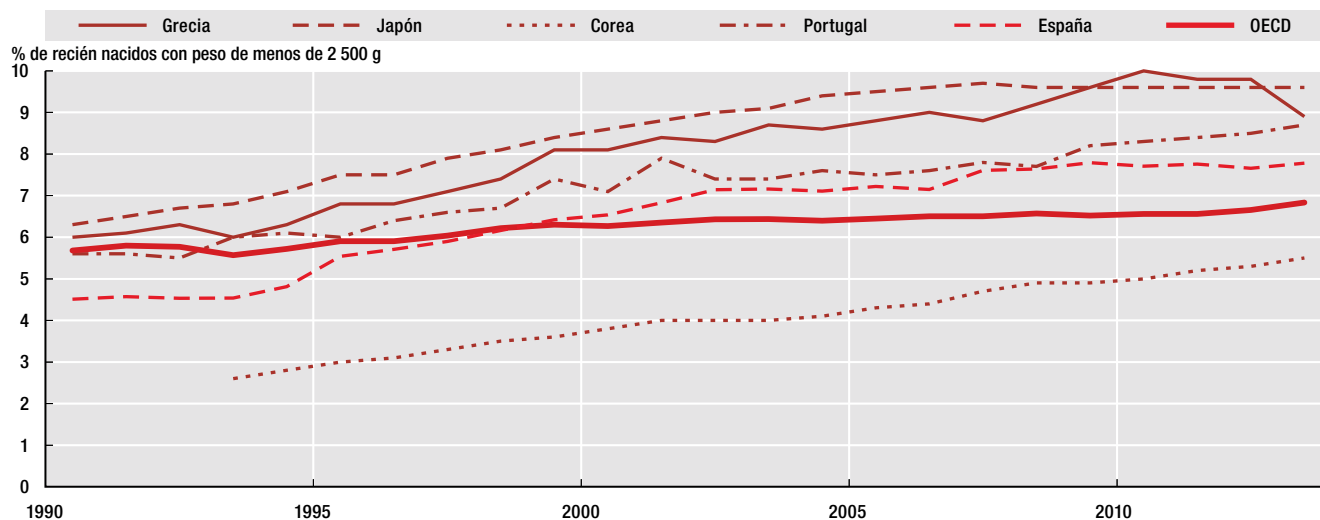
- Delnord, M. et al. (2015), “What Contributes to Disparities in the Preterm Birth Rate in European Countries?”, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, Vol. 27, No. 2, pp. 133-142, April.
- Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: The Health and Care of Pregnant Women and their Babies in 2010* Luxemburgo.
- Kentikelenis, A. (2014), “Greece’s Health Crisis: From Austerity to Denialism”, *The Lancet* Vol. 383, No. 9918, pp. 748-753.
- NCHS – National Center for Health Statistics (2015), *Health, United States, 2014, With Special Feature on Adults Aged 55-64*, NCHS, Hyattsville, United States.
- Yorifuji, T. et al. (2012), “Trends of Preterm Birth and Low Birth Weight in Japan: A One Hospital-Based Study”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 12:162.

3.16. Infantes con bajo peso al nacer, 2013 (o año más cercano)

% de recién nacidos con peso de menos de 2 500 g

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280794>

3.17. Tendencia en infantes con bajo peso al nacer, selección de países de la OCDE, 1990-2013

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280794>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

3. ESTADO DE SALUD

Percepción del estado de salud

La mayoría de los países de la OCDE llevan a cabo regularmente encuestas sobre salud que permiten a los encuestados reportar diferentes aspectos de su salud. Una pregunta frecuentemente empleada se refiere a la percepción del estado de salud, como “¿Cómo calificaría su salud en general?” A pesar de la naturaleza altamente subjetiva de esta pregunta, los indicadores de percepción del estado de salud han resultado ser una buena forma de predecir el uso en el futuro de servicios de salud y la mortalidad (DeSalvo et al., 2005).

Con el fin de hacer comparaciones internacionales, las variaciones entre países en la percepción del estado de salud son difíciles de interpretar, pues las respuestas pueden ser afectadas por la forma en que se formulan las preguntas de la encuesta y las mismas respuestas, así como por factores sociales y culturales. Además, como la gente mayor en general reporta un estado de salud más frágil que la gente joven, los países que tienen una mayor proporción de gente mayor tendrán una menor proporción de gente que reporte estar en buen estado de salud.

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

Por otra parte, menos de la mitad de los adultos en Japón, Corea y Portugal califican su salud como buena. La proporción es también relativamente baja en Estonia, Hungría, Polonia, Chile y la República Checa, donde menos del 60% de los adultos consideran tener buena salud.

En todos los países de la OCDE, los hombres tienen mayor tendencia a reportar estar en buen estado de salud que las mujeres, excepto en Australia, Nueva Zelanda, Canadá y el Reino Unido, donde la proporción es casi igual. Como es de esperarse, la calificación de la salud propia tiende a declinar con la edad. En muchos países, hay un marcado declive en cómo la gente califica su salud después de los 45 años de edad, y uno más después de los 65 años de edad (OCDE, 2015).

Existen enormes disparidades en el estado de salud reportado entre diferentes grupos socio-económicos, medidos por nivel de ingreso o de escolaridad. La Figura 3.19 muestra que, en todos los países, la población con menor nivel de ingreso tiende a reportar salud más precaria que la población con más alto ingreso, aunque la brecha varía. En promedio, en todos los países de la OCDE, cerca del 80% de la población en el grupo de más alto ingreso reporta tener un buen estado de salud, en comparación con apenas más del 60% para la población en el grupo de más bajo ingreso. Estas disparidades se pueden explicar por diferencias en condiciones de vida y trabajo, así como diferencias en estilo de vida (por ejemplo, tabaquismo, consumo de alcohol dañino, inactividad física y problemas de obesidad). Adicionalmente, la gente en hogares de bajos ingresos puede tener acceso limitado a algunos servicios de salud por razones financieras o de otra índole (ver el Capítulo 7 sobre “Acceso a la Salud”). Es posible también tener una relación causal inversa, en la que un estado de salud precario genera menos empleo y menor ingreso.

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

Definición y comparabilidad

La percepción del estado de salud refleja el estado general que la gente percibe sobre su salud. Los encuestados típicamente responden preguntas como “¿Cómo calificaría su salud en general? Muy buena, buena, regular, frágil, muy frágil”.

Se requiere cautela al hacer comparaciones en la percepción del estado de salud entre países, por lo menos por dos razones. En primer lugar, la valoración que hace la gente de su salud es subjetiva y puede ser afectada por factores culturales. En segundo lugar, existen variaciones en las categorías de preguntas y respuestas utilizadas para medir la percepción de estado de salud entre encuestas y países. En particular, la escala de respuestas utilizada en los Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Australia y Chile es asimétrica (sesgada hacia el lado positivo), incluyendo las categorías “excelente, muy buena, buena, razonable, frágil”. Los datos en las Estadísticas de Salud OCDE se refieren a los encuestados que responden una de las tres respuestas positivas (“excelente, muy buena, buena”). En contraste, en la mayoría de los demás países de la OCDE la escala es simétrica, con categorías “muy buena, buena, razonable, frágil, muy frágil”. Los datos reportados en estos países se refieren solamente a las primeras dos categorías (“muy buena y buena”). En Israel la escala es simétrica, pero no incluye una categoría intermedia de salud “razonable”. Estas diferencias en las respuestas generan un sesgo ascendente para los países que usan una escala asimétrica, o bien simétrica sin una categoría intermedia.

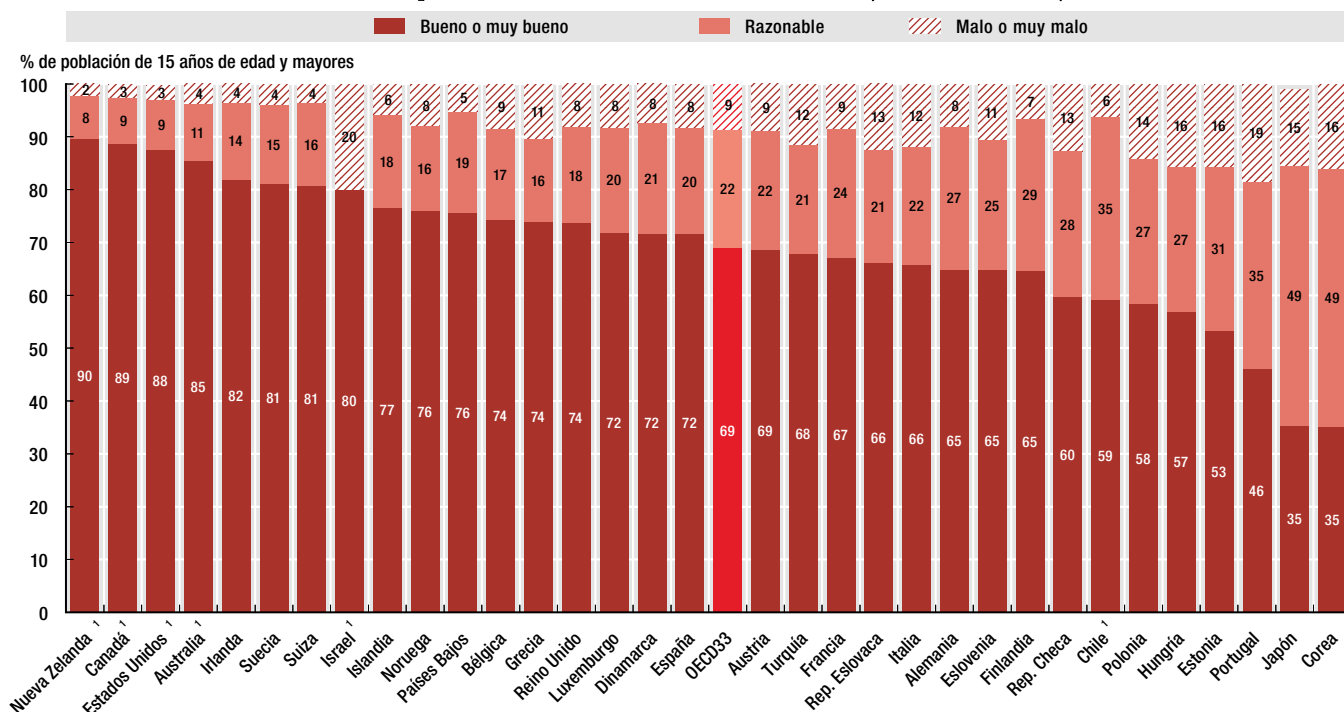
La percepción del estado de salud según el nivel de ingreso se reporta para los grupos de población con los ingresos más bajos y más altos (20% de más bajo ingreso y 20% de más alto ingreso). Dependiendo de la encuesta, el ingreso puede ser individual o familiar (en cuyo caso es ponderado tomando en cuenta el número de personas en la familia).

Referencias

DeSalvo, K.B. et al. (2005), “Predicting Mortality and Health-care Utilization with a Single Question”, *Health Services Research*, Vol. 40, pp. 1234-1246.

OECD (2015), *OECD Health Statistics 2015*, online, OECD Publishing, París, www.oecd.org/health/health-data.

3.18. Percepción del estado de salud entre adultos, 2013 (o año más cercano)

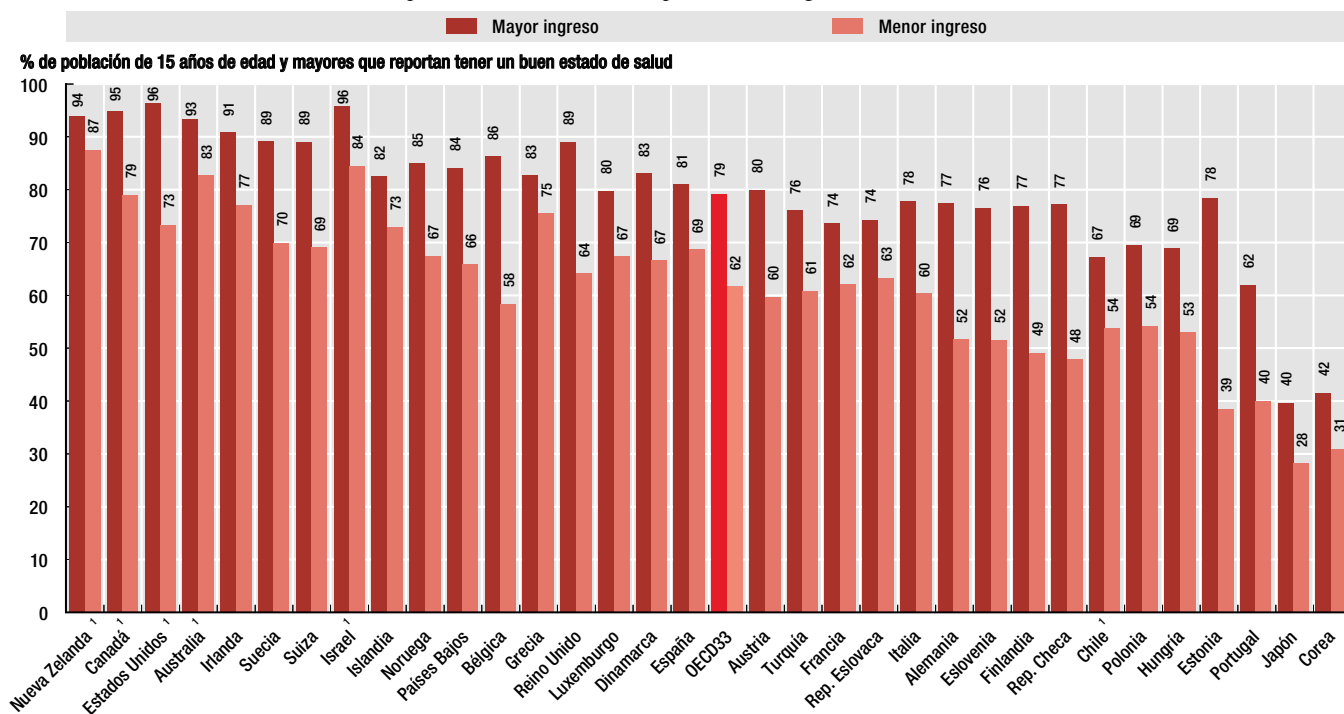


1. Los resultados para estos países no son directamente comparables con los de otros, debido a diferencias metodológicas en la encuesta que generan un sesgo ascendente. En Israel no existe una categoría intermedia referente a salud "razonable".

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (EU-SILC para países europeos)

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280801>

3.19. Percepción del estado de salud por nivel de ingreso, 2013 (o año más cercano)



Nota: Los países están clasificados en orden descendente de percepción de estado de salud para el total de la población.

1. Los resultados para estos países no son directamente comparables con los de otros, debido a diferencias metodológicas en la encuesta que generan un sesgo ascendente. En Israel la información por grupo de ingreso se refiere a población empleada.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (EU-SILC para países europeos)

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280801>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

3. ESTADO DE SALUD

Incidencia de cáncer

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

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

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

El cáncer de mama fue por mucho el más común entre mujeres (28% en promedio), seguido del cáncer colorrectal (12%), de pulmón (10%) y cervical (3%). Las causas del cáncer de mama aún no se comprenden completamente, pero los factores de riesgo incluyen la edad, historia familiar, densidad mamaria, exposición a estrógenos, sobrepeso y obesidad, consumo de alcohol, radiación y terapia de reemplazo hormonal. Las tasas de incidencia más altas en 2012 se presentaron en Bélgica, Dinamarca y los Países Bajos, con 25% o más por encima del promedio de la OCDE (Figura 3.21). Chile y México tuvieron las tasas más bajas, seguidos por Turquía y Grecia. La variación en incidencia de cáncer de mama entre países de la OCDE puede atribuirse al menos en parte a las diferencias en el grado y tipo de actividades de detección. Aunque los índices de mortalidad por cáncer de mama han disminuido en la mayoría de los países de la OCDE desde 1990 gracias a la detección oportuna y mejoras en los tratamientos, el cáncer de mama sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer entre mujeres (ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 3 y “Detección, sobrevivencia y mortalidad por cáncer de mama” en el Capítulo 8).

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

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

Definición y comparabilidad

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

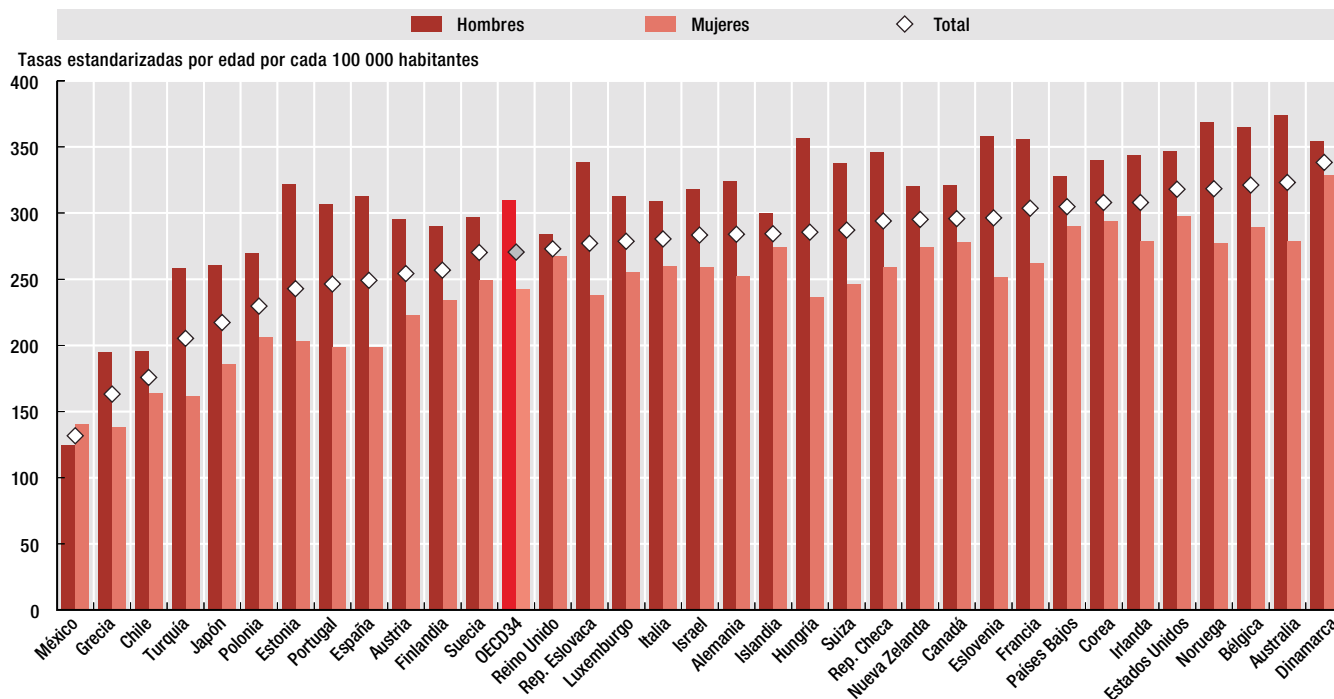
El registro de cáncer está bien establecido en la mayoría de los países de la OCDE, aunque la calidad y exhaustividad de la información puede variar. En algunos países, los registros de cáncer solo cubren algunas regiones. La comparabilidad internacional de los datos de incidencia de cáncer también puede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

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

Referencias

Ferlay, J. et al. (2014), “Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012”, *International Journal of Cancer* Vol. 136, No. 5, pp. E359-E386.

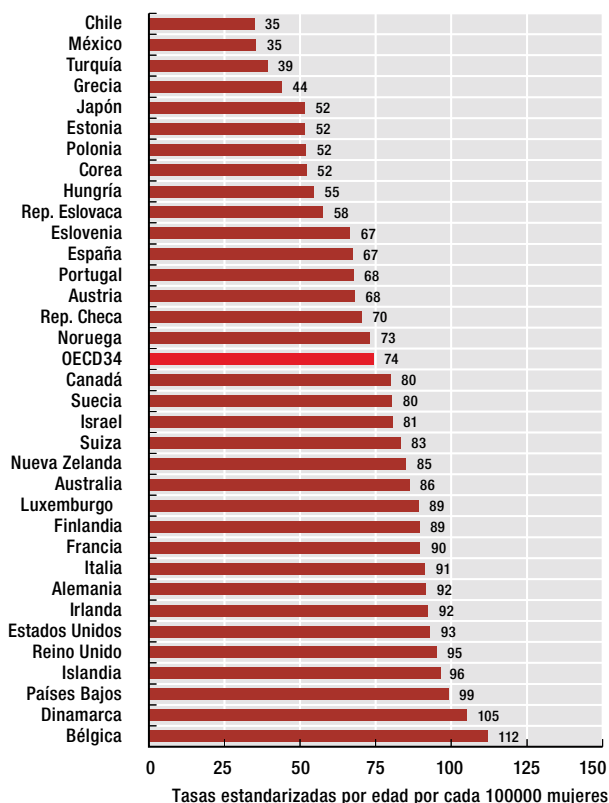
3.20. Incidencia de todos los tipos de cáncer, hombres y mujeres, 2012



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

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280811>

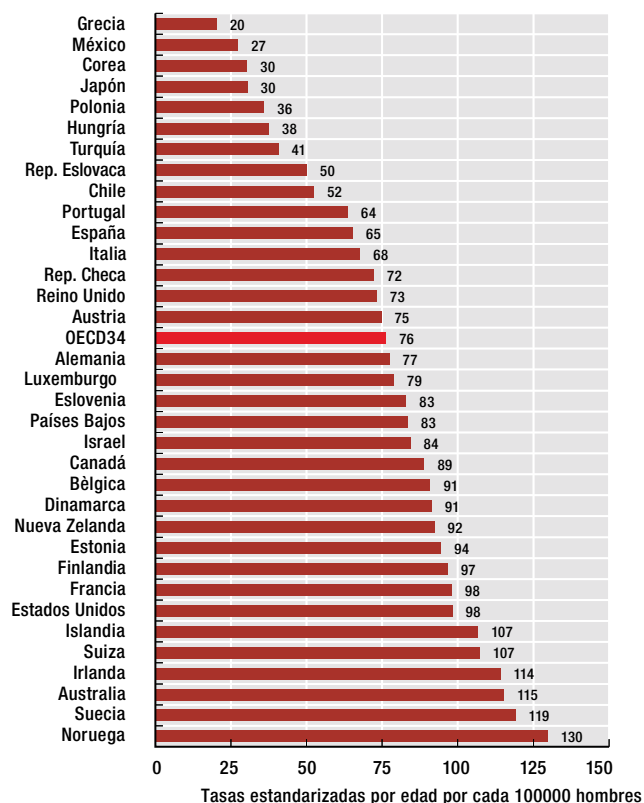
3.21. Incidencia de cáncer de mama, mujeres, 2012



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

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280811>
Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

3.22. Incidencia de cáncer de próstata, hombres, 2012



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

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280811>





4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Consumo de tabaco entre adultos

Consumo de alcohol entre adultos

Consumo de frutas y verduras entre adultos

Obesidad en adultos

Sobrepeso y obesidad en niños

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Consumo de tabaco entre adultos

El tabaco mata cerca de 6 millones de personas cada año, de las cuales más de 5 millones mueren por uso directo y más de 600 000 son fumadores pasivos (WHO, 2015). El tabaco es un factor de riesgo primordial de por lo menos dos de las principales causas de mortalidad prematura –enfermedades cardiovasculares y cáncer, pues incrementa el riesgo de infarto, accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón, laringe y boca, y de páncreas entre otros. Adicionalmente, es un factor coadyuvante primordial para enfermedades respiratorias como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (US DHHS, 2014). Fumar durante el embarazo puede causar bajo peso al nacer y enfermedades en el bebé. El tabaquismo sigue siendo el más importante y evitable factor de riesgo para la salud en los países de la OCDE y el resto el mundo.

La proporción de fumadores en la población adulta varía enormemente, aún entre países vecinos (Figura 4.1). En diecinueve de 34 países de la OCDE menos del 20% de la población adulta fumaba a diario en 2013. Suecia, Islandia, México y Australia tenían los índices más bajos (menos de 13%). Brasil, Colombia e India también tenían índices menores al 13%, aunque la proporción de fumadores hombres es alta, hasta 23% en India. Por otro lado, los índices siguen siendo altos para hombres y mujeres en Grecia, y en Letonia e Indonesia donde más de uno de cada dos hombres fuma a diario. La prevalencia del tabaquismo es más alta entre hombres que entre mujeres en todos los países de la OCDE, excepto Suecia e Islandia. La brecha de género en los índices de tabaquismo es particularmente grande en Corea, Japón y Turquía, así como en la Federación Rusa, India, Indonesia, Letonia, Lituania, Sudáfrica y China (Figura 4.1).

Los índices de tabaquismo en los países de la OCDE muestran un marcado descenso, aunque otras formas de uso de tabaco, como la inhalación de tabaco en polvo en Suecia, no se toman en cuenta. En promedio, los índices de tabaquismo han disminuido en una cuarta parte desde 2000, de 26% en 2000 a 20% en 2013. Esta disminución ocurrió en Noruega, Islandia, Suecia, Dinamarca e Irlanda, así como en India.

En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, y hasta los años 60 y 70, los índices de tabaquismo eran muy altos entre hombres (50% o más) en la mayoría de los países de la OCDE. Los años 80 y 90 se caracterizaron por una patente disminución en el consumo de tabaco. Países no miembros de la OCDE y economías emergentes están en una fase anterior de evolución del tabaquismo, con altos índices y una clara brecha de género. En los países de la OCDE, la disminución en el consumo de tabaco puede atribuirse a la adopción de políticas dirigidas a ese fin a través de campañas de concientización, prohibición de publicidad, incrementos en la tributación, y restricción en el consumo de tabaco en espacios públicos y restaurantes, en respuesta al incremento de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Con políticas más estrictas y niveles más altos de impuestos se han logrado mayores reducciones en los índices de tabaquismo entre 1996 y 2011 en los países de la OCDE (OECD 2015). A medida que los gobiernos continúan reforzando sus políticas anti-tabaco, se han implantado nuevas estrategias,

como el empaque sin publicidad para restringir la imagen de marca (por ejemplo, en Australia), y están siendo adoptadas por un número creciente de países.

Varios estudios proporcionan clara evidencia de las diferencias socio-económicas en tabaquismo y mortalidad (Mackenbach et al., 2008). La prevalencia e intensidad del tabaquismo es mayor en los grupos menos favorecidos, así como los índices de mortalidad por todas las causas y menores índices de sobrevivencia al cáncer (Woods et al., 2006). La influencia del tabaquismo como determinante de desigualdades generales en la salud es tal, que si la población entera no fumara, las diferencias de mortalidad entre grupos sociales se reducirían a la mitad (Jha et al., 2006).

Definición y comparabilidad

La proporción de personas que fuman a diario se define como el porcentaje de la población de 15 años de edad y mayor que reportan consumir tabaco todos los días. La comparabilidad internacional es limitada debido a la falta de estandarización en la medición de hábitos de tabaquismo en las encuestas de salud en los países de la OCDE. Las variaciones se presentan en los grupos de edad encuestados, la formulación de las preguntas, las categorías de respuesta y la metodología de la encuesta (por ejemplo, en muchos países se pregunta a los encuestados si fuman regularmente, no diariamente). Los reportes de comportamiento de la población también pueden tener un sesgo vinculado con la aceptación social, que puede potencialmente limitar las comparaciones entre países.

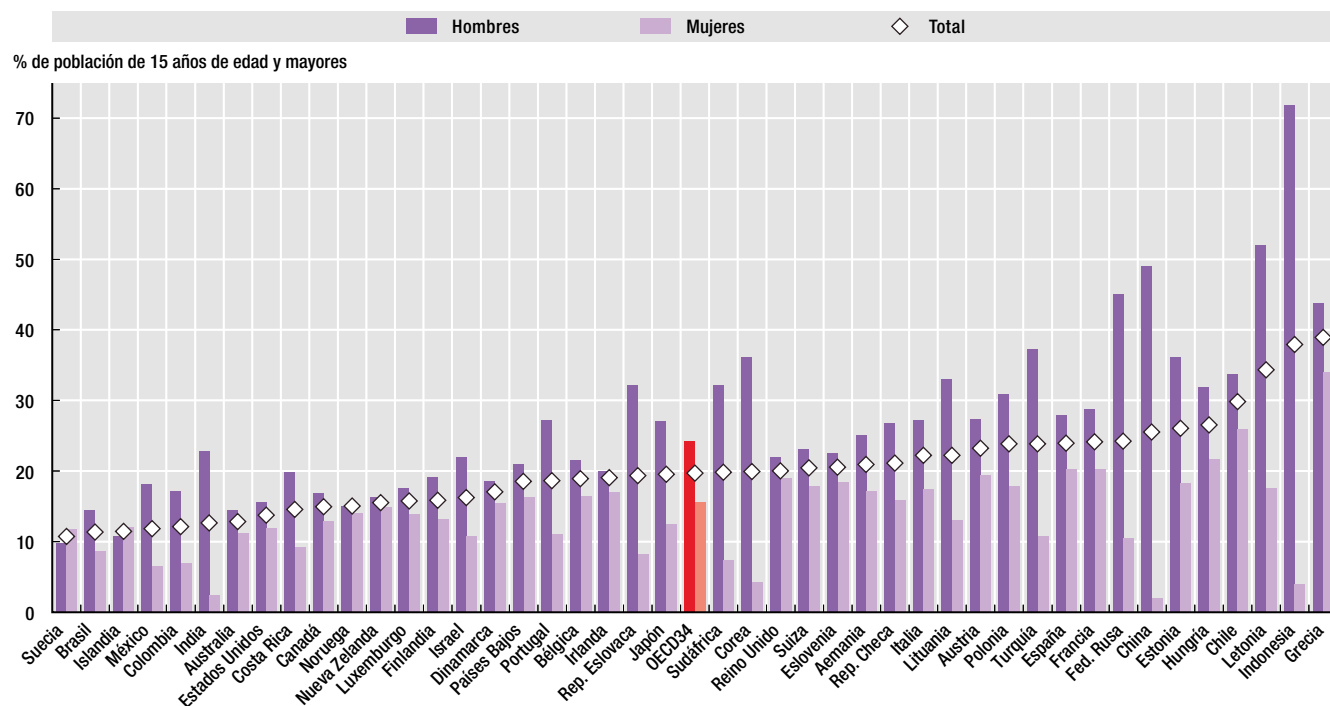
Referencias

- Jha, P. et al . (2006), “Social Inequalities in Male Mortality, and in Male Mortality from Smoking: Indirect Estimation from National Death Rates in England and Wales, Poland, and North America”, *The Lancet*, Vol. 368, No. 9533, pp. 367-370.
- Mackenbach, J.P. et al . (2008), “Socio-economic Inequalities in Health in 22 European Countries”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 358, pp. 2468-2481.
- 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> .
- US DHHS – US Department of Health and Human Services (2014), *The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*, Atlanta.
- WHO (2015), “Tobacco”, Fact Sheet No. 339, available at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html
- Woods, L.M., B. Rachet and M.P. Coleman (2006), “Origins of Socio-economic Inequalities in Cancer Survival: A Review”, *Annals of Oncology*, Vol. 17, No. 1, pp. 5-19.

4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Consumo de tabaco entre adultos

4.1. Consumo diario de tabaco en adultos, 2013 (o año más cercano)

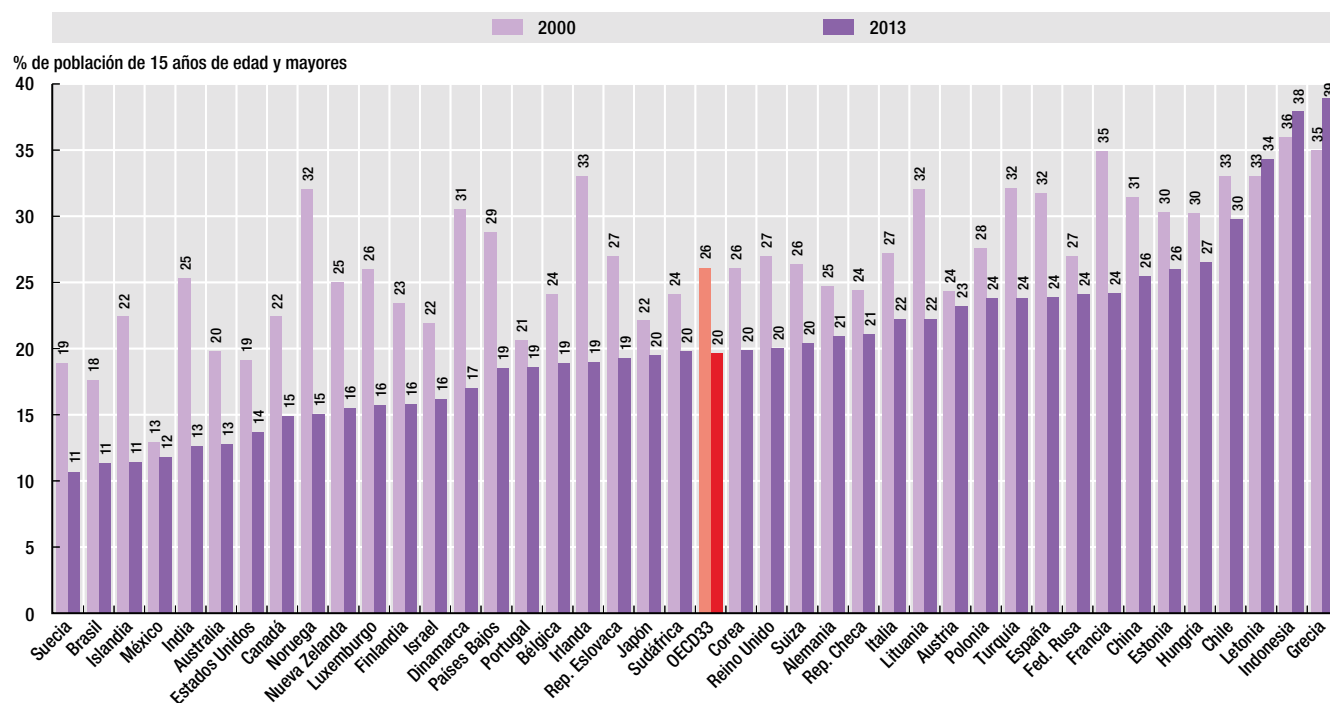


Nota: Los países están clasificados en orden ascendente de índice de tabaquismo para el total de la población.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280827>

4.2. Cambios en el consumo diario de tabaco en adultos, 2000 y 2013 (o años más cercanos)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
 Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280827>

4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Consumo de alcohol entre adultos

La carga de salud relacionada con el consumo dañino de alcohol, en términos tanto de mortalidad como de morbilidad, es considerable en casi todo el mundo (Rehm et al., 2009; WHO, 2014; OECD, 2015). El consumo de alcohol se asocia con numerosas consecuencias sociales y daños a la salud, incluyendo un riesgo más elevado de cáncer, accidente cerebrovascular, y cirrosis hepática, entre otros. La exposición del feto al alcohol incrementa el riesgo de defectos de nacimiento y deficiencias intelectuales. El alcohol también contribuye a la mortalidad y discapacidad por accidentes y lesiones, asalto, violencia, homicidio y suicidio. Se estima que el consumo de alcohol causa más de 3.3 millones de muertes en el mundo cada año, y contribuye con 5.1% de la carga global por enfermedad (WHO, 2014). Los costos de atención a la salud asociados con el exceso en el consumo de alcohol en los Estados Unidos se calculan en 25.6 mil millones de dólares (Bouchery et al., 2011). En la Federación Rusa, el abuso del alcohol fue un factor primordial para el aumento marcado de mortalidad prematura y reducción de la esperanza de vida durante los años 90 (OECD, 2012). El consumo de alcohol tiene también extensas consecuencias sociales, causando grandes pérdidas en productividad por ausentismo y mortalidad prematura, así como lesiones y muerte de no tomadores (por ejemplo, por accidentes de tránsito causados por conductores bajo la influencia del alcohol).

El consumo de alcohol, medido con los datos registrados de ventas anuales, alcanza en promedio 8.9 litros por adulto en los países de la OCDE, con base en los datos disponibles más recientes (Figura 4.3). Austria, Estonia, la República Checa, y Lituania reportan el más alto consumo de alcohol, con 11.5 litros o más por adulto por año en 2013. Se registró un consumo de alcohol más bajo en Turquía, Israel, Indonesia e India, donde las tradiciones religiosas y culturales restringen el consumo de alcohol en algunos grupos de población.

Aunque el consumo promedio de alcohol ha decrecido gradualmente en muchos países de la OCDE desde 2000, se ha incrementado en Polonia, Suecia y Noruega, así como en Letonia, Lituania y la Federación Rusa. Sin embargo, los datos nacionales agregados no permiten identificar patrones individuales de consumo y las poblaciones en riesgo. El análisis de la OCDE basado en datos individuales muestra que el consumo de alcohol peligroso y episodios fuertes de bebida están en aumento entre la gente joven, y mujeres especialmente. Mientras que los hombres de bajo estatus socio-económico tienen más probabilidades de ser bebedores que aquellos de estatus más alto, se observa lo contrario en mujeres (OCDE, 2015). El consumo de alcohol es altamente concentrado, ya que la mayoría del alcohol es consumido por el 20% de la población que más bebe (Figura 4.4), con algunas variaciones entre países. El 20% de las personas que más alcohol ingieren en Hungría, consumen alrededor del 90% del total de consumo, y en Francia esta proporción es de aproximadamente 50%.

En 2010, la Organización Mundial de la Salud aprobó una estrategia para combatir el uso dañino del alcohol a través de medidas directas como servicios médicos para

problemas relacionados con el alcohol, e indirectas como la diseminación de información sobre el daño relacionado con el alcohol (WHO, 2010). La OCDE utilizó esto como un punto de partida para identificar un conjunto de políticas que podrían ser incluidas en una evaluación económica, y demostró que existen políticas que tienen el potencial de reducir el consumo excesivo de alcohol, regular o episódico, así como la dependencia del alcohol. Los gobiernos que intentan atacar el consumo compulsivo de alcohol y otros tipos de abuso del mismo pueden utilizar una variedad de políticas que han comprobado su efectividad, incluyendo orientación para bebedores, mayor rigor en las leyes para evitar conducir bajo los efectos del alcohol, así como incrementos en la tributación, los precios, y los reglamentos de publicidad de bebidas alcohólicas (OECD, 2015).

Definición y comparabilidad

El consumo de alcohol se define como las ventas anuales de alcohol puro en litros por persona de 15 años de edad o mayor. La metodología para encontrar el equivalente de las bebidas alcohólicas en alcohol puro, puede ser diferente entre países. Las estadísticas oficiales no incluyen el consumo de alcohol no registrado, como la producción casera. La Organización Mundial de la Salud produce estimados para consumo de alcohol no registrado.

Los estimados basados en encuestas de la cantidad de alcohol consumido por el 20% de las personas que más alcohol ingieren, dependen del análisis de los datos de las encuestas nacionales de salud más recientes para 13 países de la OCDE. La lista de encuestas se presenta en la Tabla A.1 en el Anexo A de la publicación *Tackling Harmful Alcohol Use – Economics and Public Policy* (OECD, 2015).

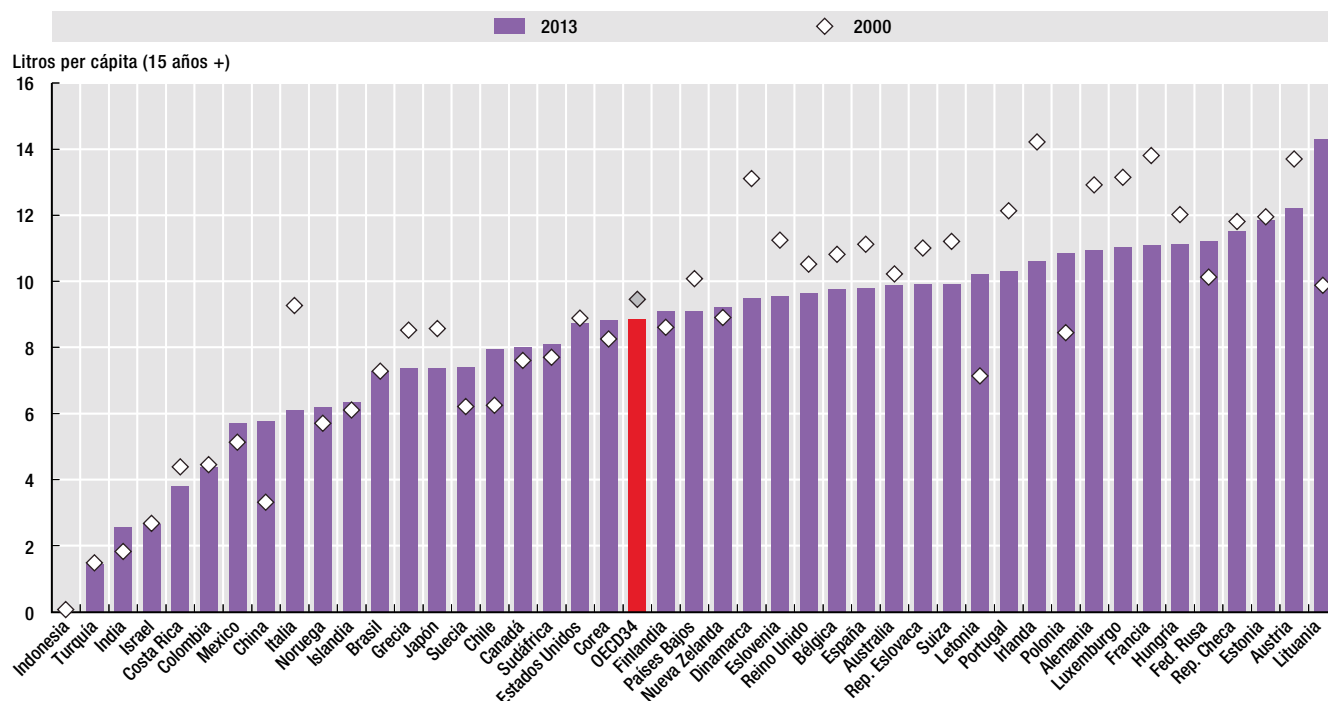
Referencias

- Bouchery, E.E. et al. (2011), "Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006", *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 41, No. 5, pp. 516-524.
- OECD (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use – Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>.
- OECD (2012), *OECD Reviews of Health Systems: Russian Federation*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264168091-en>.
- Rehm, J. et al. (2009), "Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorder", *The Lancet* Vol. 373, pp. 2223- 2233.
- WHO (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health 2014* Geneva.
- WHO (2010), *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*, Geneva.

4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Consumo de alcohol entre adultos

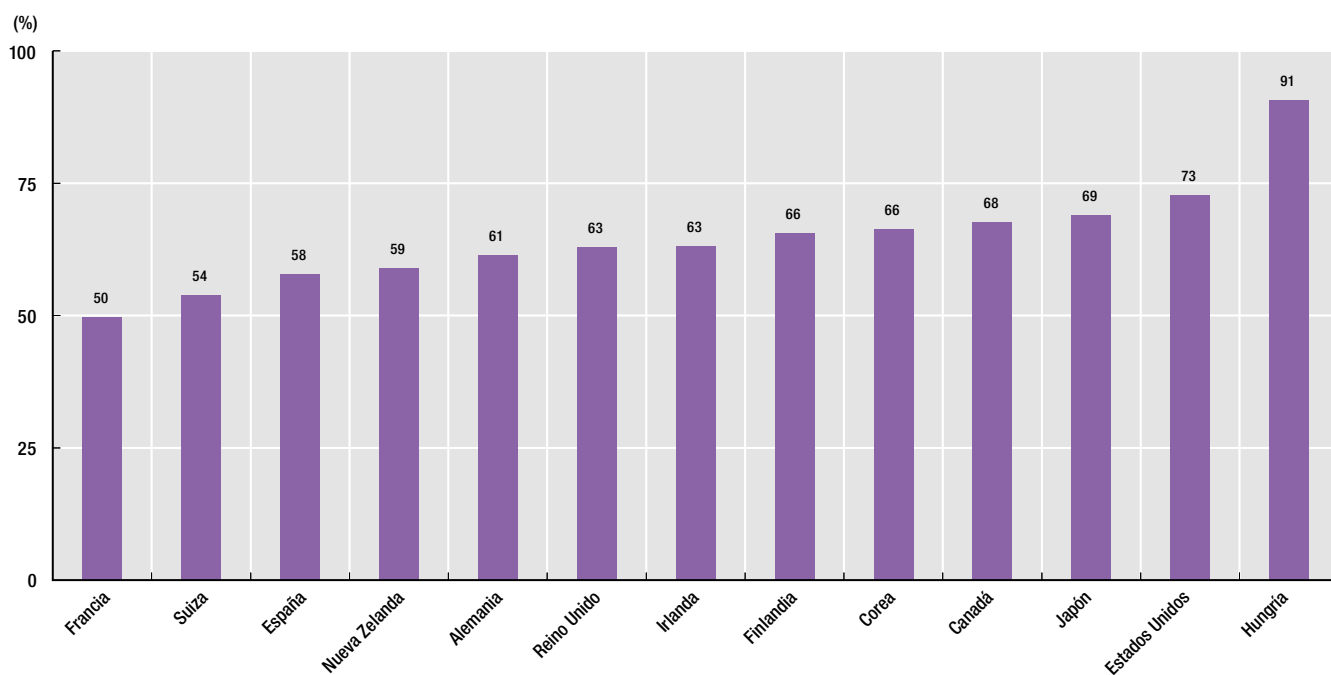
4.3. Consumo de alcohol en adultos, 2000 y 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO para países no miembros de la OCDE

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280835>

4.4. Proporción del total de alcohol consumido por el 20% de la población que más alcohol ingiere, 2012 (o año más cercano)



Fuente: OCDE (2015) Tackling Harmful Alcohol Use – Economics and Public Health Policy.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280835>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Consumo de frutas y verduras entre adultos

La nutrición es un factor determinante para la salud. El consumo insuficiente de frutas y verduras puede jugar un papel importante en el incremento del riesgo de morbilidad (Bazzano et al., 2003; Riboli and Norat, 2003). La inseguridad alimentaria, es decir, la imposibilidad de pagar suficiente comida para poder llevar una vida saludable y activa, también se asocia con efectos adversos en la salud (Seligman et al., 2010). La nutrición apropiada coadyuva en la prevención de condiciones crónicas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2, accidente vascular cerebral, algunos tipos de cáncer, desórdenes musculo-esqueléticos y diferentes condiciones de salud mental.

En las respuestas en una encuesta a la pregunta “¿Con qué frecuencia consume fruta?”, el porcentaje de adultos que señaló consumir fruta diariamente varía de aproximadamente 30% en Finlandia a 94% en Australia (Figura 4.5). En los 29 países que proporcionaron información, un promedio de 55% de hombres y 66% de mujeres mencionaron comer fruta diariamente. Las mujeres reportaron comer fruta más frecuentemente que los hombres en todos los países excepto Suiza, y las más grandes diferencias de género se presentan en Alemania, Eslovenia e Islandia (20 puntos porcentuales o más). En Australia, Grecia, México y el Reino Unido, las diferencias de género son mucho menores, de menos de 5 puntos porcentuales.

Las personas de 65 años de edad y mayores tienden a consumir más fruta que los más jóvenes, siendo el consumo más bajo aquel de las personas entre 15 y 24 años de edad. El consumo de fruta también varía según el nivel de escolaridad, siendo más alto entre las personas con más altos niveles educativos.

El consumo diario de vegetales varía de alrededor de 33% en hombres en Eslovenia a cerca de 100% en Corea, con Australia y Nueva Zelanda en aproximadamente el mismo nivel si las papas se consideran verduras (Figura 4.6). El promedio en 29 países de la OCDE fue de 61% para hombres y 70% para mujeres. Nuevamente más mujeres que hombres reportan comer verduras diariamente en todos los países, excepto Corea, Australia y México donde la diferencia en el consumo entre hombres y mujeres no es significativa. En Suecia, Suiza, Noruega, Alemania y Eslovenia, las diferencias de género sobrepasan los 16 puntos porcentuales.

Los patrones de consumo de vegetales entre grupos de edad y niveles de escolaridad son similares a los del consumo de frutas. Las personas mayores y las de más alto nivel educativo son más proclives a comer vegetales diariamente.

La disponibilidad de frutas y verduras es determinante para el consumo. A pesar de las grandes variaciones entre países, la disponibilidad de vegetales, y especialmente de frutas es mayor en países europeos del sur, mientras en Europa Central y del Este, hay mayor disponibilidad de cereales y papas. También hay mayor consumo de frutas y

verduras en hogares donde las cabezas de familia tienen más altos niveles de educación (Elmadfa, 2009).

La promoción del consumo de frutas y vegetales, especialmente en las escuelas y lugares de trabajo, aparece en la plataforma de la Unión Europea para acciones sobre dieta, actividad física y salud (European Commission, 2014).

Definición y comparabilidad

Los estimados de consumo diario de fruta y verduras se derivan de las respuestas a la Encuesta Europea de Salud y otras encuestas nacionales. Típicamente, se preguntó a los encuestados “¿Con qué frecuencia come fruta (excluyendo jugo)?” y “¿Con qué frecuencia come vegetales o ensalada (excluyendo jugo y papas)?”

Los datos para Grecia y Suiza incluyen jugos como una porción de fruta, y jugos y sopas como una porción de vegetales. Los datos para Australia, Grecia, Nueva Zelanda y el Reino Unido incluyen las papas como vegetales. Los datos consideran reportes personales, y están sujetos a error de memoria. Las mismas encuestas también solicitan información sobre edad, género y nivel educativo. Los datos no son estandarizados, y los estimados nacionales agregados representan tasas brutas de encuestados de 15 años de edad y mayores en todos los países, excepto Alemania y Australia donde son de 18 años de edad y mayores.

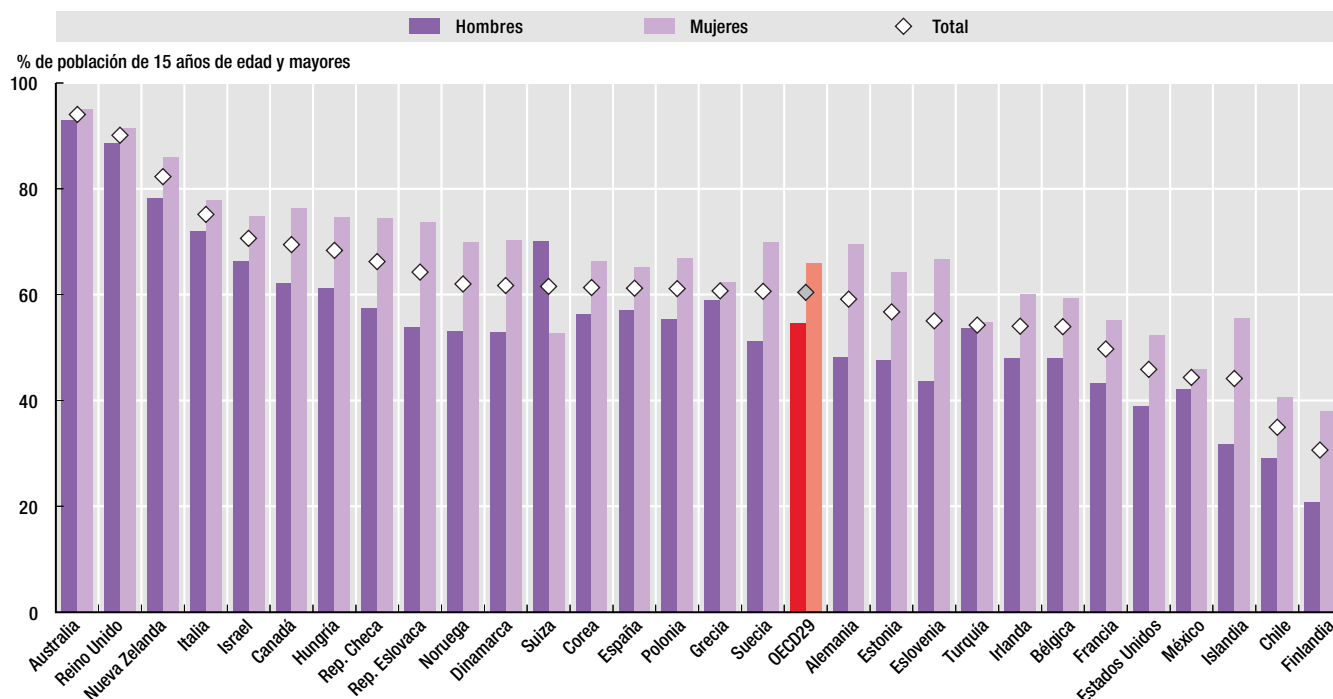
Referencias

- Bazzano, L.A., M.K. Serdula and S. Liu (2003), “Dietary Intake of Fruits and Vegetables and Risk of Cardiovascular Disease”, *Current Atherosclerosis Reports*, Vol. 5, pp. 492-499.
- Elmadfa, I. (ed.) (2009), *European Nutrition and Health Report 2009*, Basel, Switzerland.
- European Commission (2014), *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2014 Annual Report*, European Commission, Brussels.
- Riboli, E. and T. Norat (2003), “Epidemiologic Evidence of the Protective Effect of Fruit and Vegetables on Cancer Risk”, *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 78 (Suppl.), pp. 559S-569S.
- Seligman, H.K., B.A. Laraia and M.B. Kushel (2010), “Food Insecurity Is Associated with Chronic Disease among Low-income NHANES Participants”, *Journal of Nutrition*, Vol. 140, pp. 304-310.

4.DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Consumo de frutas y verduras entre adultos

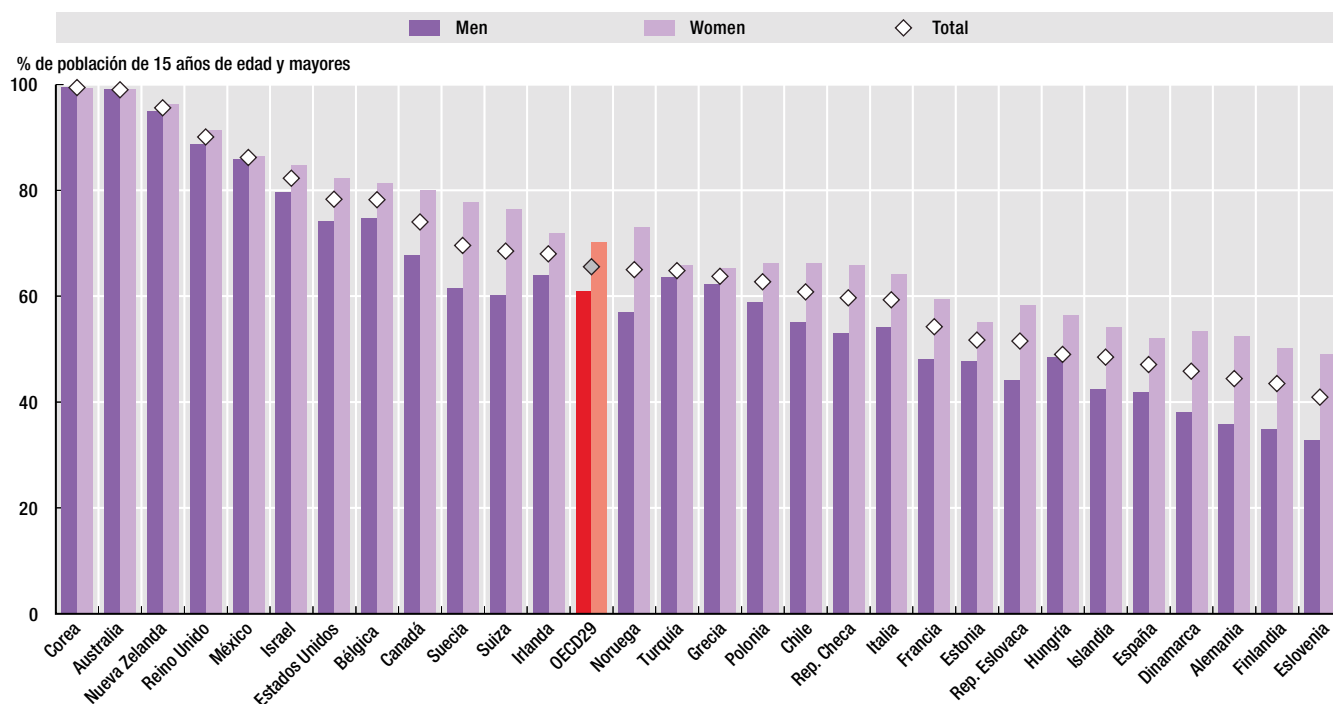
4.5. Consumo diario de fruta entre adultos, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280841>

4.6. Consumo diario de vegetales entre adultos, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280841>

4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Obesidad en adultos

Es bien sabido que la obesidad es un factor de riesgo para diferentes problemas de salud, como hipertensión, colesterol alto, diabetes, enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios (asma), enfermedades músculo-esqueléticas (artritis) y algunos tipos de cáncer. El aumento de sobrepeso y obesidad es un serio problema de salud pública que amenaza los avances conseguidos en el control de enfermedades cardiovasculares (OECD, 2015)

Las estimaciones de obesidad y sobrepeso se derivan ya sea de exámenes médicos o reportes personales, siendo los primeros los más altos y confiables. Con base en las últimas encuestas disponibles, más de la mitad (53.8%) de la población de adultos en países de la OCDE tienen sobrepeso o son obesos. En los países donde se miden la estatura y el peso (a diferencia de reportes personales), la proporción es aún mayor, de 57.5%. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos sobrepasa el 50% en 22 de 34 países de la OCDE. Contrastan las tasas de obesidad mucho menores de Japón y Corea y algunos países europeos (Francia y Suiza), aunque aún en estos países están incrementándose.

La prevalencia de obesidad, que conlleva riesgos de salud aún mayores que el sobrepeso, varía hasta seis veces entre países de la OCDE, desde un 5% en Japón y Corea, hasta más de 32% en México y los Estados Unidos (Figura 4.7). En todos los países de la OCDE, 19% de los adultos son obesos. Los índices de obesidad entre hombres y mujeres son similares en la mayoría de los países, aunque en Chile, México y Turquía, así como Colombia, la Federación Rusa y Sudáfrica, la proporción de mujeres obesas es mayor, mientras que en Eslovenia es al contrario.

La prevalencia de obesidad ha crecido en la última década en todos los países de la OCDE (Figura 4.8). En 2013, al menos uno de cada cinco adultos era obeso en doce países de la OCDE, comparado con uno en ocho una década antes. Desde 2000 los índices de obesidad han crecido un tercio en más de 14 países. Este rápido incremento tuvo lugar independientemente del nivel de los índices diez años antes. La obesidad se incrementó en alrededor de 45% en Dinamarca y Australia aun cuando la tasa actual en Dinamarca es la mitad de la de Australia.

El incremento en obesidad ha afectado a todos los grupos de población independientemente del género, edad, raza, nivel de ingreso o de educación, pero en diferentes grados. La evidencia de Canadá, el Reino Unido, Francia, Italia, México, España, Suiza y los Estados Unidos muestra que la obesidad tiende a ser más común entre grupos con bajo nivel educativo, especialmente en mujeres (OCDE, 2014). Los índices de sobrepeso y obesidad varían según el nivel socioeconómico y de educación, y estas disparidades son significativas entre mujeres, pero menos claras entre hombres (Devaux and Sassi, 2013).

Diferentes factores ambientales y de comportamiento han contribuido al incremento a largo plazo de las tasas de sobrepeso y obesidad en países industrializados, incluyendo amplia disponibilidad de alimentos altamente calóricos y largos períodos de inactividad física. Estos factores han creado ambientes generadores de obesidad, poniendo en riesgo especialmente a quienes son socialmente vulnerables.

Un número creciente de países ha adoptado políticas para prevenir la obesidad. Las diferentes políticas incluyen, por ejemplo, campañas de concientización, capacitación de profesionales de la salud, limitaciones o prohibiciones en la publicidad de alimentos poco saludables, incrementos en la tributación y restricciones en las ventas de algunos alimentos y bebidas, e información nutricional en las etiquetas de los productos. Algunas de las áreas en las que se han logrado avances son la mejora en la información a los consumidores, la disponibilidad de opciones de comida saludable, la promoción de la actividad física, y el enfoque en los grupos más vulnerables (European Commission, 2014).

Definición y comparabilidad

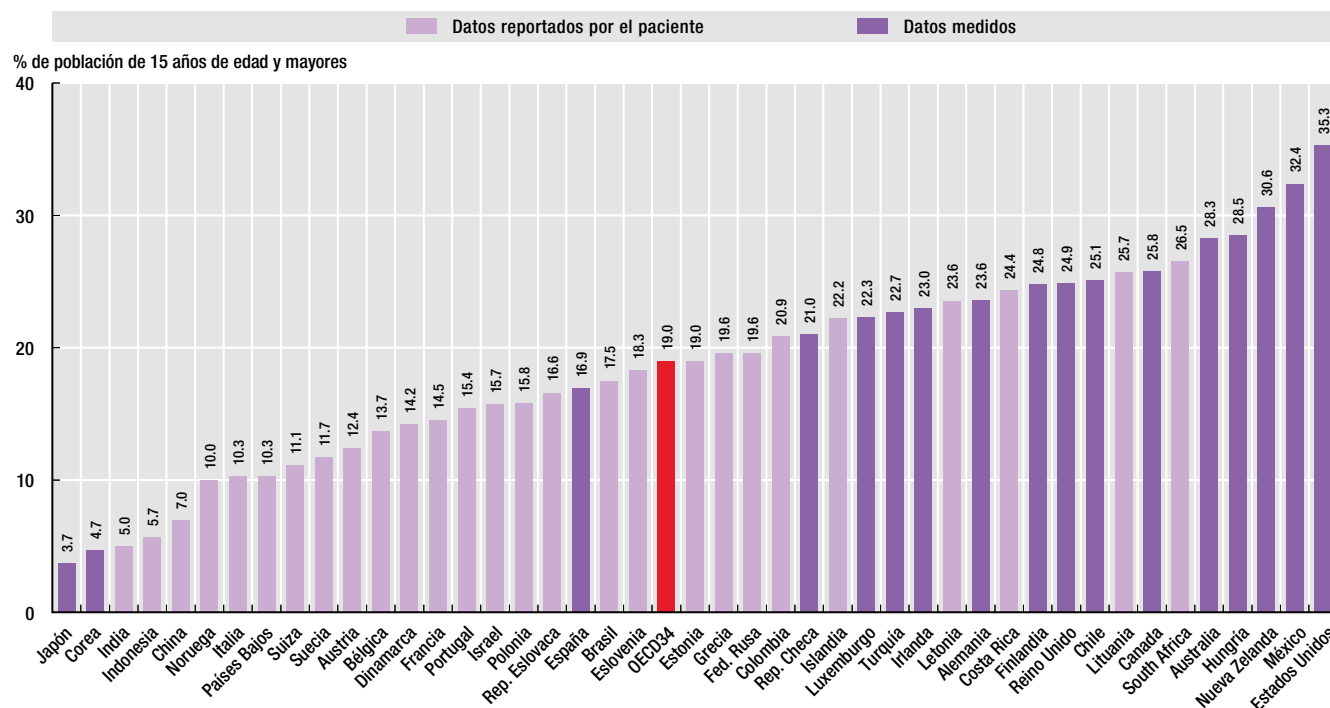
El sobrepeso y la obesidad se definen como el exceso de peso que representa riesgos para la salud debido a la proporción de grasa corporal. La medida más frecuentemente empleada se basa en el índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés), una cifra que mide el peso de un individuo en relación con la estatura ($\text{peso}/\text{estatura}^2$, con el peso medido en kilogramos y la estatura en metros). Con base en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2000), se considera que un adulto con un BMI de 25 a 30 tiene sobrepeso, y con un BMI de más de 30 se le considera obeso. Esta clasificación puede no ser apropiada para todos los grupos étnicos, que pueden tener riesgos equivalentes a niveles mayores o menores de BMI. Los umbrales para adultos no pueden ser empleados para medir sobrepeso y obesidad en niños.

En la mayoría de los países los reportes de sobrepeso y obesidad son reportes personales con estimaciones de estatura y peso en encuestas de salud. Sin embargo, alrededor de un tercio de los países de la OCDE basan sus estimaciones en exámenes médicos. Estas diferencias limitan la comparabilidad de los datos, ya que las estimaciones basadas en exámenes médicos son generalmente más altas y más confiables que las de encuestas de salud. Debe notarse que el promedio de la OCDE se basa en ambos tipos de reportes (personales y medidos), y por lo tanto puede ser subestimado.

Referencias

- Devaux, M. and F. Sassi (2013), "Social Inequalities in Obesity and Overweight in 11 OECD Countries", *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 3, pp. 464-469, Junio.
- European Commission (2014), *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2014 Reporte Anual*, Bruselas.
- 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>.
- OECD (2014), *Obesity Update*, OECD Publishing, París, Junio 2014, www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf.

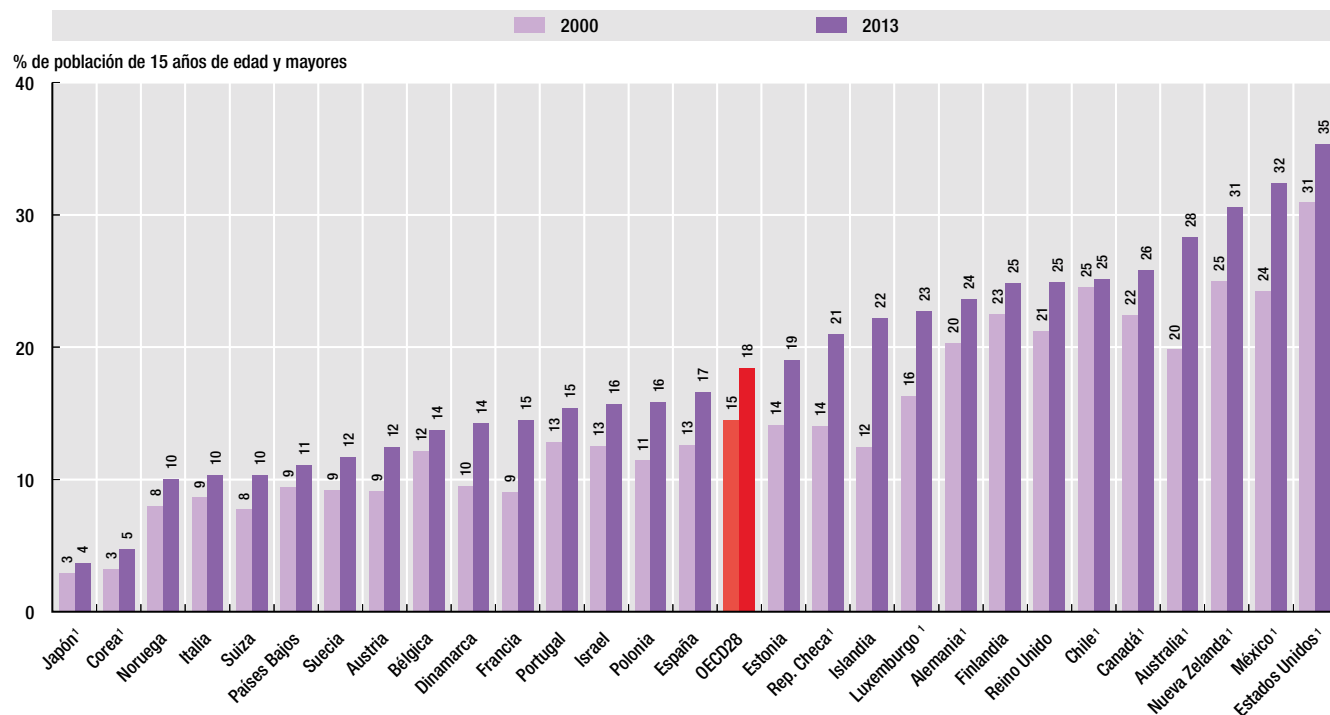
4.7. Obesidad en adultos, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280857>

4.8. Incremento en obesidad en adultos en países de la OCDE, 2000 y 2013 (o años más cercanos)



1. Los datos se basan en medidas, más que en reportes personales de estatura y peso

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280857>

4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Sobrepeso y obesidad en niños

Los niños obesos o con sobrepeso tienen mayor riesgo de problemas de salud en la adolescencia y en la edad adulta. Entre la gente joven, los problemas ortopédicos y psicosociales como la baja autoestima e imagen corporal, depresión y calidad de vida deteriorada pueden ser resultado del sobrepeso. Los problemas de exceso de peso en la infancia están asociados con un riesgo más alto de ser obeso durante la adultez, con problemas de salud como enfermedades cardiovasculares, diabetes, ciertos tipos de cáncer, artrosis, poca calidad de vida y muerte prematura (Lobstein, 2010; Currie et al., 2012).

Los índices de sobrepeso (incluyendo obesidad) basados en estatura y peso medidos (a diferencia de los reportes personales), son en promedio de alrededor de 24% para niños y 22% para niñas en los países de la OCDE, aunque diferentes países consideran medidas en diferentes grupos de edad (Figura 4.9). Los niños tienden a tener sobrepeso más frecuentemente que las niñas, y esta diferencia de género se observa más claramente en China, Dinamarca, Islandia, Corea y Polonia; mientras que, en Irlanda y Sudáfrica los índices son mayores entre niñas. En Brasil, Chile, Grecia, Italia, México, Nueva Zelanda, el Reino Unido (Inglaterra) y los Estados Unidos más de uno de cada tres niños tienen sobrepeso, alrededor de uno de cada tres en España, y una de cada tres niñas en Portugal.

La obesidad infantil se ha incrementado en las últimas décadas en todo el mundo, y parece estabilizarse en países de alto ingreso (Ng et al., 2014; Lobstein et al., 2015). Los índices de sobrepeso (incluyendo obesidad) basados en reportes personales en los países de la OCDE se incrementaron ligeramente entre 2001-02 y 2009-10 de 13% a 15% en población de 15 años de edad (Figura 4.10). Los mayores incrementos en este período se presentaron en la República Checa, Estonia, Polonia y Eslovenia, todos mayores a 5%. Se observaron reducciones significativas en la proporción de niños de 15 años de edad obesos o con sobrepeso, solamente en Dinamarca y el Reino Unido entre 2001-02 y 2009-10, aunque puede haber un sesgo a la baja por la proporción de preguntas sobre estatura y peso no respondidas.

La infancia es un período muy importante para la formación de hábitos saludables, y la mayor atención a la obesidad ha estimulado la adopción de iniciativas comunitarias en países de la OCDE en los últimos años. Diferentes estudios muestran que las intervenciones locales dirigidas a niños de hasta 12 años de edad pueden ser efectivas en la modificación de comportamientos. En las escuelas se dan oportunidades para asegurar que los niños comprendan la importancia de la buena nutrición y la actividad física, y sus beneficios. Los docentes y profesionales de la salud frecuentemente se involucran en educación sobre salud y nutrición, y las iniciativas comunitarias más frecuentes tienen como objetivo la capacitación profesional, el ambiente social y físico, así como acciones con los padres de familia (Bemelmans et al., 2011).

Definición y comparabilidad

Las estimaciones de sobrepeso y obesidad se basan en cálculos del índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés), usando exámenes médicos y reportes personales de estatura y peso, siendo probable que éstos últimos subestimen el sobrepeso y la obesidad. Se considera que un niño tiene sobrepeso o es obeso si su BMI está por encima de líneas divisorias relacionadas específicamente con la edad y el sexo (Cole et al., 2000).

Las mediciones son recolectadas por la Federación Mundial de la Obesidad (World Obesity Federation, WOF, anteriormente IASO) de diferentes estudios nacionales, exceptuando a Alemania (datos de la encuesta 2003-6 KIGGS) y Corea (datos de la encuesta KNHANES 2013). Las estimaciones se basan en encuestas nacionales con medidas de estatura y peso de niños de diferentes edades. Por lo tanto, es recomendable interpretar con cautela los índices entre países. Las definiciones de sobrepeso y obesidad entre niños pueden variar entre países, aunque cuando ha sido posible, se han usado las líneas divisorias de BMI de IOTF.

Los reportes personales son de las encuestas de Comportamiento en Materia de Salud en Niños en Edad Escolar (Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), llevadas a cabo en 2001-02 y 2009-10. Los datos son tomados de muestras escolares de 1500 niños en cada grupo de edad (11, 13 y 15 años de edad) en la mayoría de los países. Los reportes personales de estatura y peso están sujetos a error por subestimación, datos faltantes y error, y requieren de una interpretación cautelosa.

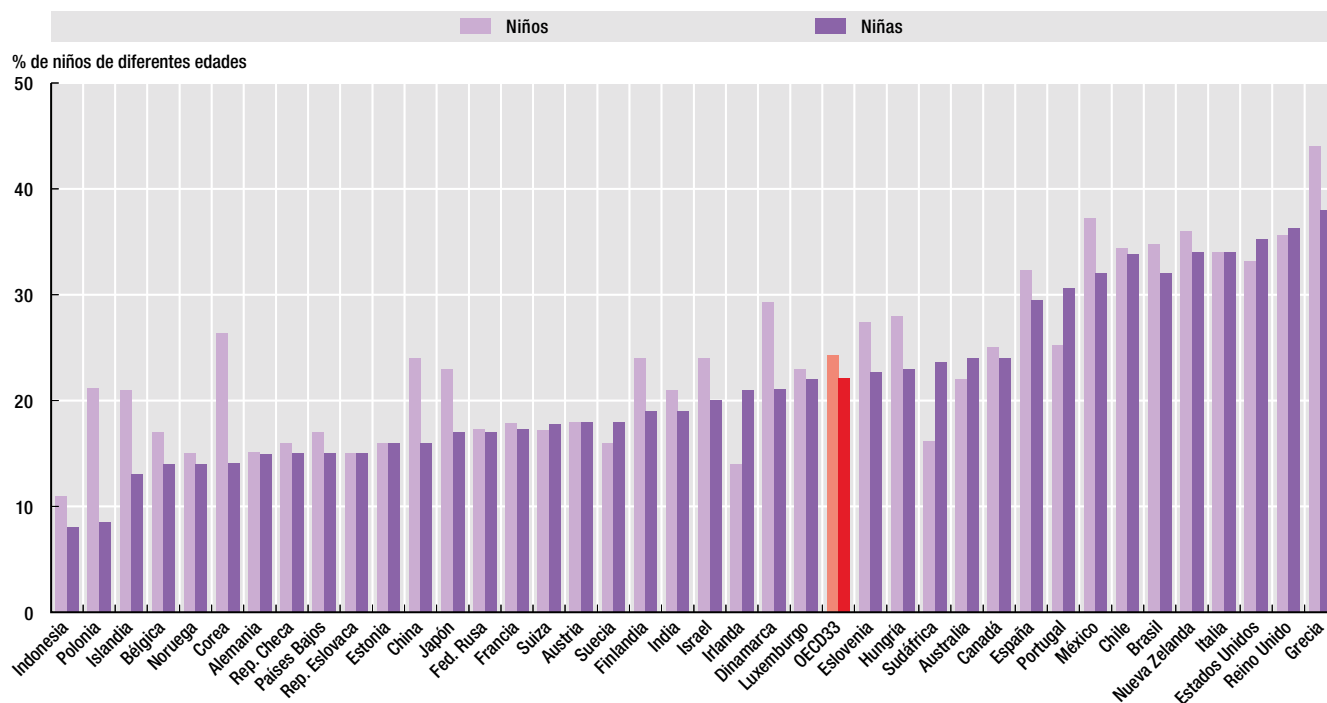
Referencias

- Bemelmans, W. et al. (2011), "Overview of 71 European Community-based initiatives against Childhood Obesity Starting between 2005 and 2011: General Characteristics and Reported Effects", *BMC Public Health*, Vol. 14, No. 758.
- Cole, T.J. et al. (2000), "Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey", *British Medical Journal*, Vol. 320, pp. 1-6.
- Currie, C. et al. (eds.) (2012), *Social Determinants of Health and Well-being Among Young People Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*, WHO Oficina Regional para Europa, Copenhagen.
- Lobstein, T. (2010), "The Size and Risks of the International Epidemic of Child Obesity", in F. Sassi (eds.), *Obesity and the Economics of Prevention: Fit Not Fat* OECD Publishing, París, pp. 107-114, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084865-en>.
- Lobstein, T. et al. (2015), "Child and Adolescent Obesity: Part of a Bigger Picture", *The Lancet*, Vol. 385, pp. 2510-2520.
- Ng, M. et al. (2014), "Global, Regional, and National Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adults during 1980-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet*, Vol. 384, No. 9945, pp. 766-781.

4. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

Sobrepeso y obesidad en niños

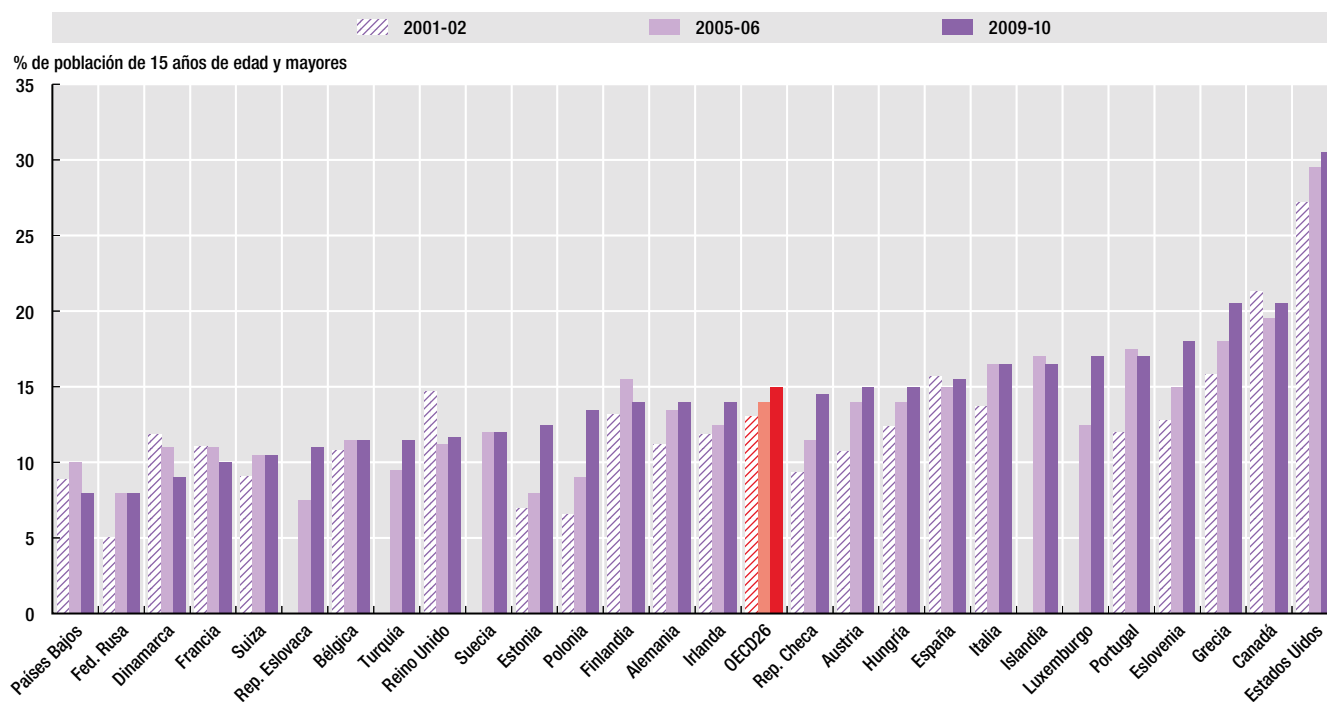
4.9. Mediciones de sobrepeso (incluyendo obesidad) entre niños, 2013 (o año más cercano)



Fuente: World Obesity Federation (2015), KIGGS (2003-06) para Alemania y KNHANES (2013) para Corea.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280866>

4.10. Cambios en reportes personales de sobrepeso entre adolescentes de 15 años de edad, 2001-02, 2005-06 y 2009-10



Fuente: Currie et al. (2004); Currie et al. (2008); Currie et al. (2012).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280866>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>





5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Médicos (número total)

Médicos por edad, sexo y categoría

Graduados de medicina

Migración internacional de médicos

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

Enfermeros

Graduados de enfermería

Migración internacional de enfermeros

Remuneración de enfermeros

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Médicos (número total)

El número de médicos per cápita varía mucho entre países de la OCDE. En 2013 Grecia tenía el número más alto (con 6.3 médicos por cada 1000 habitantes), seguida de Austria. Turquía y Chile tenían el número más bajo de los países de la OCDE, con un poco menos de dos médicos por cada 1000 habitantes. El promedio de la OCDE era apenas superior a tres médicos por cada 1000 habitantes. El número de médicos per cápita es mucho menor en algunos países socios. Había menos de un médico por cada 1000 habitantes en Indonesia, India y Sudáfrica. En China, el número de médicos per cápita es aun aproximadamente la mitad del promedio de la OCDE, aunque ha crecido significativamente desde 2000 (Figura 5.1)

Desde 2000 el número de médicos ha aumentado en casi todos los países de la OCDE tanto en números absolutos como per cápita. La tasa de crecimiento fue particularmente alta en algunos países que iniciaron con niveles inferiores en 2000 (Turquía, Corea y México), pero también en países que ya tenían un buen número de médicos como Grecia y Austria. En Grecia el número de médicos per cápita creció de manera importante entre 2000 y 2008, pero desde entonces se ha estabilizado. El número de médicos también se ha incrementado sustancialmente en Australia y el Reino Unido (Figura 5.2), principalmente por un aumento importante en el número de graduados de programas de educación en medicina (ver el indicador de graduados en medicina).

Por otra parte, el número de médicos per cápita permaneció relativamente estable entre 2000 y 2013 en Estonia, Francia, Israel y la República Eslovaca. El número de médicos en Francia se incrementó en 10%, más o menos en la misma medida que el tamaño de la población.

El número de médicos ha seguido creciendo en la mayoría de los países de la OCDE después de la recesión de 2008-09, aunque fue más pausado en algunos países como Grecia. En el Reino Unido el crecimiento no se detuvo, había 15% más médicos empleados en 2013 que en 2008 (Figura 5.2).

La proyección de la oferta y demanda de médicos en el futuro es un desafío dados los altos niveles de incertidumbre sobre su retiro y patrones de migración, y su demanda (Ono, Lafortune and Schoenstein, 2013). Un ejercicio de proyección reciente en Australia, basado en el 'statu quo' del escenario de políticas, estimó que puede haber una sobreoferta de médicos en 2017, antes de moverse a una demanda no satisfecha de 2020 a 2030. En este ejercicio de proyección se exploraron diferentes escenarios que pueden mitigar o exacerbar este desequilibrio. Si la demanda de médicos crece a un paso ligeramente menor que la proyectada debido al menor crecimiento del PIB, la escasez proyectada en la siguiente década puede desaparecer, y puede haber una ligera sobreoferta de médicos hacia 2030. Por otro lado, si existe una reducción pronunciada en el número de médicos inmigrantes, se requeriría un creciente número de graduados de medicina para cubrir cualquier brecha proyectada (Health Workforce Australia, 2014).

Muchos países han anticipado el retiro en el futuro de un número significativo de médicos al incrementar sus esfuerzos de preparación en la última década para asegurar

que habrá suficientes médicos para reemplazar a quienes se retiran. En algunos países donde los esfuerzos nacionales de capacitación aumentaron (por ejemplo, el Reino Unido y los Países Bajos), existe preocupación sobre posibles excedentes de ciertas categorías de médicos en años venideros, lo que ha conducido a recomendaciones para reducir ligeramente el ingreso de estudiantes a escuelas de medicina y programas de post-gradó para ciertas especialidades. (CfWI, 2012; ACMMP, 2014).

En muchos países la preocupación actual se centra más específicamente en la insuficiencia de médicos generales (ver el indicador de médicos por edad, sexo y categoría) o la carencia de médicos en áreas rurales y remotas (ver el indicador de distribución geográfica de médicos en el Capítulo 7).

Definición y comparabilidad

Los datos para la mayoría de los países se refieren a médicos en activo, definido como el número de médicos que atienden directamente a pacientes. En muchos países los números incluyen a los internos y residentes (médicos en capacitación). Los números se basan en cálculos reales. Los datos para Irlanda se basan en estimaciones. Algunos países también incluyen médicos en activo en el sector salud, aunque no atiendan directamente a los pacientes, lo que aumenta el número en 5-10%. Portugal reporta el número de médicos autorizados para practicar, lo que resulta en una mayor sobre-estimación del número de médicos en activo de alrededor del 30%. Bélgica y Luxemburgo establecen un umbral mínimo de actividades para considerar a un médico en activo, lo que resulta en una subestimación en comparación con otros países que no tienen umbrales mínimos. Los datos para India son probablemente sobre-estimaciones pues se basan en registros médicos que no están actualizados para tomar en cuenta migración, retiro o muerte, ni médicos registrados en diferentes estados.

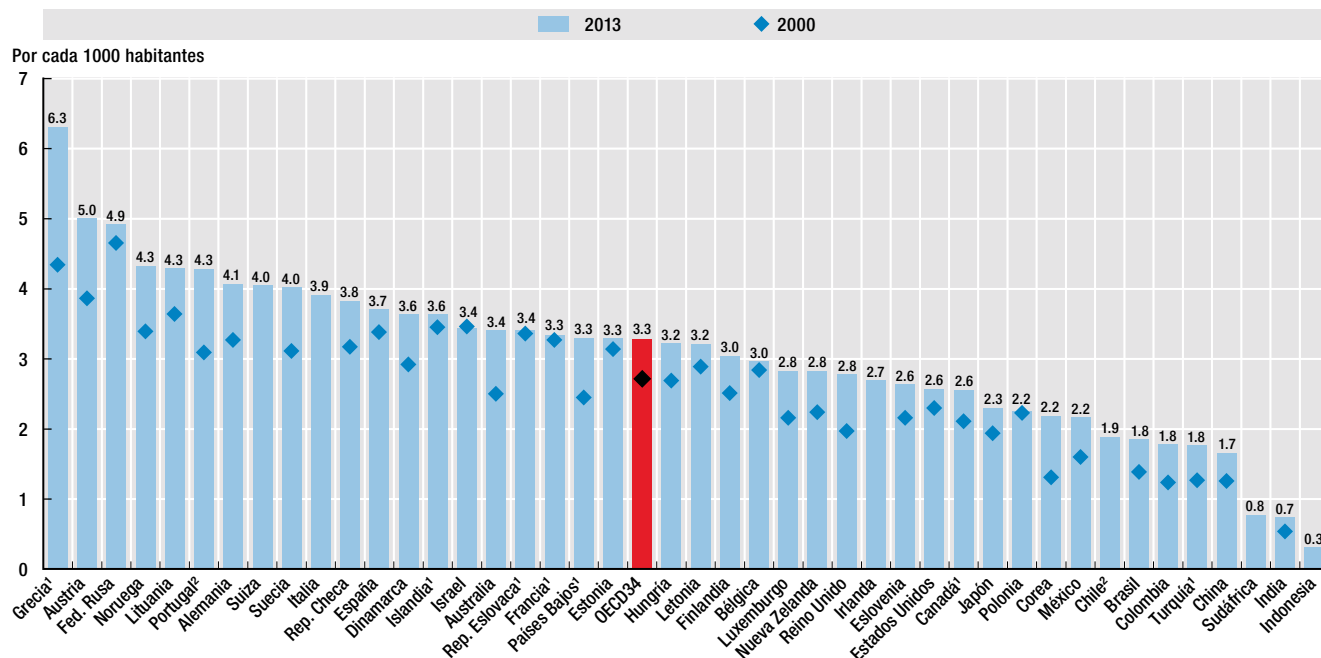
Referencias

- ACMMP (2014), The 2013 Recommendations for Medical Specialist Training, Utrecht.
- CfWI – Centre for Workforce Intelligence (2012), A Strategic Review of the Future Healthcare Workforce: Informing Medical and Dental Student Intakes Londres.
- Health Workforce Australia (2014), Australia's Future Health Workforce – Doctors Canberra.
- Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>.

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Médicos (número total)

5.1. Médicos en activo por cada 1000 habitantes, 2000 y 2013 (o año más cercano)

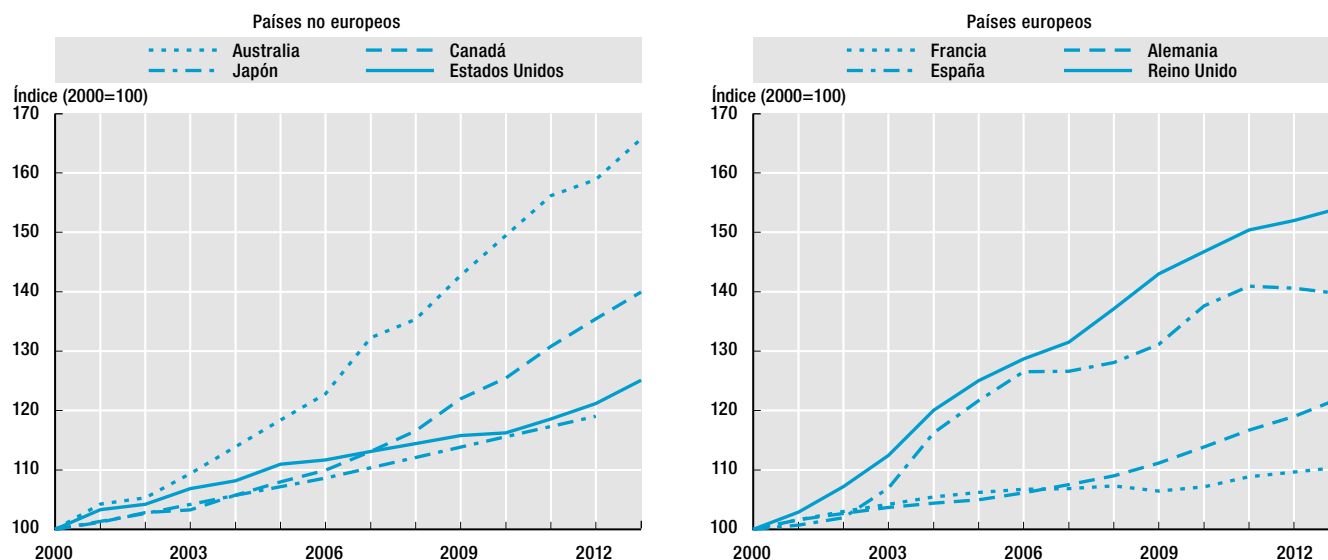


1. Los datos no solo incluyen a médicos que atienden directamente a pacientes, sino también a los que trabajan en el sector salud como directivos, profesores, investigadores, etc. (aumentando en 5-10% el número de médicos).
2. Los datos se refieren a todos los médicos con licencia para practicar (lo que resulta en una sobre-estimación de alrededor del 30% del número de médicos en activo en Portugal).

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280876>

5.2. Crecimiento del número de médicos, selección de países de la OCDE, 2000 y 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280876>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Médicos por edad, sexo y categoría

Además del número de médicos, la composición de la fuerza laboral médica por edad y sexo y la combinación de categorías también tienen implicaciones importantes en la prestación de servicios médicos. El envejecimiento de los médicos en países de la OCDE ha generado por muchos años la preocupación sobre la insuficiencia de las nuevas incorporaciones para reemplazarlos, aunque hay evidencia de que el retiro es gradual y que la edad de retiro de los médicos está aumentando (Pong, 2011). El incremento en la proporción de médicos mujeres puede afectar en términos generales la prestación de servicios de salud, pues las mujeres tienden a trabajar menos horas que los hombres, aunque parece que el tiempo de trabajo es similar entre hombres y mujeres en las nuevas generaciones de médicos. El creciente desequilibrio de privilegiar mayores grados de especialización sobre la medicina general también genera preocupación en muchos países sobre el acceso a atención primaria para toda la población.

En promedio en 2013 en todos los países de la OCDE, un tercio de todos los médicos tenían más de 55 años de edad, más de lo que solía ser una quinta parte en 2000 (Figura 5.3). Aunque que se podría esperar que estos médicos se retiren en los próximos diez años, un número creciente siguen practicando la medicina después de los 65 años de edad. En Israel e Italia casi la mitad de los médicos (49%) tenían más de 55 años de edad en 2013, pero en Israel esta alta proporción puede deberse en parte al hecho de que los números se refieren al total de médicos con licencia para practicar (y algunos podrían ya no estar en activo). En contraste, solo alrededor de 15% de los médicos en el Reino Unido y Corea tenían más de 55 años debido al gran número de graduados ingresando al servicio médico en la última década (ver el indicador de graduados de medicina).

Las reformas en pensiones, así como una posible inclinación y capacidad de muchos médicos para trabajar durante más tiempo pueden tener un impacto significativo en las necesidades de reemplazo en el futuro. Algunos países de la OCDE han reformado sus sistemas de pensiones e incrementado la edad de retiro para tomar en cuenta la mejor esperanza de vida. Aunque solo unos cuantos estudios han evaluado el impacto de estas reformas específicamente para médicos, es probable que sus vidas laborales se prolonguen más allá de los 65 años de edad en el futuro.

En promedio el 45% de los médicos en países de la OCDE en 2013 eran mujeres, incrementándose de 38% en 2000 y 29% en 1990 (Figura 5.4). Al menos la mitad del total hoy día son mujeres en 10 países. En cambio, solo una de cada cinco médicos era mujer en 2013 en Japón y Corea.

El balance entre médicos generales y especialistas ha cambiado en las últimas décadas, con un aumento mucho mayor del número de especialistas, lo que ha generado en muchos países preocupación sobre la escasez de médicos generales. En promedio en los países de la OCDE, los médicos generales representaban el 30% del total en 2013; habían más de dos especialistas por cada médico general (Figura 5.5). En países de Europa Central y del Este, así como en Grecia, los especialistas superan por mucho el número de médicos generales. Algunos países como Francia, Canadá y Australia han logrado mantener un balance entre ambas categorías.

En Irlanda y Portugal la mayoría de los médicos generales son médicos no especialistas que trabajan en hospitales u otros escenarios, no necesariamente practicando medicina general. En algunos países, como los Estados Unidos, se considera especialistas a quienes practican medicina interna, aunque esta práctica es con frecuencia similar a la de los médicos generales, provocando una subestimación de la capacidad de proporcionar cuidados generales.

En la mayoría de los países de la OCDE los especialistas tienen ingresos más altos que los médicos generales, es decir, hay incentivos financieros para que los médicos se especialicen (ver el indicador de remuneración para los médicos). En respuesta a las preocupaciones sobre la escasez de médicos generales, muchos países han tomado medidas para mejorar el número de plazas para medicina general. Por ejemplo, en Francia, alrededor del 50% de las plazas para educación médica de post-gradó están reservadas para medicina general (DREES, 2014). En Canadá, el número de plazas para educación médica de post-gradó en medicina familiar crecieron a más del doble entre 2000 y 2013, como parte de un esfuerzo nacional para fortalecer el acceso a cuidados básicos para la población (CAPER, 2015). Sin embargo, para que estas políticas de capacitación tengan efectos duraderos en la composición de la fuerza laboral médica, deben ser complementadas con otras medidas que mejoren el empleo y condiciones de remuneración de los médicos generales, para así atraer y retener un número suficiente de nuevos médicos.

Definición y comparabilidad

La definición de médicos se incluye en el indicador anterior. En algunos países las cifras incluyen a todos los médicos autorizados para ejercer, no solo los que están en activo (por ejemplo, Irlanda y Portugal). No todos los países pueden clasificar a todos sus médicos en las dos grandes categorías de especialistas y generales, lo que puede obedecer al hecho de que no hay datos disponibles por especialidad específicamente para médicos en capacitación o para quienes tienen prácticas privadas.

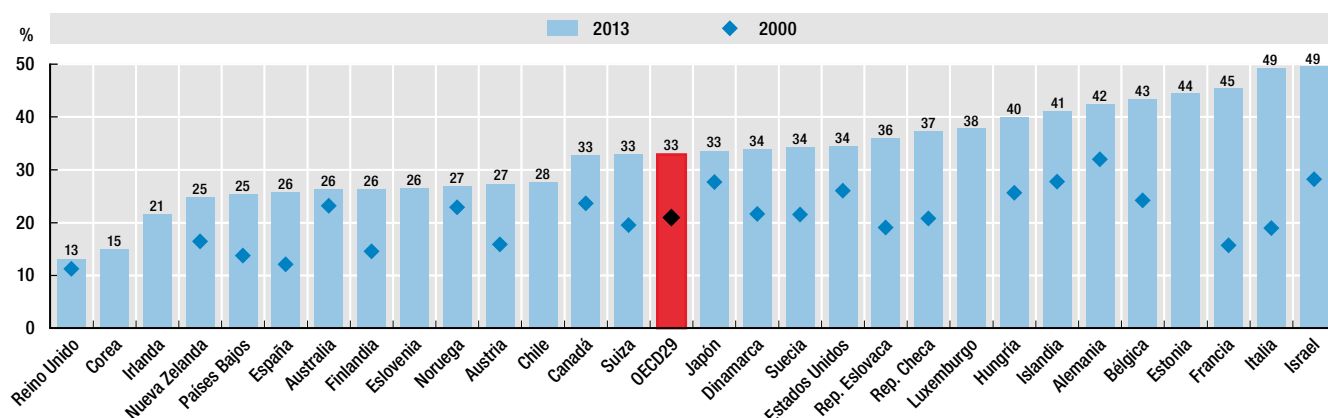
Referencias

- CAPER – Canadian Post-M.D. Education Registry (2015), Field of Post-M.D. Training by Faculty of Medicine Providing Post-M.D. Training 2013-2014, base de datos disponible: www.caper.ca.
- DREES (2014), “Les affectations des étudiants en médecine à l’issue des épreuves classantes nationales en 2013” [The allocations of medical students following national ranking exams in 2013], Études et Résultats, No. 894.
- Pong, R.W. (2011), Putting Up the Stethoscope for Good? CIHI, disponible: www.cihi.ca.

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Médicos por edad, sexo y categoría

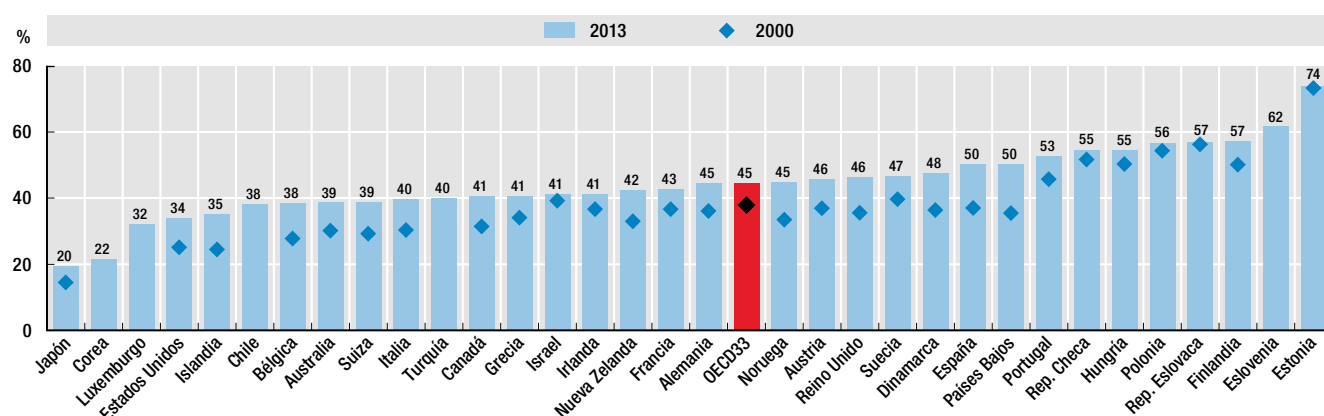
5.3. Proporción de médicos de 55 años de edad y mayores, 2000 y 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280883>

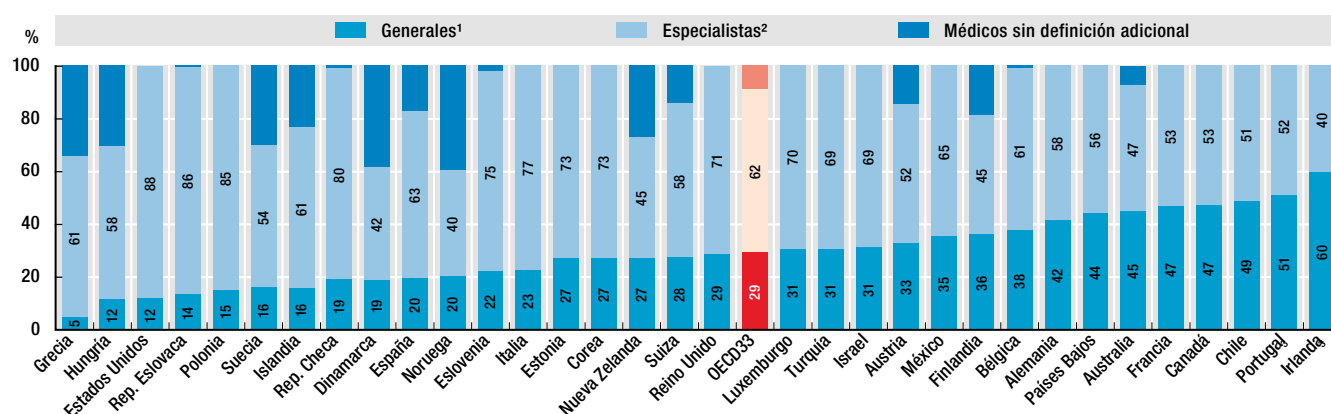
5.4. Proporción de médicos mujeres, 2000 y 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280883>

5.5. Médicos generales y especialistas como proporción del total, 2013 (o año más cercano)



1. Los médicos generales incluyen médicos familiares y otros practicantes de medicina sin especialidad.

2. Los especialistas incluyen pediatras, gineco-obstetras, psiquiatras, y otros especialistas en medicina y cirugía.

3. En Irlanda y Portugal la mayoría de los médicos generales no son médicos familiares, sino médicos sin especialidad trabajando en hospitales y otros escenarios. En Portugal hay algunos cálculos duplicados de médicos con más de una especialidad.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280883>

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Graduados de medicina

El número de graduados de medicina en un año determinado refleja en buena medida las decisiones tomadas por los gobiernos en años anteriores sobre el número de estudiantes admitidos en escuelas de medicina (las llamadas políticas de *numerus clausus*). Desde 2000 la mayoría de los países de la OCDE ha incrementado el número de estudiantes admitidos en facultades de medicina en respuesta a la preocupación por la actual o futura escasez de médicos (OECD, próxima publicación), pero siguen existiendo grandes variaciones entre países.

En 2013 en los países de la OCDE, había en promedio 12 graduados de medicina por cada 100 000 habitantes (Figura 5.6). Irlanda tenía la mayor proporción, e Israel y Japón el menor número de graduados de medicina en relación con su población. En Irlanda el número de graduados de medicina creció de manera importante en 2013 debido al menos en parte a la apertura de nuevos Programas de Acceso para Graduados unos años antes, permitiendo que los estudiantes con diplomas de licenciatura en otras disciplinas obtuvieran un grado en medicina en solo cuatro años. En Israel, el bajo número de graduados de medicina nacionales se compensa con el gran número de médicos formados en el extranjero. Alrededor de uno de cada tres médicos formados en el extranjero en Israel nacieron en ese país, pero estudiaron fuera antes de regresar. La situación es muy diferente en Japón, donde muy pocos médicos se forman en el extranjero. Desde 2008 el gobierno japonés decidió incrementar la matrícula en escuelas de medicina en respuesta a la escasez actual y proyectada de médicos, con el objeto de tener un mayor número de graduados en años por venir.

Tras la expansión de la política de *numerus clausus* en la mayoría de los países en los últimos quince años, el número de graduados de medicina se ha incrementado, aunque en proporciones diferentes (Figura 5.7). En Australia, el número de graduados de medicina creció dos y media veces entre 2000 y 2013. La mayor parte de este crecimiento refleja un aumento en el número de estudiantes nacionales, pero también un número mayor de estudiantes internacionales en las escuelas de medicina australianas.

En el Reino Unido el número de graduados de medicina se duplicó entre 2000 y 2013, lo que refleja un esfuerzo de incrementar la provisión doméstica y depender menos de médicos formados en el extranjero. La mayor parte del aumento de la matrícula en escuelas de medicina ocurrió entre 2000 y 2004. En 2013, el número de graduados se redujo ligeramente por primera vez, así como el número de estudiantes admitidos en escuelas de medicina, por una reducción del 2% en admisiones basada en una sobre-oferta de médicos en los años venideros (Department of Health, 2012).

En Francia, el número de graduados de medicina se ha incrementado de forma sostenida desde 2006 tras un aumento en la *numerus clausus* entre 2000 y 2006. Sin embargo, el número de graduados deberá estabilizarse en el futuro cercano, ya que las cuotas de admisión se han mantenido estables en los últimos años.

En los Estados Unidos el aumento en la matrícula de escuelas de medicina ocurrió un

poco más tarde que en otros países, principalmente después de 2005 de modo que el número de graduados ha empezado a aumentar recientemente. Además del crecimiento del número de graduados de medicina de universidades estadounidenses, también ha aumentado el número de estudiantes que se forman en el extranjero (notablemente en países del Caribe), con la intención de volver para completar estudios de post-grad y prácticas en los Estados Unidos. Se espera que este fenómeno genere presión adicional para incrementar el número de plazas de residencia, para que tanto los graduados nacionales como los formados en el extranjero completen su educación de post-grad.

En los países nórdicos ha habido un incremento relativamente estable en el número de graduados de medicina, con un crecimiento de alrededor de 50% en Finlandia y Noruega entre 2000 y 2013. Muchos estudiantes noruegos también se preparan en el extranjero, notablemente en Alemania, Polonia y Hungría, con la intención de volver para ejercer en su país.

También ha habido un aumento importante del número de graduados de medicina en la República Checa, Hungría y Polonia. Este marcado incremento puede explicarse en parte por el número creciente de estudiantes que eligen estos países para sus estudios en el extranjero. En años recientes, alrededor del 30% de los graduados de medicina en la República Checa son estudiantes internacionales.

Esta creciente internacionalización de la educación médica, combinada con la migración internacional de médicos ya capacitados hace todavía más difícil para los gobiernos establecer sus propias políticas de *numerus clausus*, ya que éstas pueden ser afectadas por las que otros países a su vez adopten (OECD, próxima publicación).

Definición y comparabilidad

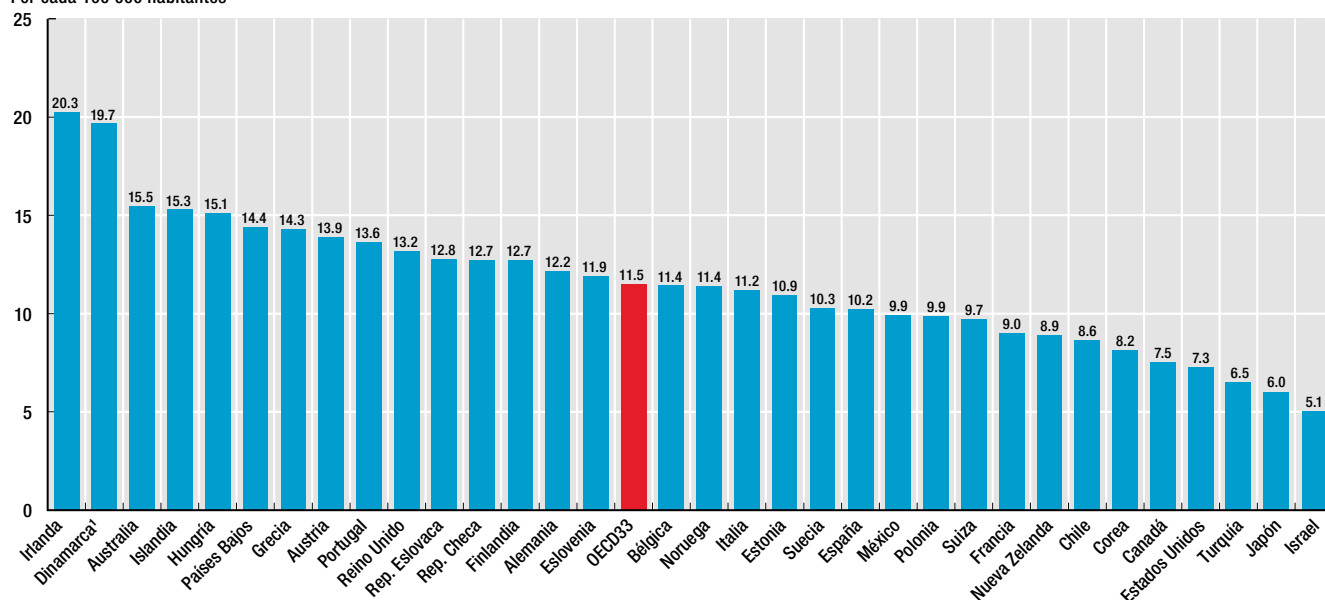
Se define como graduados de medicina al número de estudiantes que se han graduado de escuelas de medicina en un año dado. Los datos para Australia y el Reino Unido excluyen a graduados extranjeros, mientras que otros países los incluyen. En Dinamarca, las cifras se refieren al número de nuevos médicos que reciben autorización para ejercer, lo que puede resultar en una sobre-estimación si se incluye a médicos formados en el extranjero.

Referencias

- Department of Health (2012), "The Health and Education National Strategic Exchange – Review of Medical and Dental School Intakes in England", Gobierno de Reino Unido.
- OECD (forthcoming), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (preliminary title), OECD Publishing, París.

5.6. Graduados de medicina, 2013 (o año más cercano)

Por cada 100 000 habitantes

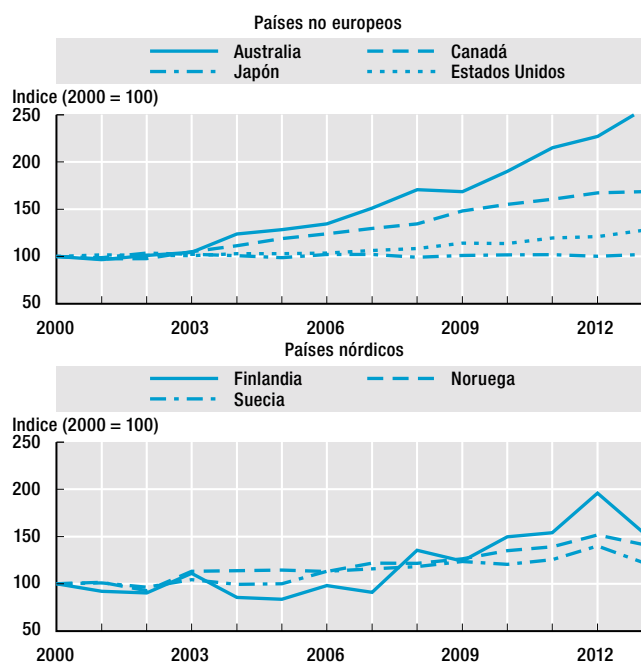
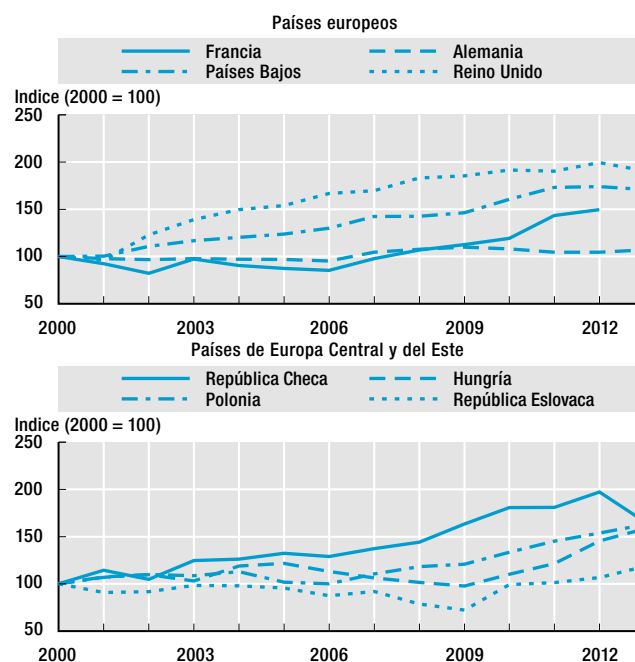


1. En Dinamarca, las cifras se refieren al número de nuevos médicos que reciben autorización para ejercer, lo que puede resultar en una sobre-estimación si se incluye a médicos formados en el extranjero.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280892>

5.7. Crecimiento del número de graduados de medicina, selección de países de la OCDE, 2000



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280892>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

Migración internacional de médicos

La migración internacional de médicos y otros trabajadores dedicados a la salud no es un fenómeno nuevo, pero ha atraído mucha atención en años recientes debido a la preocupación de que pueda exacerbar la escasez de profesionales de la salud capacitados en ciertos países, particularmente algunos países en desarrollo que están sufriendo carencias críticas en la fuerza laboral. El Código Global de Prácticas de Reclutamiento de Personal para la Salud (Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel), adoptado por la World Health Assembly en mayo de 2010, fue diseñado para responder a estas preocupaciones. Es un instrumento que permite a los países promover prácticas éticas de reclutamiento de personal para la salud, alentándolos a alcanzar mayor “auto-suficiencia” en la capacitación de trabajadores dedicados a la salud, al tiempo que reconoce el derecho básico de cualquier persona de migrar.

Existen diferencias significativas entre países de la OCDE en la proporción de médicos formados en el extranjero. En 2013 esta proporción fluctuó de menos de 3% en Turquía, Polonia, Estonia, los Países Bajos y la República Checa, a más de 40% en Israel y Nueva Zelanda (Figura 5.8). La alta proporción de médicos formados en el extranjero en Israel refleja no solo la importancia de la inmigración en este país, sino también el hecho de que un gran número de licencias son otorgadas a personas nacidas en Israel, pero capacitadas en el extranjero (un tercio en 2013). Noruega, Irlanda y Australia también tienen altos índices de médicos capacitados en el extranjero, aunque en Noruega alrededor de 50% son personas que nacieron en el país, pero hicieron estudios de medicina en el extranjero. La proporción de médicos formados en el extranjero en el Reino Unido, Suiza, los Estados Unidos, Suecia y Canadá, varía entre 23 y 30%. El número y proporción de médicos formados en el extranjero se ha incrementado en muchos países de la OCDE desde 2000 (Figura 5.9), contribuyendo a un aumento general en el número y la densidad de médicos. En los Estados Unidos y el Reino Unido la proporción se ha mantenido relativamente estable a lo largo del tiempo, pero el número absoluto de médicos formados en el extranjero ha seguido creciendo más o menos en la misma medida que el número de médicos capacitados en el país (OECD, próxima publicación). En Suecia se ha experimentado un fuerte incremento en el número y proporción de médicos formados en el extranjero, la mayoría en Alemania, Polonia e Iraq. Estas cifras también han aumentado en Francia y Alemania, aunque en menor medida. En Francia el incremento se debe en parte a una mayor acreditación de los estudios de médicos formados en el extranjero que ya estaban trabajando en el país, así como el flujo de médicos de nuevos miembros de la Unión Europea, notablemente Rumania.

En números absolutos, los Estados Unidos tienen por mucho el número mayor de médicos formados en el extranjero, con más de 200 000 en 2013. Les sigue el Reino Unido con más de 48 000 en 2014. La composición de los flujos de migración por país de origen depende de varios factores que incluyen: i) la importancia de los lazos migratorios; ii) el idioma; y iii) la acreditación de estudios. La Figura 5.10 ilustra la distribución de países donde se forman los estudiantes que llegan a los dos principales países receptores de la OCDE, los Estados Unidos y el Reino Unido.

Cerca del 50% de los médicos formados en el extranjero en los Estados Unidos vienen de países asiáticos, siendo los médicos provenientes de la India por mucho el mayor número, seguidos por Filipinas y Pakistán. Más del 10% de los médicos se formaron en las islas del Caribe, pero en muchos casos se trata de estudiantes americanos que estudiaron fuera y volvieron a los Estados Unidos a completar estudios de post-gradó y práctica. La mayoría de los médicos formados en el extranjero en el Reino Unido también vinieron de países asiáticos, con India a la cabeza por un amplio margen, aunque un creciente número de médicos formados en el extranjero en el Reino Unido vienen de otros países de la Unión Europea.

Si países más pequeños en África, Asia o Europa Central o del Este pierden aún un pequeño número de médicos en términos absolutos, puede haber un impacto considerable en sus sistemas de salud. Existe cada vez mayor conciencia de que los países de la OCDE debieran evitar reclutar activamente de países que sufren serias carencias de médicos.

Definición y comparabilidad

Las cifras se refieren a los médicos formados en el extranjero que trabajan en países de la OCDE, en términos de existencias totales. La base de datos de salud de la OCDE también incluye información sobre los flujos anuales para la mayoría de los países mostrados, así como por país de origen. Las fuentes de información en la mayoría de los países son registros profesionales u otras fuentes administrativas.

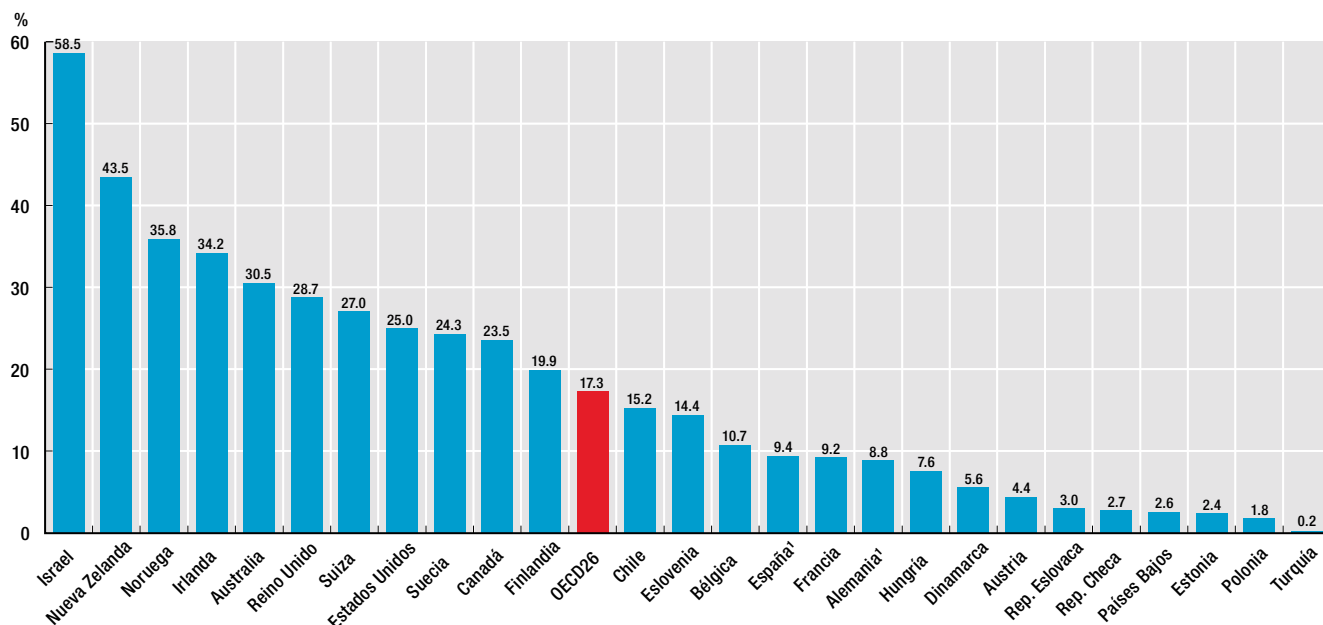
La principal limitación de comparabilidad se relaciona con las diferencias en el estado de actividad de los médicos. Algunos registros se actualizan regularmente, lo que permite distinguir a los médicos en activo en los sistemas de salud, mientras que otras fuentes incluyen a todos los médicos con autorización para ejercer, independientemente de si lo hacen o no. Con éstos últimos hay una tendencia a sobre-estimar no solo el número de médicos formados en el extranjero sino también el número total de médicos (incluyendo los formados en el país), por lo que el impacto de la proporción no es claro. Las fuentes de información en algunos países incluyen internos y residentes, y no así en otros. Como los médicos formados en el extranjero frecuentemente están sobre-representados 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 (por ejemplo, Francia, Hungría, Polonia y Suiza).

Los datos para Alemania y España se basan en nacionalidad (o lugar de nacimiento en el caso de España), no en el lugar de formación.

Referencias

OECD (forthcoming), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (preliminary title), Capítulo “Changing patterns in the international migration of doctors and nurses”, OECD Publishing, París.

5.8. Proporción de médicos formados en el extranjero en países de la OCDE, 2013 (o año más cercano)

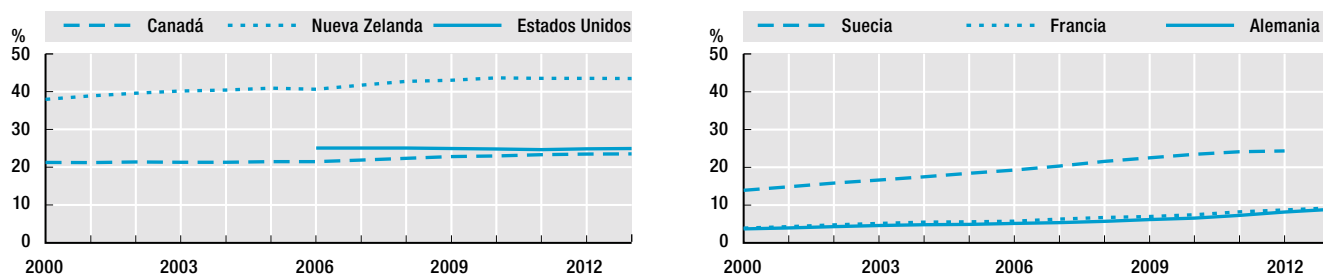


1. En Alemania y España los datos se basan en nacionalidad (o lugar de nacimiento en España), no en el lugar de formación.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280906>

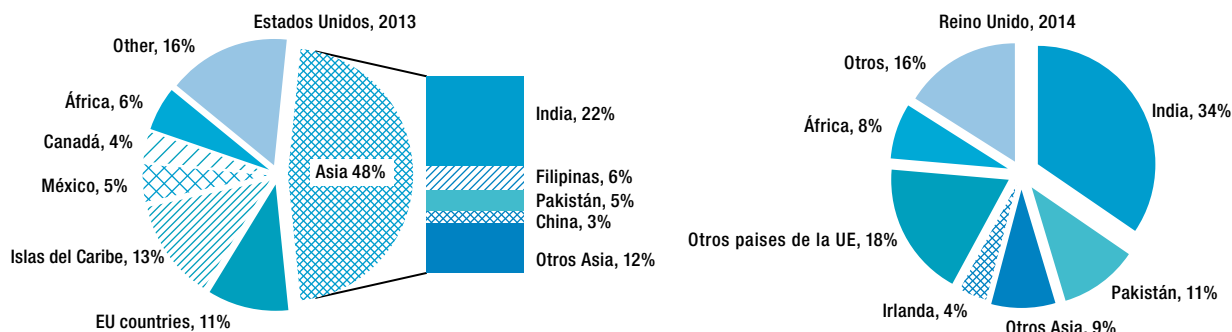
5.9. Crecimiento de la proporción de médicos formados en el extranjero, selección de países de la OCDE, 2000 a 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280906>

5.10. Principales países de capacitación de médicos formados en el extranjero, Estados Unidos y Reino Unido



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280906>

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

El nivel de remuneración para diferentes categorías de médicos ha tenido un impacto en el atractivo financiero de diferentes especialidades médicas. En muchos países los gobiernos tienen influencia sobre el nivel y estructura de la remuneración de los médicos al ser uno de sus principales empleadores o usuario de sus servicios, o bien regulando sus honorarios.

La información sobre remuneración de médicos de la OCDE hace una diferencia entre médicos asalariados e independientes, aunque en algunos países esta distinción se desvanece gradualmente ya que algunos médicos asalariados pueden tener una práctica privada, y algunos independientes pueden recibir parte de su remuneración por salario. También se hace una distinción entre médicos generales y todas las especialidades médicas combinadas, aun cuando puede haber grandes variaciones en el ingreso de diferentes especialidades.

Como es de esperarse, la remuneración de los médicos (tanto generales como especialistas) es mucho mayor que la del trabajador promedio en todos los países de la OCDE (Figura 5.11). Los médicos generales independientes en Australia ganaron alrededor de dos veces el salario promedio en 2013 (aunque esto es una subestimación pues incluye la remuneración de médicos en capacitación), mientras que en Austria, Canadá, Dinamarca, los Países Bajos, Luxemburgo y el Reino Unido, los médicos generales independientes ganaron alrededor de tres veces el salario promedio en cada país.

En la mayoría de los países, los médicos generales ganan menos que los especialistas, y en muchos casos ganan mucho menos. En Canadá y los Países Bajos, los especialistas independientes ganaron aproximadamente 4.5 veces el salario promedio en 2013; en Alemania alrededor de cinco veces y en Bélgica y Luxemburgo ganaron más de seis veces el salario promedio (aunque en Bélgica su remuneración incluye los gastos de consulta, por lo que es una sobre-estimación). En Francia, los especialistas independientes ganaron casi cuatro veces el salario promedio, comparado con un poco más de dos veces para especialistas asalariados y médicos generales independientes. La brecha de ingresos entre médicos generales y especialistas es particularmente amplia en Bélgica y los Países Bajos.

En muchos países de la OCDE la brecha de ingreso entre médicos generales y especialistas ha seguido acrecentándose en la última década, lo que reduce el atractivo financiero de la práctica médica general (Figura 5.12). Desde 2005 la remuneración de los especialistas ha crecido más rápidamente que la de los médicos generales en Canadá, Finlandia, Francia, Hungría, Islandia, Israel, Luxemburgo y México. Por otro lado, en Austria, Bélgica y los Países Bajos la brecha se ha reducido ligeramente ya que el ingreso de los médicos generales creció más rápidamente que el de los especialistas.

En muchos países de la OCDE la crisis económica que empezó en 2008-09 tuvo un impacto significativo en la remuneración de los médicos y otros trabajadores dedicados a la salud. Varios países europeos afectados severamente por la recesión congelaron o eliminaron al menos temporalmente los salarios y honorarios de médicos en un esfuerzo por reducir costos mientras se protegía el acceso al servicio para la población.

Este ha sido el caso en países como Estonia, Francia, Irlanda, Italia y Eslovenia, donde los médicos vieron su remuneración decrecer en términos nominales durante algunos años después de la crisis. Sin embargo, más recientemente, la remuneración de los médicos y otros trabajadores dedicados a la salud ha empezado a recuperarse (OECD, próxima publicación).

Definición y comparabilidad

La remuneración de médicos se refiere al ingreso anual bruto, incluyendo contribuciones a la seguridad social e impuestos a pagar por el empleado. Normalmente debería excluir los gastos de consulta para médicos independientes.

Existen varias limitaciones en los datos que contribuyen a una subestimación de los niveles de remuneración en algunos países: 1) pagos por tiempo extra, bonos, otros ingresos suplementarios o contribuciones de la seguridad social se excluyen en algunos países (Austria, Irlanda e Italia para especialistas asalariados); 2) en algunos otros, los ingresos por práctica privada de médicos asalariados no están incluidos (por ejemplo, en la República Checa, Hungría, Islandia, Irlanda y Eslovenia); 3) pagos informales que pueden ser comunes en algunos países no están incluidos (por ejemplo, Grecia y Hungría); 4) las cifras corresponden únicamente a empleados del sector público, que tienden a ganar menos que quienes trabajan en el sector privado en Chile, Dinamarca, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Noruega, la República Eslovaca y el Reino Unido; y 5) los especialistas en capacitación están incluidos en Australia, la República Checa y el Reino Unido.

La información para algunos países incluye empleados de medio tiempo, mientras que en otros se refiere solo a médicos de tiempo completo.

En Bélgica las cifras para médicos independientes incluyen gastos de consulta, lo que resulta en una sobre-estimación.

El ingreso de los médicos se compara con el salario promedio de empleados de tiempo completo en todos los sectores en el país. Esta información se obtiene de la OECD Labour Force Statistics Database.

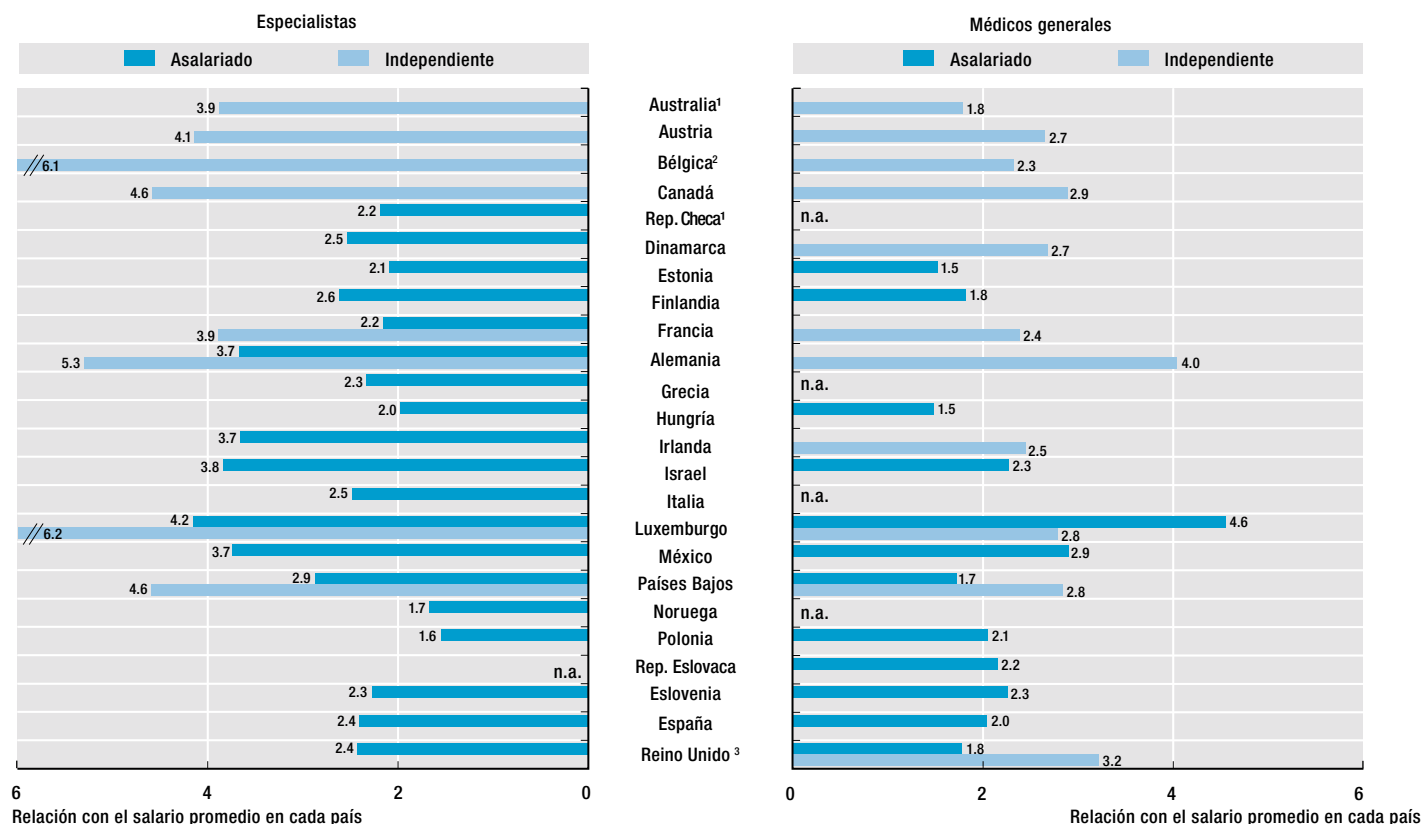
Referencia

OECD (forthcoming). Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (preliminary title), Chapter on "Trends in health labour markets following the economic crisis and current policy priorities to address health workforce issues", OECD Publishing, París.

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

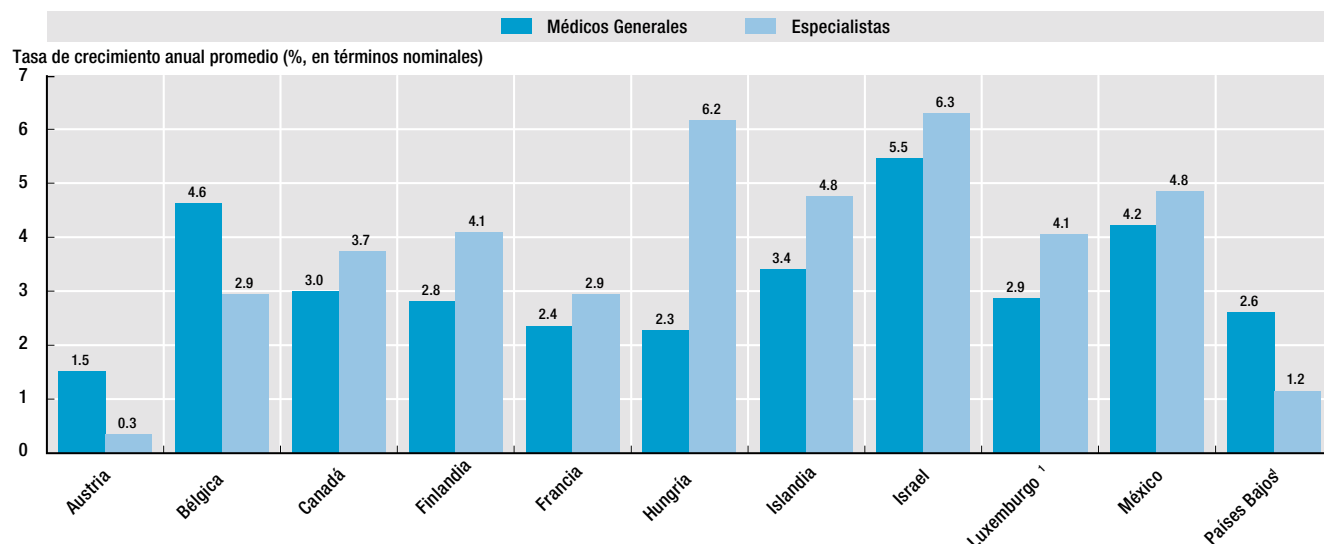
5.11. Remuneración de médicos, relación con el salario promedio, 2013 (o año más cercano)



1. Se incluyen los médicos en capacitación (lo que resulta en una subestimación).
 2. Se incluyen los gastos de consulta (lo que resulta en una sobre-estimación).
 3. Se incluyen los especialistas en capacitación (lo que resulta en una subestimación).
- Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280919>

5.12. Crecimiento de la remuneración de médicos generales y especialistas, 2005-2013 (o año más cercano)



1. La tasa de crecimiento para los Países Bajos y Luxemburgo es para médicos generales independientes y especialistas.
- Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280919>

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Enfermeros

El número de enfermeros supera por mucho el de médicos en la mayoría de los países de la OCDE. Los enfermeros juegan un papel crítico en la prestación de servicios de salud no solo en escenarios tradicionales, como hospitales e instituciones de cuidados de largo plazo, sino también cada vez más en cuidados básicos (especialmente con quienes padecen enfermedades crónicas) y cuidados en el hogar.

En muchos países hay preocupación sobre la escasez actual y futura de enfermeros, puesto que se espera que crezca la demanda a medida que la población envejece y se retira la actual generación “baby boom” (nacidos entre 1946 y 1964) de enfermeros. Esta preocupación ha originado acciones en muchos países para aumentar la capacitación de nuevos enfermeros (ver el indicador de graduados de enfermería), combinadas con esfuerzos para también aumentar la retención de enfermeros en la profesión. Ésta se ha incrementado en muchos países en años recientes, ya sea por el impacto de la crisis económica que ha causado que muchos enfermeros permanezcan o vuelvan a la profesión, o por los esfuerzos deliberados de mejorar sus condiciones de trabajo (OECD, próxima publicación).

En promedio en 2013 había alrededor de 9 enfermeros por cada 1 000 habitantes en los países de la OCDE, a diferencia de menos de 8 en 2000, de modo que el número de enfermeros ha aumentado tanto en términos absolutos como per cápita (Figura 5.13). En 2013 Suiza, Noruega, Dinamarca, Islandia y Finlandia tenían el número de enfermeros per cápita más alto, con más de 14 por cada 1 000 habitantes. El número más bajo de enfermeros per cápita lo tenían Turquía (con menos de 2 enfermeros por cada 1 000 habitantes), México y Grecia (con entre 2 y 4 enfermeros por cada 1 000 habitantes). En cuanto a países socios, el número de enfermeros per cápita era en general bajo comparado con el promedio de la OCDE. En 2013 Colombia, Indonesia, Sudáfrica, India y Brasil tenían menos de 1.5 enfermeros por cada 1 000 habitantes, aunque las cifras han crecido rápidamente en años recientes en Brasil. El número de enfermeros per cápita se incrementó en casi todos los países de la OCDE desde 2000. Este fue también el caso en países que ya tenían una alta densidad de enfermeros en 2000, como Suiza, Noruega y Dinamarca, pero también en Corea, Portugal y Francia que solían tener una densidad relativamente baja de enfermeros y ahora se acercan al promedio de la OCDE (en el caso de Corea y Portugal), o lo han sobrepasado (en el caso de Francia). El número de enfermeros per cápita disminuyó entre 2000 y 2013 en Israel, pues el tamaño de la población creció más rápidamente que el número de enfermeros. También decreció en la República Eslovaca, tanto en términos absolutos como per cápita.

En 2013 había en promedio alrededor de tres enfermeros por cada médico en los países de la OCDE, con reportes de dos a cuatro enfermeros por médico en aproximadamente la mitad de países (Figura 5.14). La proporción más alta de enfermeros por médico estaba en Finlandia, Japón, Irlanda y

Dinamarca (con al menos 4.5 enfermeros por médico). La más baja estaba en Grecia (con solo aproximadamente 0.5 enfermeros por médico), Turquía y México (con solo aproximadamente un enfermero por médico).

En respuesta a la escasez de médicos y para asegurar acceso apropiado a servicios de salud, algunos países han desarrollado roles más avanzados para los enfermeros. Las evaluaciones de practicantes de enfermería de los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido muestran que la práctica avanzada de enfermería puede mejorar el acceso a los servicios de salud y reducir tiempos de espera, con la misma calidad de cuidado para una variedad de pacientes, incluyendo aquellos con condiciones menores y los que requieren seguimiento de rutina. Las evaluaciones existentes muestran un alto índice de satisfacción de los pacientes con un costo igual o menor. La implantación de nuevos roles avanzados para enfermeros puede requerir cambios en la legislación y reglamentación para eliminar cualquier barrera al alcance de su práctica (Delamare and Lafortune, 2010).

Definición y comparabilidad

El número de enfermeros incluye al personal empleado en el sector público y privado proporcionando servicios directamente a los pacientes (“practicando”) y en algunos casos a quienes se desempeñan como personal administrativo, en educación o investigación.

En aquellos países donde hay diferentes niveles de enfermeros, los datos incluyen tanto a las “profesionales” que tienen un nivel más alto de escolaridad y desempeñan labores de más alto nivel, como a los que tienen un nivel menor de escolaridad, pero están acreditados y registrados como enfermeros. Las parteras, así como ayudantes de enfermería que no están reconocidos como enfermeros normalmente deberían ser excluidos. Sin embargo, alrededor de la mitad de los países de la OCDE incluyen a las parteras pues se les considera enfermeros especialistas.

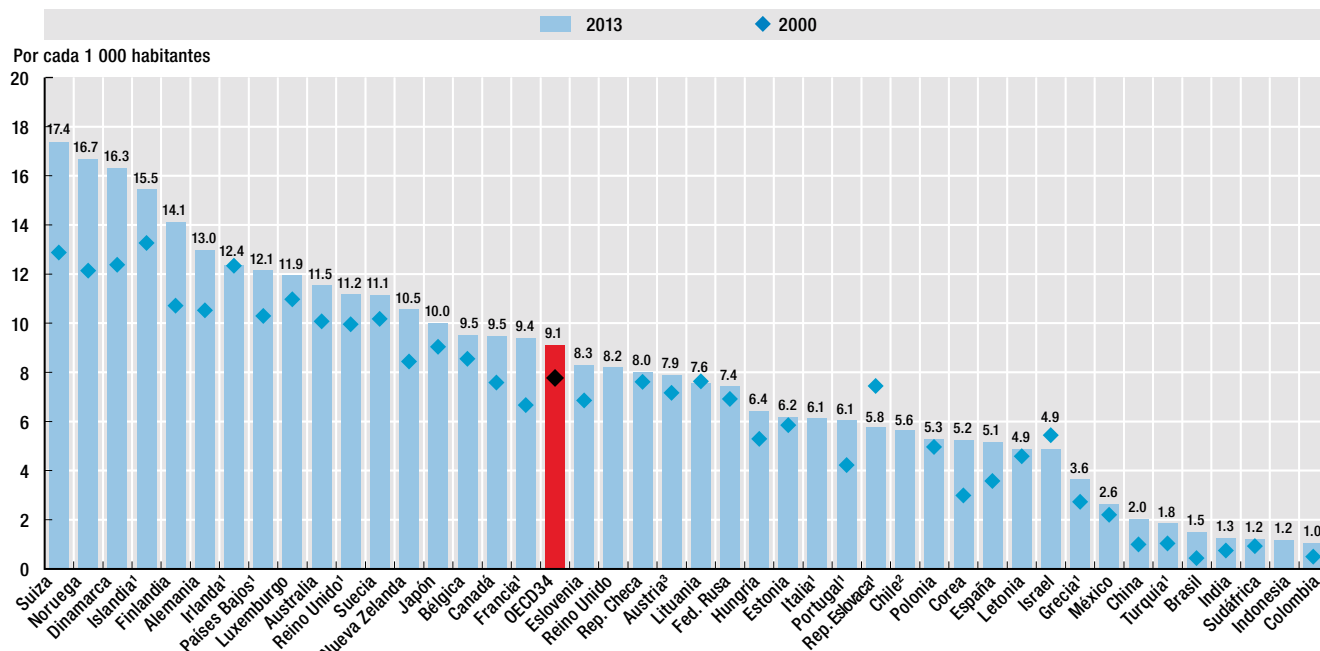
Austria reporta solamente enfermeros que trabajan en un hospital, lo que resulta en una subestimación.

Referencias

Delamare, M.-L. and G. Lafortune (2010), “Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries”, OECD Health Working Paper, No. 54, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.

OECD (forthcoming), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (preliminary title), OECD Publishing, París.

5.13. Practicantes de enfermería por cada 1 000 habitantes, 2000 y 2013 (o año más cercano)

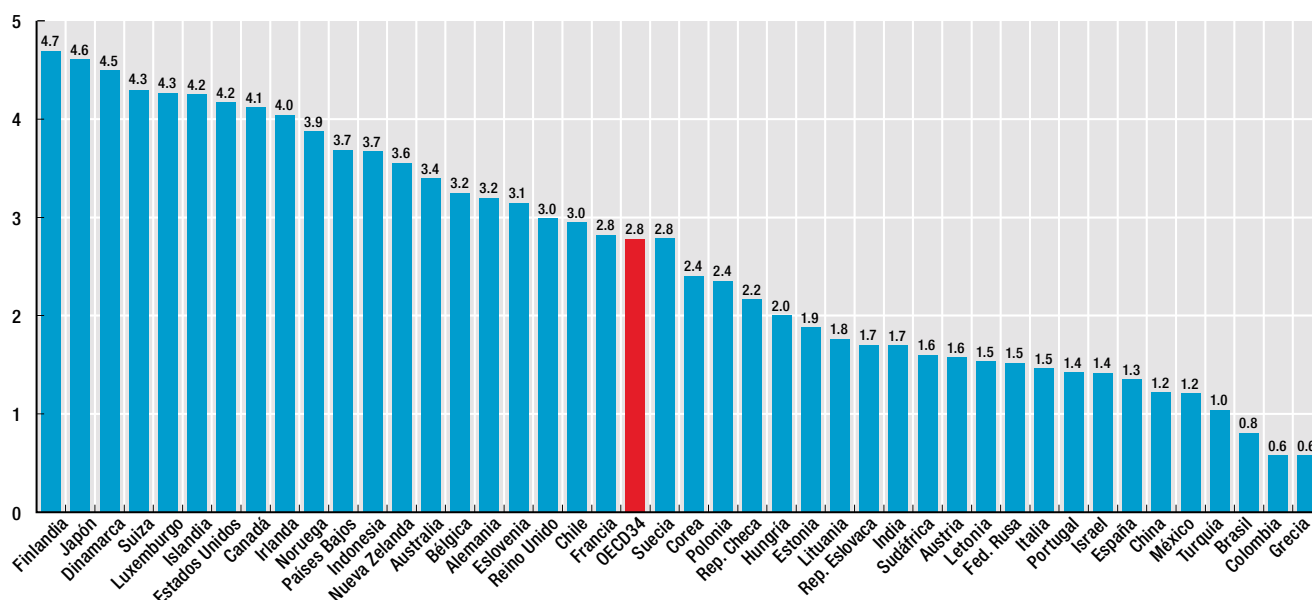


1. Los datos incluyen no solo enfermeros atendiendo directamente a los pacientes, también a quienes se desempeñan como personal administrativo, en educación, investigación, etc.
2. Las cifras de Chile se refieren a todas las enfermeras con licencia para practicar (menos de un tercio son enfermeras profesionales con un grado universitario).
3. Austria reporta únicamente a enfermeros empleados en hospitales.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280929>

5.14. Proporción de enfermeros por médico, 2013 (o año más cercano)



Nota: Para aquellos países que no han proporcionado información para enfermeros y/o médicos en activo, las cifras se refieren al mismo concepto ("activo profesionalmente" o "con autorización para practicar") tanto para enfermeros como para médicos, por razones de consistencia.

La proporción en Portugal es una subestimación pues el número de médicos incluye solamente a quienes tienen autorización para practicar.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280929>

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Graduados de enfermería

Muchos países de la OCDE han tomado medidas en la última década para aumentar el número de estudiantes admitidos en escuelas de enfermería, en respuesta a su preocupación por la escasez actual o futura de enfermeros (OECD, próxima publicación). Sin embargo, hay grandes contrastes entre países en los esfuerzos de capacitación de nuevos enfermeros, lo que se puede explicar por las diferencias en las cifras actuales y la estructura de edad de la fuerza laboral de enfermería (y por lo tanto las necesidades de reemplazo), la capacidad de las escuelas de enfermería de recibir más alumnos y las posibilidades de empleo en el futuro.

En 2013 había en promedio casi 50 graduados de enfermería por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE, a diferencia de 40 en 2003. Corea y Dinamarca tenían el mayor número de nuevos graduados de enfermería en relación con su población, con más de 90 por cada 100 000 habitantes. México, Luxemburgo y la República Checa tenían el número menor, con menos de 15 graduados por cada 100 000 habitantes (Figura 5.15).

Durante la última década, el número de graduados de enfermería se ha incrementado en todos los países de la OCDE, pero en diferentes proporciones (Figura 5.16). En los Estados Unidos, después de una marcada disminución en la admisión de estudiantes durante los años 90, el número de alumnos admitidos en escuelas de enfermería se empezó a incrementar fuertemente a principios de los años 2000, en respuesta a la preocupación sobre una potencialmente sustancial escasez de enfermeros en los años por venir. Entre 2003 y 2013, el número de graduados de enfermería se incrementó en 70% (de 119 000 a 200 000 por año desde 2010). Dado este incremento en las cifras de admisión y graduación, las más recientes proyecciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos estima que puede haber una sobre oferta de enfermeros registradas y autorizadas para practicar en los Estados Unidos hacia 2025, si las admisiones e índices de retención permanecen en su nivel actual (Health and Human Services, 2014).

En Francia el número de graduados de escuelas de enfermería también se incrementó de manera importante en la última década, en 50% en general entre 2003 y 2013. La política *numerus clausus* adoptada por el Ministerio de Salud Francés para controlar la admisión en programas de enfermería, aumentó ésta fuertemente desde 1999, con un crecimiento de casi 70% en las plazas (de alrededor de 18 400 en 1999 a más de 31 000 en 2013). La mayor parte del crecimiento ocurrió en el año escolar 2000-2001 cuando la cuota anual se incrementó en 43% debido a una disminución proyectada en la disponibilidad de enfermeros por la reducción de la jornada laboral a 35 horas por semana, así como a una preocupación general sobre el retiro anticipado de un gran número de enfermeros.

En Alemania ha habido un incremento importante en el número de graduados de enfermería en años recientes, debido al menos en parte a la mayor oferta de programas de capacitación acreditados en diferentes universidades, además de los programas tradicionalmente ofrecidos en escuelas vocacionales de enfermería (Cassier-Woidasky, 2013).

El incremento en el número de graduados de enfermería ha sido mucho más modesto en Japón y Noruega. En Japón aumentó solo en 13% entre 2003 y 2013, aunque llegó a más en 2014. En Noruega la lentitud del incremento puede explicarse por la significativa proporción de estudiantes que eligen estudiar enfermería en el extranjero, y volver a su país a trabajar (ver el indicador de migración internacional de enfermeros).

Definición y comparabilidad

El término graduados de enfermería se refiere al número de estudiantes que han obtenido un grado reconocido de estudios con autorización o registro. Incluye a graduados de programas de nivel superior y vocacional y excluye a graduados de programas de maestría y doctorado en enfermería para evitar el doble conteo de enfermeros que consiguen grados superiores.

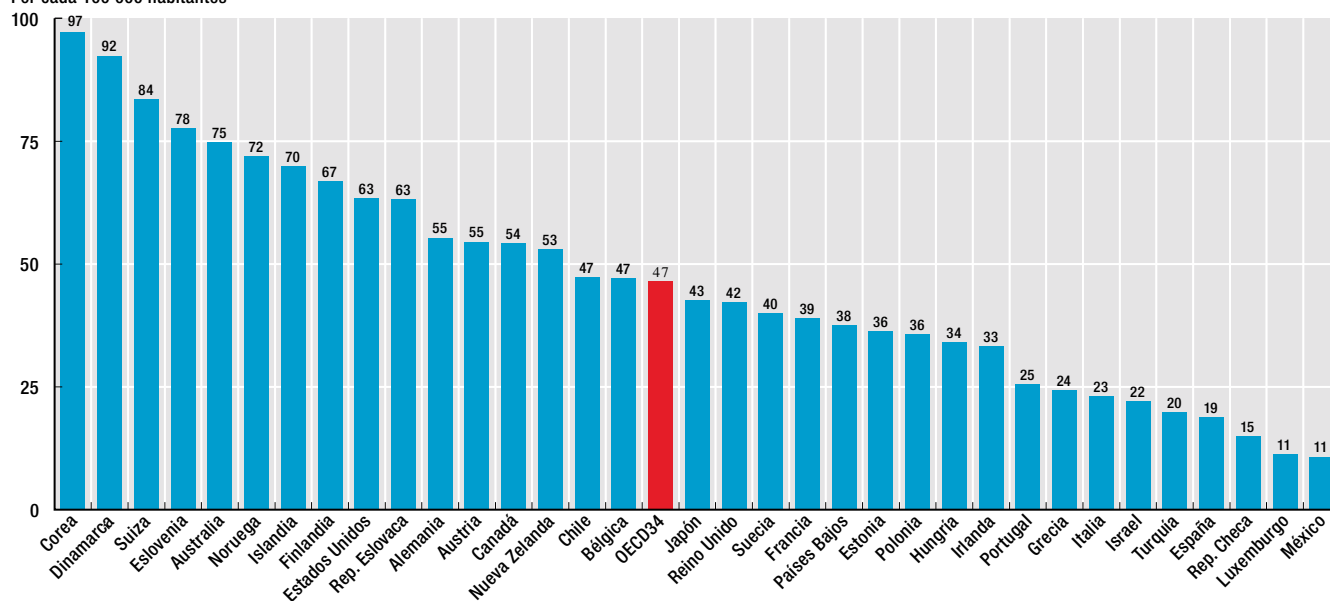
Las cifras para Dinamarca y el Reino Unido se basan en el número de nuevas enfermeros que obtienen autorización para ejercer.

Referencias

- Cassier-Woidasky, A.-K. (2013), *Nursing Education in Germany – Challenges and Obstacles in Professionalisation*, DHBW, Stuttgart.
- Health and Human Services (2014), “The Future of the Nursing Workforce: National- and State-level Projections, 2012-2025”, US Department of Health and Human Resources, Rockville, Maryland, Estados Unidos.
- OECD (forthcoming), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (preliminary title), Capítulo “Changes in education and training capacities for doctors and nurses: What’s happening with *numerus clausus* policies?”, OECD Publishing, París.

5.15. Graduados de enfermería, 2013 (o año más cercano)

Por cada 100 000 habitantes

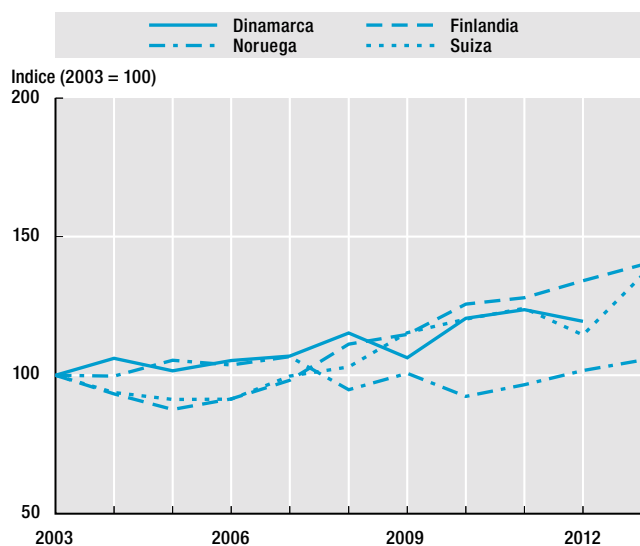
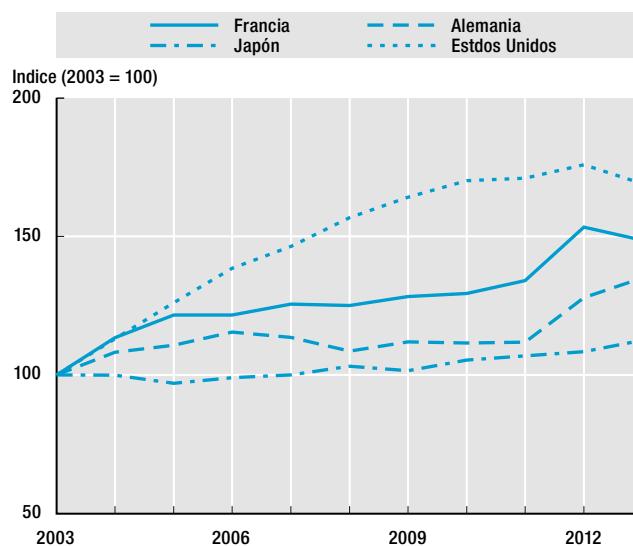


1. En Dinamarca, las cifras se refieren al número de nuevos enfermeros que reciben autorización para ejercer, lo que puede resultar en una sobre-estimación si se incluye a enfermeros formados en el extranjero.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280939>

5.16. Crecimiento del número de graduados de enfermería, selección de países de la OCDE, 2003 a 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280939>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

Migración internacional de enfermeros

En casi todos los países de la OCDE la proporción de enfermeros formados en el extranjero es mucho menor que la de médicos. Sin embargo, dado que el número total de enfermeros es normalmente mucho mayor que el de médicos, el número absoluto de enfermeros formados en el extranjero tiende a ser mayor que el de médicos. (OECD, próxima publicación).

El número y proporción de enfermeros formados en el extranjero trabajando en sistemas de salud varía enormemente entre países de la OCDE (Figura 5.17). Mientras que casi no hay enfermeros formados en el extranjero trabajando en países como Estonia, Turquía, Eslovenia y los Países Bajos, son casi el 25% de la fuerza laboral en Nueva Zelanda y entre el 10 y el 20% en Suiza, Australia, el Reino Unido e Israel. La proporción de enfermeros formados en el extranjero también sobrepasa el 5% en Noruega, Canadá, los Estados Unidos, Alemania e Italia. En números absolutos, Estados Unidos tiene por mucho el mayor número de enfermeros formados en el extranjero (con casi 250 000 en 2013), seguido por el Reino Unido (86 000 en 2014) y Alemania (70 000 en 2010, último año disponible).

El número y proporción de enfermeros formados en el extranjero ha crecido en los últimos diez años en varios países de la OCDE, incluyendo Nueva Zelanda, Australia, Canadá e Italia (Figura 5.18). En Italia, el aumento en la inmigración de enfermeros formados en el extranjero desde 2000 fue impulsado por la llegada de cantidades de enfermeros capacitadas en Rumania, que suman hoy día casi la mitad de los enfermeros formados en el extranjero (Figura 5.19). La migración de enfermeros rumanos a Italia precedió la entrada de Rumania a la Unión Europea en 2007, pero ha continuado desde entonces.

En 2014 en el Reino Unido, casi la mitad de todos los enfermeros formados en el extranjero provenía de países asiáticos, principalmente Filipinas (26%) e India (19%), pero un número creciente viene de otros países de la Unión Europea como España, Portugal, Rumania y Polonia. En 2014, más de 5 600 enfermeros formados en España trabajaban en el Reino Unido, y había también más de 4 000 enfermeros capacitados en Portugal y Rumania y más de 2500 preparados en Polonia.

En otros países de la Unión Europea, como Francia y Bélgica el porcentaje de enfermeros formados en el extranjero sigue siendo bajo en comparación con el Reino Unido, pero las cifras han aumentado rápidamente. El número de enfermeros formados en el extranjero creció a más del doble en Francia entre 2000 y 2013. Alrededor de la mitad de éstos recibieron su diploma en Bélgica (en muchos casos, ciudadanos franceses que fueron a estudiar a Bélgica y

volvieron), pero también ha habido un importante crecimiento en el número de enfermeros capacitados en Portugal (con más de 1 100 en 2013 contra menos de 100 en 2008) y en España (con más de 1 600 en 2013 contra 1 100 en 2008). En Bélgica ha habido un fuerte incremento en el número de enfermeros preparadas en Rumania (sobrepasando 1 000 en 2014 contra 150 en 2008), Portugal (con cerca de 500 en 2014, contra solo 10 en 2008) y en menor medida en España (con casi 300 en 2014 contra alrededor de 50 en 2008).

En 2014 más de 6 500 enfermeros capacitados en Portugal y más de 9 200 formados en España estaban trabajando en otros países de la Unión Europea, la mayoría de ellos en el Reino Unido.

Definición y comparabilidad

La información sobre enfermeros formados en el extranjero que trabajan en países de la OCDE está medida en términos de la disponibilidad total. La base de datos de salud de la OCDE también incluye información de los flujos anuales para la mayoría de los países que aquí se muestran, así como por país de origen. Las fuentes de información en la mayoría de los países son registros profesionales u otras fuentes administrativas.

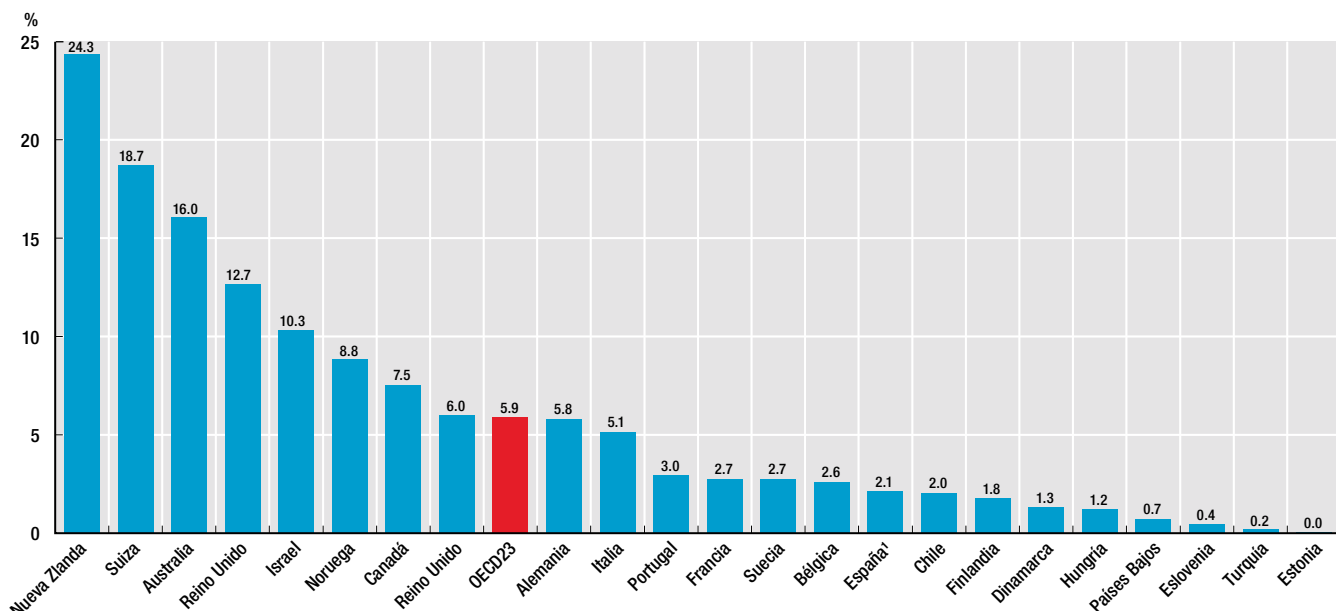
La principal limitación de comparabilidad se relaciona con diferencias en el tipo de actividad de las enfermeros. Algunos registros son actualizados regularmente, haciendo posible distinguir a los enfermeros en activo en sistemas de salud, mientras que otras fuentes incluyen a todas las personas autorizadas para ejercer, independientemente de si lo hacen o no. Este hecho crea una tendencia a sobreestimar tanto el número de enfermeros formados en el extranjero, como el número total de enfermeros (incluyendo a los capacitados en el país), por lo que el impacto en la proporción no es claro.

La información para algunas regiones en España se basa en nacionalidad o lugar de nacimiento, no el lugar de formación.

Referencias

OECD (forthcoming). Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (preliminary title), Capítulo "Changing patterns in the international migration of doctors and nurses", OECD Publishing, París.

5.17. Proporción de enfermeros formados en el extranjero en países de la OCDE, 2013 (o año más cercano)

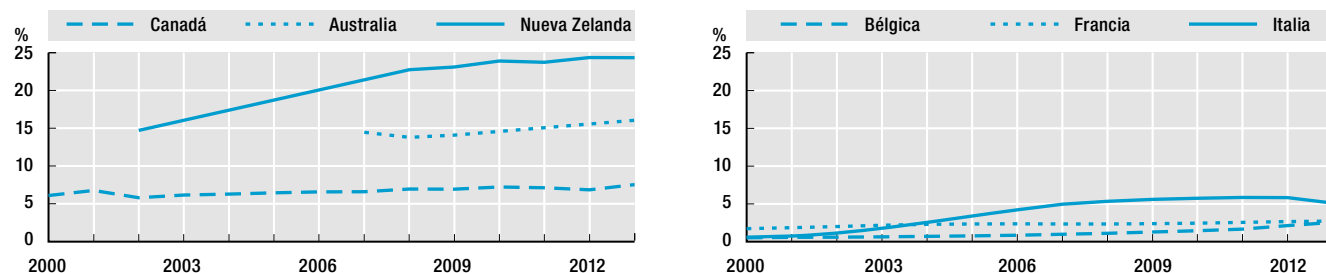


1. La información para algunas regiones de España se basa en nacionalidad o lugar de nacimiento, no en el lugar de formación.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280940>

5.18. Crecimiento de la proporción de enfermeros formados en el extranjero, selección de países de la OCDE, 2000 a 2013 (o año más cercano)

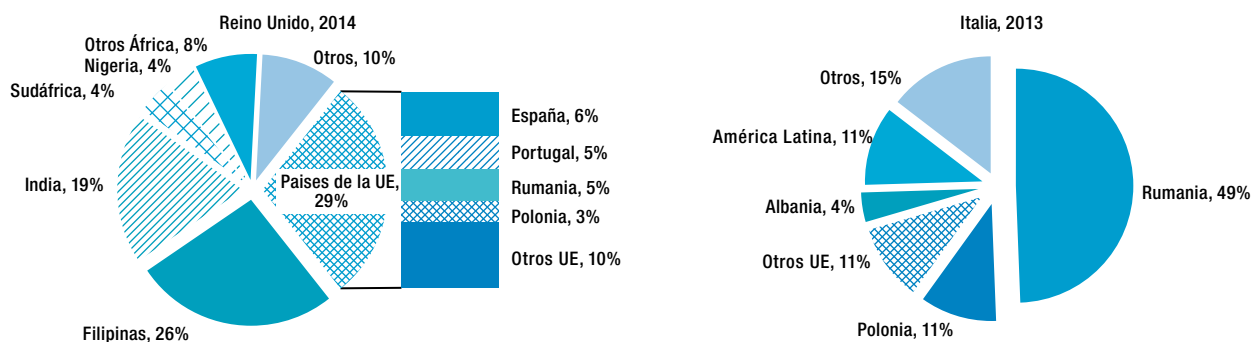


Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

1 2

<http://dx.doi.org/10.1787/888933280940>

5.19. Principales países de capacitación de enfermeros formados en el extranjero, Reino Unido e Italia



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280940>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

5. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Remuneración de enfermeros

El nivel de remuneración es uno de los factores que afectan la satisfacción laboral y atractivo de la profesión para los enfermeros. Tiene también un impacto directo en los costos, pues los salarios representan uno de los principales rubros de gasto en sistemas de salud.

La información presentada en esta sección se enfoca en general en la remuneración de enfermeros en hospitales, aunque la cobertura de datos difiere en algunos países (ver el recuadro “Definición y comparabilidad”).

La información se presenta en dos formas. Primeramente, se compara con el salario promedio del total de trabajadores en cada país, lo que proporciona un indicador del atractivo financiero relativo de la enfermería en comparación con otras ocupaciones. En segundo lugar, el nivel de remuneración en cada país se convierte a una divisa común, dólares de los Estados Unidos, y se ajusta por la paridad del poder adquisitivo, para obtener un indicador del bienestar económico de los enfermeros en comparación con sus contrapartes en otros países.

En la mayoría de los países, la remuneración de enfermeros en hospitales fue al menos ligeramente mayor que el salario promedio del total de trabajadores en 2013 (Figura 5.20). En Israel y Luxemburgo, el ingreso de los enfermeros fue 60% y 40% mayor respectivamente que el salario promedio. En España y los Estados Unidos fue alrededor de 30% mayor que el salario promedio, mientras que en Grecia, Australia y Alemania fue 20% más alto. En otros países, el salario de los enfermeros en hospitales es prácticamente igual al salario promedio en la economía. En la República Eslovaca, Hungría y Francia, es aproximadamente 10% menor.

Cuando se convierte a una divisa común (y se ajusta por la paridad del poder adquisitivo), la remuneración de los enfermeros fue al menos cuatro veces mayor en Luxemburgo que en Hungría, la República Eslovaca y Estonia (Figura 5.21). Los enfermeros en los Estados Unidos también tuvieron ingresos relativamente altos en comparación con sus contrapartes en otros países, lo que explica al menos parcialmente, lo atractivo de los Estados Unidos para enfermeros de otros países.

En muchos países la remuneración de enfermeros ha sido afectada en grados variables por la crisis económica de 2008 (Figura 5.22). Fuera de Europa el incremento en la remuneración de enfermeros en países como los Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda fue más lento temporalmente después de la crisis económica, aunque ésta no parece haber tenido efectos en la tasa de crecimiento del nivel de ingreso de enfermeros en México. En Europa, después de la crisis económica, la remuneración de los enfermeros fue recortada en algunos países, como Hungría e Italia, y ha estado congelada en Italia en los últimos años. En Grecia, la remuneración de los enfermeros se redujo 20% en promedio entre 2009 y 2013. Algunos países de Europa central y del este han adoptado una serie de medidas en años recientes para aumentar la retención de enfermeros y otros profesionales e la salud, incluyendo aumentos salariales a pesar de restricciones de presupuesto. En Hungría se introdujo un incremento gradual de 20% en los salarios de enfermeros y médicos,

en un período de tres años. En la República Checa los enfermeros también recibieron incrementos salariales después de las protestas de trabajadores de hospitales en 2011 (aunque los incrementos fueron menores que los de los médicos), junto con mejoras en algunos otros aspectos de sus condiciones de trabajo (OECD, próxima publicación).

Definición y comparabilidad

La remuneración de enfermeros se refiere al ingreso anual bruto promedio, incluyendo contribuciones a la seguridad social e impuestos a pagar por el empleado. Normalmente debería incluir todos los pagos formales adicionales, como bonos, pagos por turno nocturno y horas extra. En la mayoría de los países estos datos se refieren exclusivamente a enfermeros que trabajan en hospitales, aunque en Canadá las cifras también incluyen enfermeros trabajando en otros contextos. En algunos estados federales, como Australia, Canadá y los Estados Unidos, el nivel y estructura de remuneración de enfermeros se determina a nivel sub-nacional, lo que contribuye a que existan variaciones entre jurisdicciones.

En Australia, Canadá, Chile, Irlanda y los Estados Unidos la información se refiere solamente a enfermeros registradas (“profesionales”), lo que resulta en una sobre-estimación en comparación con otros países donde también se incluye el nivel vocacional. Las cifras de Nueva Zelanda se refieren a enfermeros contratadas por consejos de salud que operan con fondos públicos, e incluye a enfermeros registradas, asistentes de salud, asistentes de enfermería y enfermeros inscritas. Las últimas tres categorías tienen una estructura de salario significativamente menor que las enfermeros registradas.

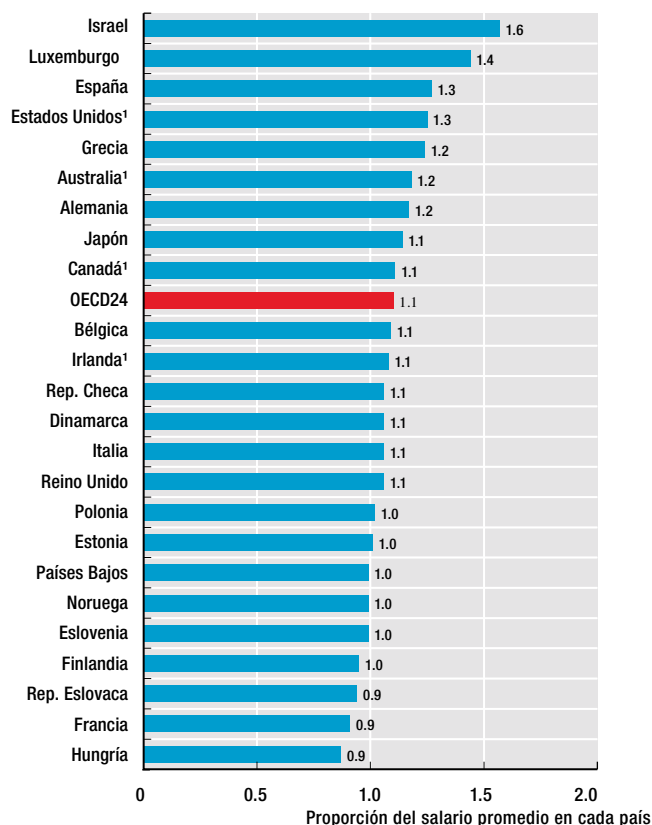
Las cifras se refieren a enfermeros trabajando tiempo completo, con la excepción de Bélgica donde también se incluye a enfermeros de medio tiempo (lo que resulta en una subestimación). Para algunos países, la información no incluye ingresos adicionales como pago de tiempo extra y bonos (por ejemplo, Italia y Eslovenia). Los pagos informales, que en algunos países representan una parte importante del ingreso total, no son reportados.

El ingreso de los enfermeros se compara con el salario promedio de empleados de tiempo completo en todos los sectores del país. La fuente para el salario promedio de los trabajadores en la economía es la OECD Labour Force Statistics Database.

References

OECD (forthcoming). Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (preliminary title), OECD Publishing, París.

5.20. Remuneración de enfermeros en hospitales, relación con salario promedio, 2013 (o año más cercano)

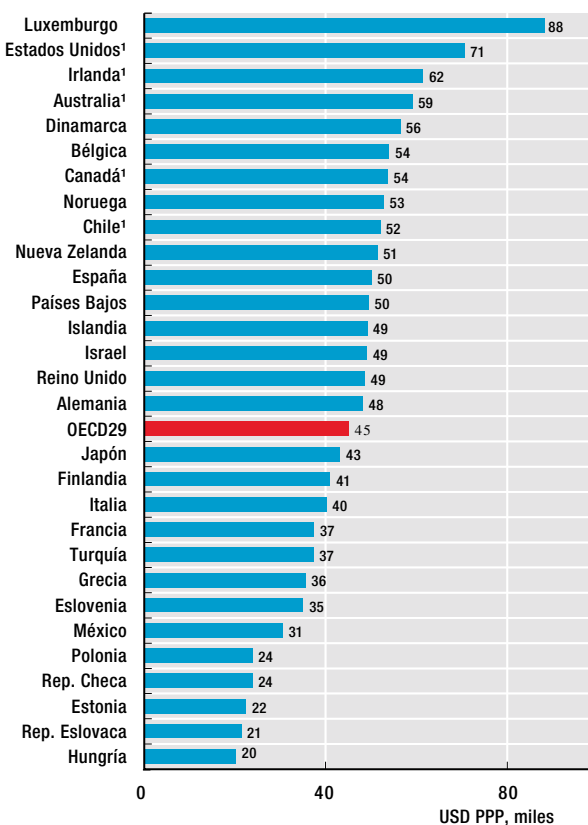


1. Las cifras se refieren a enfermeras registradas ("profesionales") en los Estados Unidos, Australia, Canadá e Irlanda (lo que resulta en una sobre-estimación).

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280951>

5.21. Remuneración de enfermeros en hospitales, USD PPP, 2013 (o año más cercano)

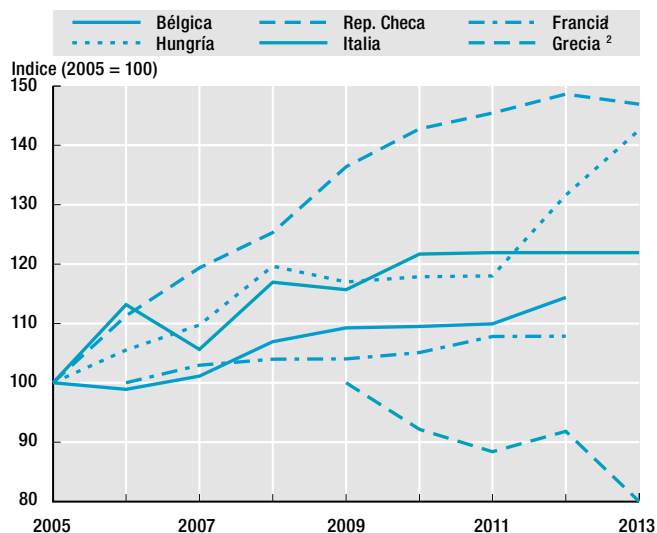


1. Las cifras se refieren a enfermeras registradas ("profesionales") en los Estados Unidos, Australia, Canadá e Irlanda (lo que resulta en una sobre-estimación).

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280951>

5.22. Crecimiento de la remuneración de enfermeros en hospitales, selección de países de la OCDE, 2005-2013 (o año más cercano)

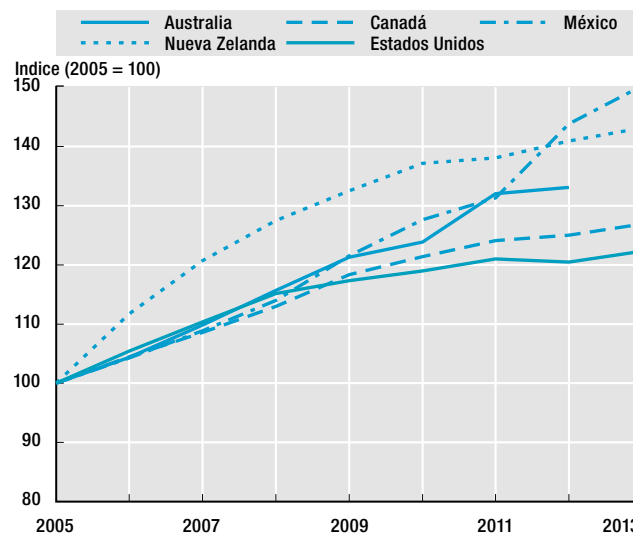


1. Índice para Francia, 2006=100.

2. Índice para Grecia, 2009=100.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280951>





6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Consultas médicas

Tecnología médica

Camas de hospital

Altas en hospitales

Tiempo promedio de hospitalización

Procedimientos cardiacos

Reemplazo de cadera y rodilla

Cesáreas

Cirugía ambulatoria

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Consultas médicas

Las consultas con médicos pueden llevarse a cabo en consultorios o clínicas, en departamentos de consulta externa de hospitales, y en algunos casos en el hogar del paciente. En muchos países (por ejemplo, Dinamarca, Italia, los Países Bajos, Noruega, Portugal, la República Eslovaca, España y el Reino Unido), se requiere o incentiva a los pacientes a consultar un médico general sobre cualquier episodio nuevo de enfermedad. El médico general podrá entonces referirlo con un especialista si es indicado. En otros países, los pacientes pueden buscar a un especialista directamente.

En 2013, el número de consultas médicas por persona fluctuó entre más de 12 en Corea y Japón y menos de tres en México, Finlandia y Suecia, así como en Sudáfrica y Brasil (Figura 6.1). El promedio de la OCDE fue de aproximadamente 6.5 consultas por persona por año, con reportes de la mayoría de los países de entre cinco y ocho consultas. Parece ser que los factores culturales tienen un papel en las variaciones entre países, aunque las características de algunos sistemas de salud también pueden ser importantes. Algunos países donde los médicos reciben cuotas por consulta, tienden a tener índices de consulta por encima del promedio (por ejemplo, Japón y Corea), mientras que aquellos países donde la mayoría de los médicos son asalariados tienden a tener índices por debajo del promedio (por ejemplo, México, Finlandia y Suecia). Sin embargo, hay ejemplos de países, como Suiza y los Estados Unidos, donde los médicos reciben una cuota por consulta con índices de consulta por debajo del promedio, lo que sugiere que otros factores también son importantes.

En Suecia y Finlandia, el bajo número de consultas médicas también puede explicarse, al menos en parte, por el hecho de que los enfermeros y otros profesionales de la salud tienen un papel importante en la provisión de atención primaria a pacientes en centros de salud, lo que disminuye la necesidad de consultas con médicos. (Delamaire and Lafortune. 2010).

El número promedio de consultas médicas por persona se ha incrementado en muchos países de la OCDE desde 2000. Este fue el caso particularmente de Corea, que se explica en parte por el rápido crecimiento en el número de médicos durante este período. En algunos otros países, el número de consultas médicas por persona disminuyó, como es el caso de Japón, la República Checa y la República Eslovaca, aunque sigue estando por encima del promedio en estos tres países.

La información sobre el número de consultas médicas por persona se puede usar para estimar el número anual de consultas por médico. Este indicador no debe ser empleado como medida de productividad, pues las consultas pueden variar en tiempo y efectividad, y porque excluye el trabajo que los médicos hacen con pacientes hospitalizados, administración e investigación. Manteniendo estas reservas en mente, Corea y Japón tienen la estimación más alta de consultas por médico, seguidos por Turquía y Hungría (Figura 6.2). En contraste, Suecia y Finlandia tienen la más baja estimación de consultas por médico, ya que, tanto en escenarios de atención primaria como en hospitales, los médicos tienden a enfocarse en pacientes con condiciones más severas y complejas.

El número y tipo de consultas puede variar entre diferentes grupos de población en cada país. Un estudio de la OCDE encontró que la probabilidad de visitar un médico general tiende a tener una distribución equivalente en la mayoría de los países, pero en casi todos, es más probable que la población con más altos ingresos busque un especialista y lo haga más frecuentemente, que aquellos con más bajos ingresos (Devaux and de Looper, 2012).

Definición y comparabilidad

El término consultas con médicos se refiere al número de contactos ya sea con especialistas o médicos generales. Existen diferencias entre países en la cobertura de estas consultas, notablemente en los departamentos de consulta externa de hospitales. La información proviene principalmente de fuentes administrativas, aunque en algunos países (Irlanda, Israel, Italia, los Países Bajos, Nueva Zelanda, España, Suiza y el Reino Unido) los datos provienen de encuestas de salud. Los estimados de fuentes administrativas tienden a ser más elevados que los de encuestas debido a los problemas de inexactitud y la proporción de preguntas no respondidas.

En Hungría las cifras incluyen consultas para exámenes de diagnóstico como tomografías computarizadas y resonancias magnéticas (lo que resulta en una sobreestimación). Las cifras para los Países Bajos excluyen los contactos de cuidados de maternidad y pediátricos. Los datos para Portugal excluyen visitas a médicos particulares, mientras que los del Reino Unido excluyen consultas con especialistas fuera de los departamentos de consulta externa de los hospitales (lo que resulta en una subestimación). En Alemania las cifras incluyen solo los casos de tratamientos médicos según las regulaciones de reembolso del Social Health Insurance Scheme (un caso solo considera el primer contacto en un período de tres meses, aun si el paciente visita al médico más frecuentemente, lo que resulta en una subestimación). Algunos países incluyen los contactos telefónicos (por ejemplo, Irlanda, España, y el Reino Unido). En Turquía la mayoría de las consultas con médicos ocurren en los departamentos de consulta externa de hospitales.

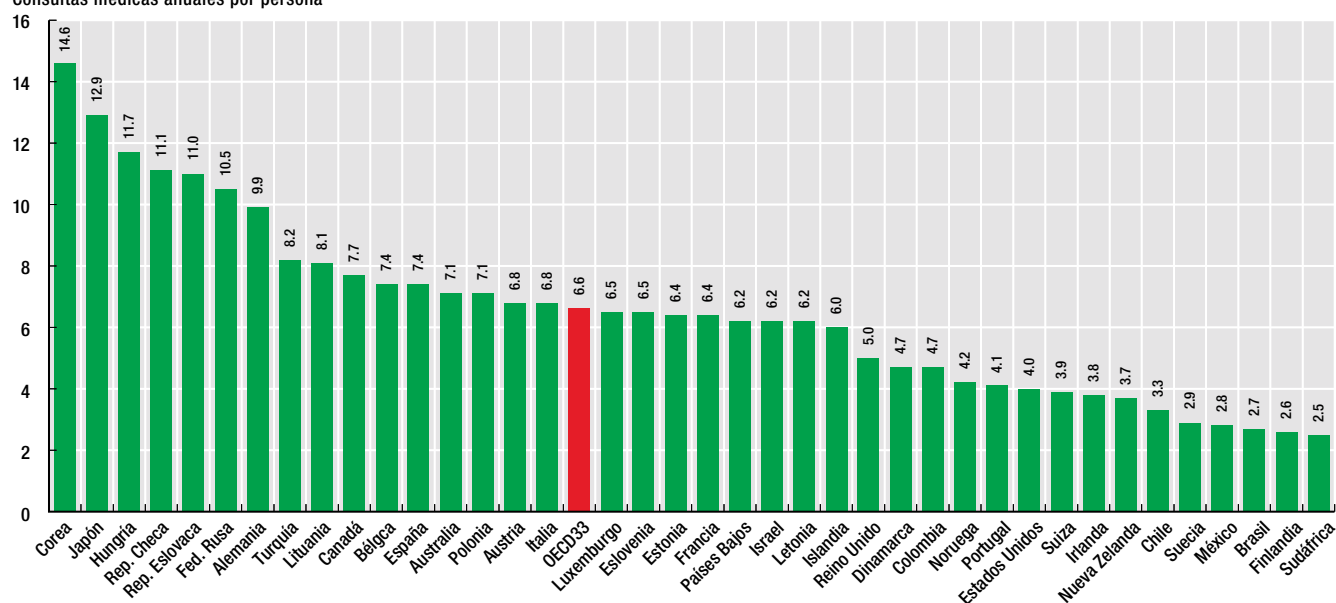
Referencias

- Delamaire, M.-L. and G. Lafortune (2010), "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Paper, No. 54, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.
- Devaux, M. and M. de Looper (2012), "Income-related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 58, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>.

Se ha publicado una fe de erratas para esta página. Ver <http://www.oecd.org/about/publishing/Corrigendum-HealthataGlance.pdf>

6.1. Número de consultas médicas por persona, 2013 (o año más cercano)

Consultas médicas anuales por persona

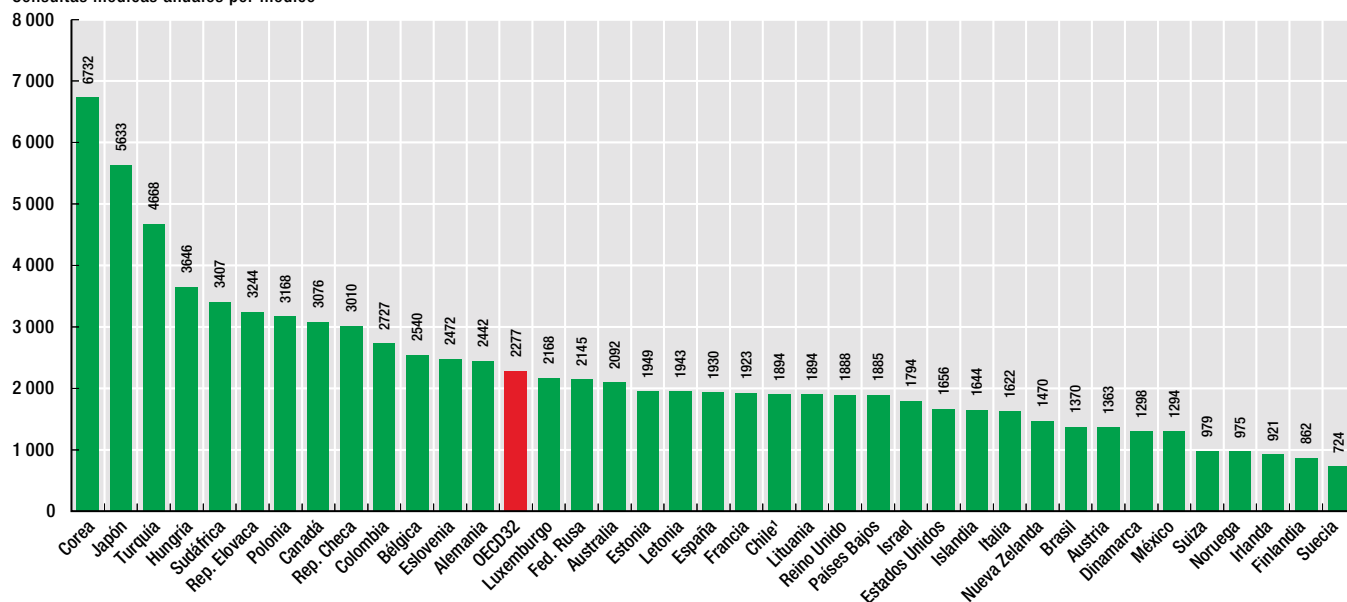


Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280967>

6.2. Número estimado de consultas por médico, 2013 (o año más cercano)

Consultas médicas anuales por médico



1. En Chile los datos para el denominador incluyen a todos los médicos autorizados para ejercer.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280967>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Tecnología médica

Las nuevas tecnologías médicas están mejorando el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, pero también han aumentado el gasto en salud. Esta sección presenta información sobre la disponibilidad y uso de dos tecnologías de diagnóstico: escáneres de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), y unidades de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés). Los estudios con tomografía computarizada y resonancia magnética ayudan a los médicos a diagnosticar una variedad de condiciones sin exponer a los pacientes a radiación ionizante como la radiografía convencional.

La disponibilidad de escáneres de CT y unidades de MRI se ha incrementado rápidamente en la mayoría de los países de la OCDE en las últimas dos décadas. Por mucho, Japón tiene el mayor número de unidades de MRI y CT per cápita, seguido de los Estados Unidos con unidades de MRI y Australia con escáneres de CT (Figuras 6.3 y 6.4). Grecia, Islandia, Italia, Corea y Suiza también tienen significativamente más unidades de MRI y CT per cápita que el promedio de la OCDE. El número de unidades de MRI y escáneres de CT más bajo por población está en México, Hungría, Israel y el Reino Unido.

No existe un parámetro general sobre el número ideal de unidades MRI o CT por población. Sin embargo, si hay muy pocas unidades es posible que existan problemas de acceso en términos de proximidad geográfica o tiempos de espera. Por el contrario, si hay demasiadas, el resultado puede ser un uso excesivo de estos costosos procedimientos de diagnóstico, con poco beneficio para los pacientes.

Existe información sobre el uso de estos equipos de diagnóstico para un número reducido de países, excluyendo Japón. Considerando esta limitación, el mayor número de estudios de MRI per cápita se practica en Turquía y los Estados Unidos, seguidos de Francia, Luxemburgo y Bélgica (Figura 6.5). En los Estados Unidos el número (absoluto) de estudios de MRI aumentó a más del doble entre 2000 y 2013. En Turquía ha aumentado aún más rápido, dos y media veces entre 2008 y 2013. En este país hay evidencia creciente de que se ordenan estudios de MRI sistemáticamente para pacientes con diferentes condiciones de salud, resultando en un uso excesivo del equipo. El mayor número de estudios de CT per cápita se presenta en los Estados Unidos, seguido de Luxemburgo, Francia y Grecia (Figura 6.6). Sin embargo, en Grecia el número de estudios de CT disminuyó en más de 40% entre 2008 y 2012, y el número de estudios de MRI también se redujo en aproximadamente 30%.

Existen grandes variaciones en el uso de equipos de CT y MRI no solo entre países, sino también en los mismos. Por ejemplo, en Bélgica hubo una variación de casi dos veces en las provincias con los índices más altos y más bajos de estudios de MRI y CT en 2010. En el Reino Unido (Inglaterra), el uso de ambos tipos de estudios de diagnóstico es en general mucho menor, pero la variación entre regiones es mayor, con una diferencia de más de cuatro veces entre las administraciones de atención primaria (Primary Care Trusts) que tuvieron los índices más alto y más bajo de exámenes de MRI y CT en 2010-11. En Canadá también ha habido un incremento importante en el uso de estudios de MRI y CT en todo el país en la última década, pero sigue habiendo grandes variaciones entre provincias. (OECD, 2014).

En varios países de la OCDE se han desarrollado guías clínicas para promover un uso más racional de los estudios de MRI y CT. En el Reino Unido, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ha publicado guías sobre el uso apropiado de estos estudios (NICE, 2012). En los Estados Unidos se lanzó una campaña de “elección sensata” (“Choosing Wisely”) en 2012, liderada por asociaciones médicas profesionales, para desarrollar guías claras para médicos y pacientes para reducir el uso innecesario de pruebas y procedimientos de diagnóstico. Las guías incluyen, por ejemplo, evitar estudios de imagenología como MRI, CT o rayos-X para pacientes con dolor agudo de la espalda baja sin indicaciones específicas (Choosing Wisely, 2015). En Canadá se lanzó una campaña similar en 2014, y se ha empezado a trabajar en otros países de la OCDE para producir guías y recomendaciones similares y promover el uso apropiado de pruebas de diagnóstico y otros procedimientos. Es muy pronto aún para predecir el nivel de éxito de estas campañas en reducir el uso excesivo de estudios de MRI y CT.

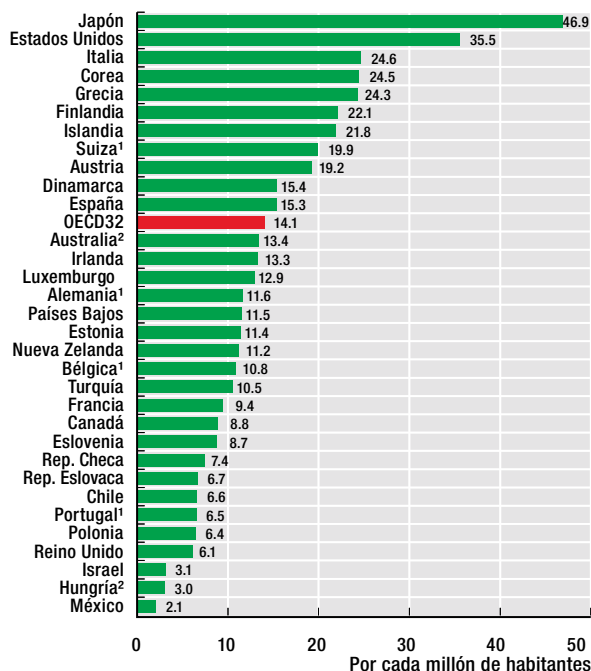
Definición y comparabilidad

La información de la mayoría de los países cubre unidades de MRI y escáneres de CT instalados tanto en hospitales como en el sector ambulatorio, pero la cobertura es más limitada en algunos países. Las unidades de MRI y los escáneres de CT fuera de los hospitales no se incluyen en las cifras de Bélgica, Alemania, Portugal y Suiza (unidades de MRI). Para Australia y Hungría, el número de unidades de MRI y escáneres de CT incluye solo aquellos elegibles para reembolso público. De igual manera, los estudios de MRI y CT realizados fuera de hospitales no se incluyen en Austria, Alemania, Irlanda, Portugal, Suiza y el Reino Unido. Las cifras en Irlanda solamente consideran los hospitales públicos. En Australia los datos incluyen solo los estudios para pacientes privados (dentro o fuera de hospitales), mientras que en Corea y los Países Bajos solo incluyen los estudios realizados con financiamiento público.

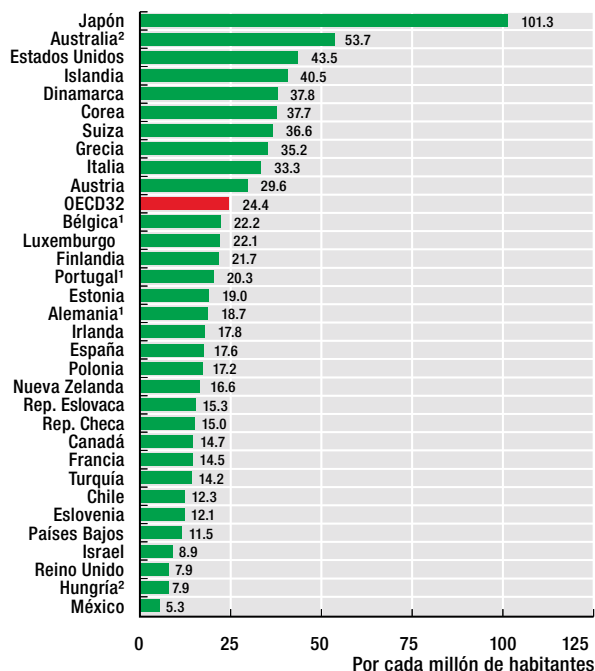
Referencias

- Choosing Wisely (2015), Recommendations from the American Society of Anesthesiologists, disponible en: www.choosing-wisely.org/clinician-lists/american-society-anesthesiologists-imaging-studies-for-acute-low-back-pain/.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2012), Published Diagnostics Guidance, disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/DT/Published>
- OECD (2014), Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

6.3. Unidades de MRI, 2013 (o año más cercano)



6.4. Escáneres de CT, 2013 (o año más cercano)

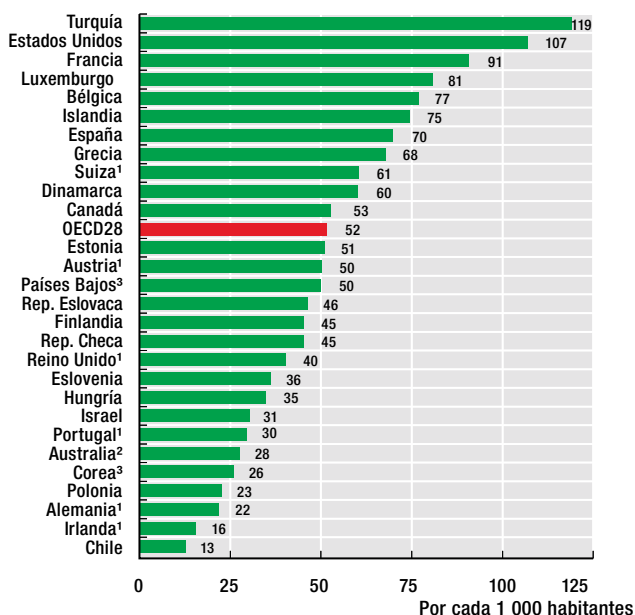


1. El equipo fuera de hospitales no está incluido.

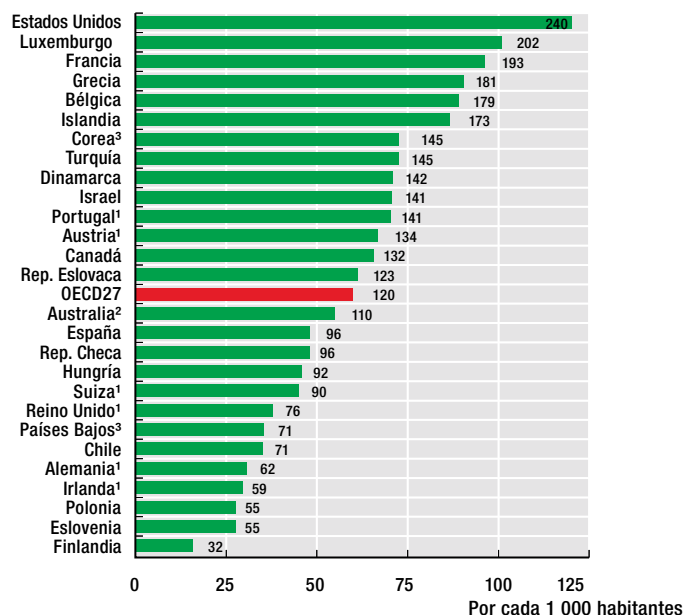
2. Solo equipo elegible para reembolso público.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280972>StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280972>

6.5. Estudios MRI, 2013 (o año más cercano)



6.6. Estudios CT, 2013 (o año más cercano)



1. Los estudios realizados fuera de hospitales no están incluidos (En Irlanda los estudios en hospitales privados no están incluidos).

2. Los estudios de pacientes en instituciones públicas no están incluidos.

3. Los estudios con financiamiento privado no están incluidos.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280972>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

1. Los estudios realizados fuera de hospitales no están incluidos (En Irlanda los estudios en hospitales privados no están incluidos).

2. Los estudios de pacientes en instituciones públicas no están incluidos.

3. Los estudios con financiamiento privado no están incluidos.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280972>

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Camas de hospital

El número de camas de hospital es una medida de los recursos disponibles para prestar servicios a los pacientes internados en hospitales. En esta sección se presenta información sobre el número total de camas de hospital para diferentes tipos de servicios (cuidados curativos, psiquiátricos, de largo plazo y otras funciones). Incluye también un indicador de tasas de ocupación de camas en cuidado curativo.

Entre los países de la OCDE, Japón y Corea tienen el mayor número de camas de hospital per cápita, con 11 camas o más por cada 1 000 habitantes en 2013 (Figura 6.7). En Japón y Corea los hospitales tienen también las llamadas “admisiones sociales”, es decir, un número significativo de camas de hospital está destinado a cuidados de largo plazo. El número de camas de hospital está también muy por encima del promedio de la OCDE en la Federación Rusa, Alemania y Austria. Por otro lado, algunos de los países socios más grandes en Asia (India e Indonesia) tienen muy pocas camas de hospital en comparación con el promedio de la OCDE. Este es también el caso para países latinoamericanos (Colombia, México, Chile y Brasil).

El número de camas de hospital per cápita ha disminuido en la última década en la mayoría de los países de la OCDE, cayendo en promedio de 5.5 por cada 1 000 habitantes en 2000 a 4.8 en 2013. Esta reducción se debe en parte al avance en tecnología médica que ha permitido realizar cirugías ambulatorias y reducido la necesidad de hospitalización. En muchos países europeos la crisis financiera y económica a partir de 2008 también ha generado reducción en la capacidad hospitalaria, como parte de las políticas para reducir el gasto público en salud. El número de camas de hospital per cápita ha aumentado solamente en Turquía y Corea desde 2000.

En promedio más de dos tercios de las camas de hospital (69%) se destinan a cuidados curativos en los países de la OCDE (Figura 6.8). El resto se utilizan para cuidados psiquiátricos (14%), cuidados de largo plazo (13%) y otros tipos de cuidado (4%). Sin embargo, en muchos países la proporción de camas asignadas a cuidados psiquiátricos y de largo plazo es mucho mayor que el promedio. En Corea, 35% de las camas de hospital está destinado a cuidados de largo plazo. En Finlandia esta proporción también es relativamente alta (27%) ya que los gobiernos locales (municipales) usan las camas en los centros de salud (definidos como hospitales) para al menos una parte de los cuidados de largo plazo necesarios en las instituciones. En Bélgica y Noruega alrededor del 30% de las camas de hospital se dedica a cuidados psiquiátricos.

En varios países la reducción en el número de camas de hospital ha venido acompañada por un aumento en las tasas de ocupación. La tasa de ocupación de camas para cuidados curativos alcanzó 77% en promedio en los países de la OCDE en 2013, ligeramente por encima del nivel en 2000 (Figura 6.9). Israel e Irlanda tuvieron la tasa más alta de ocupación de camas de hospital, con aproximadamente 94%, seguidos de Noruega y Canadá con alrededor de 90%. En el Reino Unido, Bélgica y Francia, la tasa de ocupación de camas permaneció relativamente estable durante ese período.

Definición y comparabilidad

El término camas de hospital se define como el número total de camas que son regularmente mantenidas y atendidas, y están disponibles para su uso inmediato. Incluye camas en hospitales generales, de salud mental, y otras especialidades. Se han excluido las camas en instalaciones residenciales para cuidados de largo plazo (OECD, 2015).

Las camas para cuidados curativos son destinadas a pacientes con el principal objetivo de llevar a cabo uno o más de los siguientes procedimientos: trabajo de parto (obstétrico), tratamiento de enfermedad no mental o herida, cirugía, diagnóstico o procedimientos terapéuticos.

Las camas para cuidados psiquiátricos son destinadas a pacientes con problemas de salud mental. Incluyen camas en los departamentos psiquiátricos de hospitales generales, y todas las camas en hospitales de salud mental.

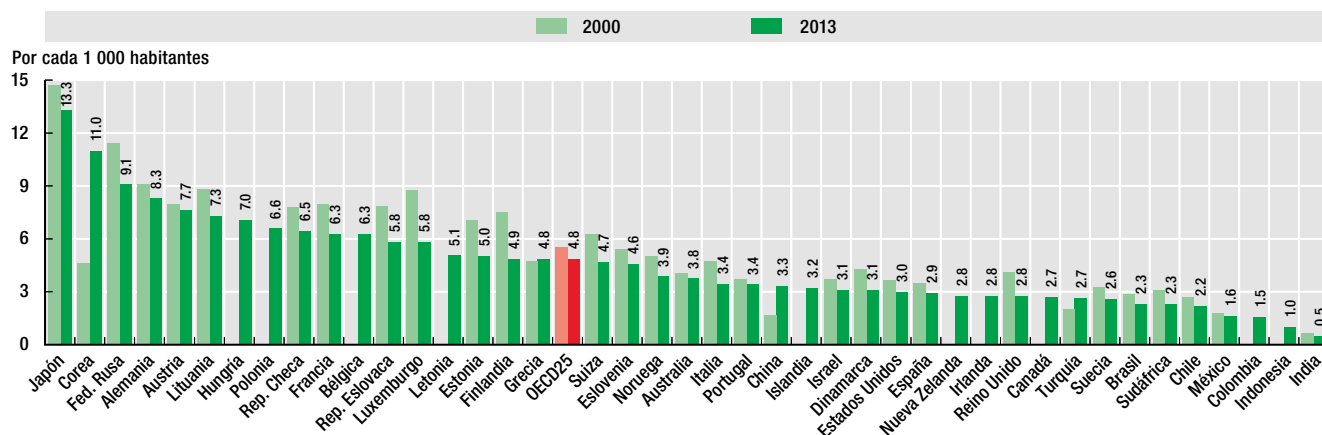
Las camas de cuidados de largo plazo son destinadas a pacientes que requieren este tipo de atención debido a discapacidades crónicas y una reducción de su grado de independencia en actividades de la vida diaria. Incluyen camas en los departamentos de cuidados de largo plazo en hospitales generales, y camas para cuidados paliativos.

La tasa de ocupación para cuidados curativos (agudos) se calcula dividiendo el número de camas-día dedicadas al cuidado curativo entre el número de camas disponibles para este fin (multiplicado por 365).

Referencias

OECD (2015), OECD Health Statistics 2015, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

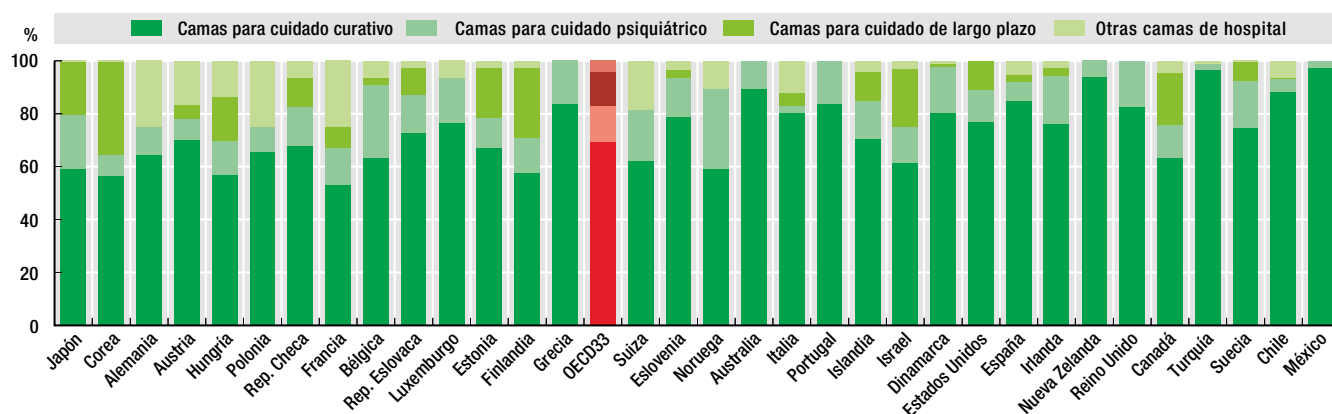
6.7. Camas de hospital por cada 1 000 habitantes, 2000 y 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Stat Link <http://dx.doi.org/10.1787/888933280981>

6.8. Camas de hospital por función en el cuidado de la salud, 2013 (o año más cercano)

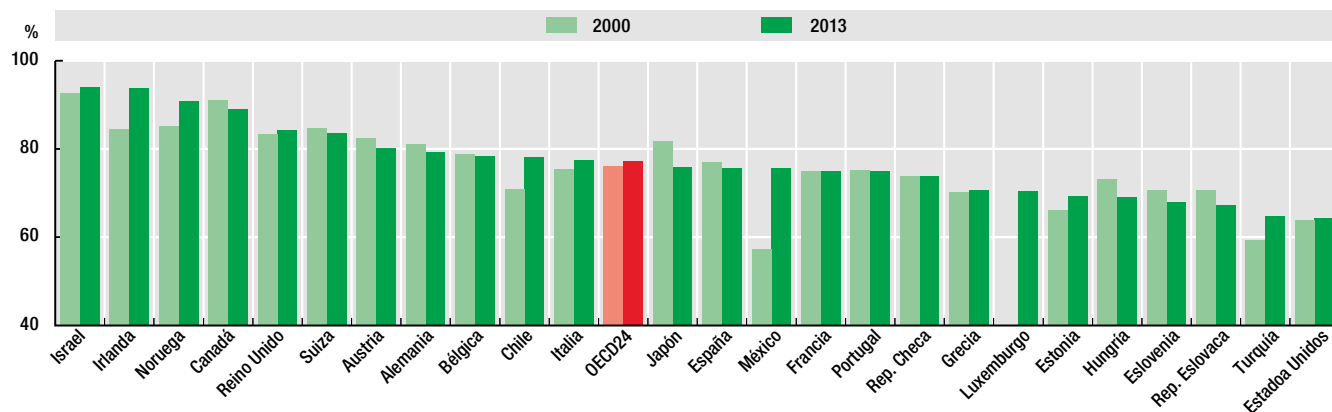


Nota: Los países están clasificados de mayor a menor según el número de camas de hospital per cápita.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280981>

6.9. Tasas de ocupación para cuidados curativos (agudos), 2000 y 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280981>

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Altas en hospitales

Las tasas de alta de hospitales miden el número de pacientes que dejan el hospital después de permanecer internados por lo menos una noche. Junto con el tiempo de hospitalización, son importantes indicadores de las actividades de los hospitales, las cuales son afectadas por varios factores, incluyendo su capacidad para atender pacientes, la habilidad del sector de atención primaria de prevenir admisiones evitables, y la disponibilidad de instalaciones post-cuidados intensivos que proporcionen rehabilitación y cuidados de largo plazo.

En 2013 las mayores tasas de alta de hospitales se presentaron en Austria y Alemania, seguidos por Lituania, la Federación Rusa, la República Checa y Hungría (Figura 6.10). Las más bajas se presentaron en Colombia, México, Sudáfrica, Brasil y Canadá. En general, los países que tienen más camas de hospital tienden a tener mejores tasas de alta. Por ejemplo, el número de camas de hospital per cápita en Austria y Alemania es más del doble que en Canadá y España, y las tasas de alta también se duplican (ver el indicador de “Camas de hospital”).

En los países de la OCDE, las condiciones que llevaron a la hospitalización principalmente fueron enfermedades circulatorias, embarazo y parto, lesiones y otras causas externas, enfermedades del sistema digestivo, cáncer y enfermedades respiratorias.

Austria y Alemania tienen las mayores tasas de alta en hospitales por enfermedades circulatorias y cáncer, seguidos de Hungría y Estonia por enfermedades circulatorias (Figura 6.11), así como Grecia y Hungría por cáncer (Figura 6.12). Mientras que las tasas de alta en hospitales por enfermedades circulatorias en Hungría y Estonia se asocian con la cantidad de personas que tienen enfermedades del corazón y circulatorias (ver el indicador de “Mortalidad por enfermedades cardiovasculares” en el Capítulo 3), este no es el caso para Alemania y Austria. De manera similar, la incidencia de cáncer en Austria, Alemania o Grecia no es mayor que en otros países de la OCDE (ver el indicador de “Incidencia de cáncer” en el Capítulo 3). En Austria, la tasa de alta en hospitales se asocia con una alta tasa de admisión repetida para investigación y tratamiento de pacientes de cáncer (European Commission, 2008).

Las tendencias de las tasas de alta en hospitales varían de manera importante entre países de la OCDE. Desde 2000, las tasas de alta en hospitales se han incrementado en algunos países donde eran bajas, pero han aumentado rápidamente desde entonces (por ejemplo, Corea y Turquía) así como en otros países como Alemania donde ya estaban por encima del promedio. En otros países (por ejemplo, Bélgica, la República Checa y Japón), las tasas de alta en hospitales han permanecido relativamente estables, mientras que en otros países (incluyendo Canadá, Finlandia, Francia, Italia y España), disminuyeron entre 2000 y 2013.

Las tendencias en las tasas de alta en hospitales reflejan la interacción de varios factores. La demanda de hospitalización puede crecer a medida que la población envejece, dado que los grupos de población de mayor edad representan un porcentaje desproporcionadamente elevado de las altas en hospitales. Sin embargo, el envejecimiento de la población por sí mismo puede ser un factor menos importante para explicar las tendencias de tasas de

hospitalización que los avances en tecnologías médicas y prácticas clínicas. La difusión de nuevas intervenciones médicas con frecuencia se extiende gradualmente a los grupos de población de mayor edad, a medida que son más seguras y efectivas para personas mayores. Pero la difusión de nuevas tecnologías médicas puede acarrear también una reducción en la hospitalización si conlleva una modificación de los procedimientos que requieran una noche de hospitalización, a los que se llevan a cabo en el mismo día. En el grupo de países donde las tasas de alta en hospitales han disminuido desde 2000, ha habido un importante aumento en el número de cirugías ambulatorias (ver el indicador de “Cirugía ambulatoria”).

Las tasas de alta en hospitales varían no solo entre países, sino también al interior. En varios países de la OCDE (Canadá, Finlandia, Alemania, Italia, Portugal, España y el Reino Unido), las admisiones médicas en hospitales (excluyendo admisiones por intervenciones quirúrgicas) varían más de dos veces entre diferentes regiones del país (OECD, 2014).

Definición y comparabilidad

El término alta en hospitales se define como la salida de un paciente que ha estado hospitalizado al menos una noche. Incluye las muertes en el hospital después de la atención al interno. Las altas por procedimientos de un día normalmente se excluyen, con la excepción de Chile, la República Eslovaca, Turquía y los Estados Unidos, que incluyen algunos procedimientos ambulatorios.

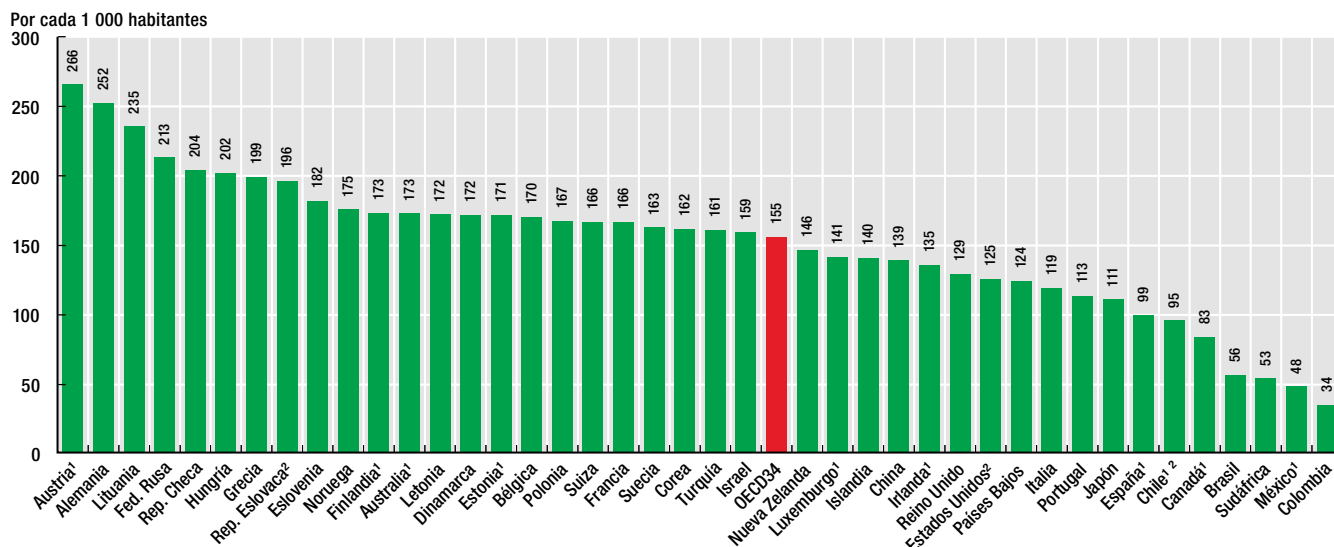
Los bebés sanos nacidos en hospitales se excluyen de las tasas de alta de hospitales en varios países (por ejemplo, Australia, Austria, Canadá, Chile, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, México y España). Representan entre 3 y 10% del total de altas. Las cifras de Canadá excluyen a bebés enfermos nacidos en hospitales.

Las cifras para algunos países no cubren todos los hospitales. Por ejemplo, las de Dinamarca, Irlanda, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido están restringidas solo a hospitales públicos, o financiados con fondos públicos. Los datos para Portugal se refieren sólo a hospitales públicos en el continente (excluyendo las Islas Azores y Madeira). Las cifras de Canadá, Irlanda y los Países Bajos solo incluyen hospitales de cuidados intensivos y corta estancia, y las de Francia y Japón se refieren a hospitalizaciones para cuidados intensivos.

Referencias

- European Commission (2008). Hospital Data Project Phase 2. Reporte Final, Comisión Europea, Luxemburgo.
- OECD (2014). Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

6.10. Altas en hospital, 2013 (o año más cercano)



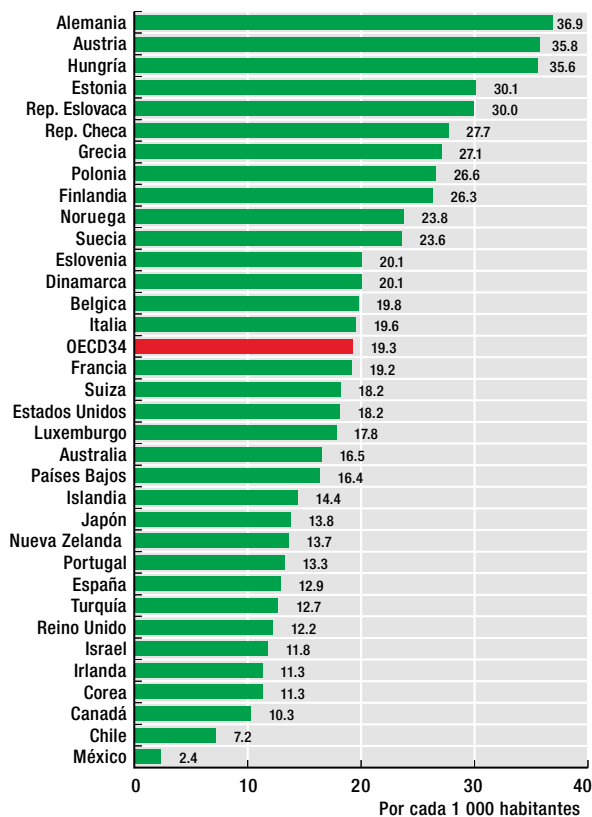
1. Excluye altas de bebés sanos nacidos en hospitales (entre 3 y 10% del total de altas).

2. Incluye altas el mismo día de ingreso.

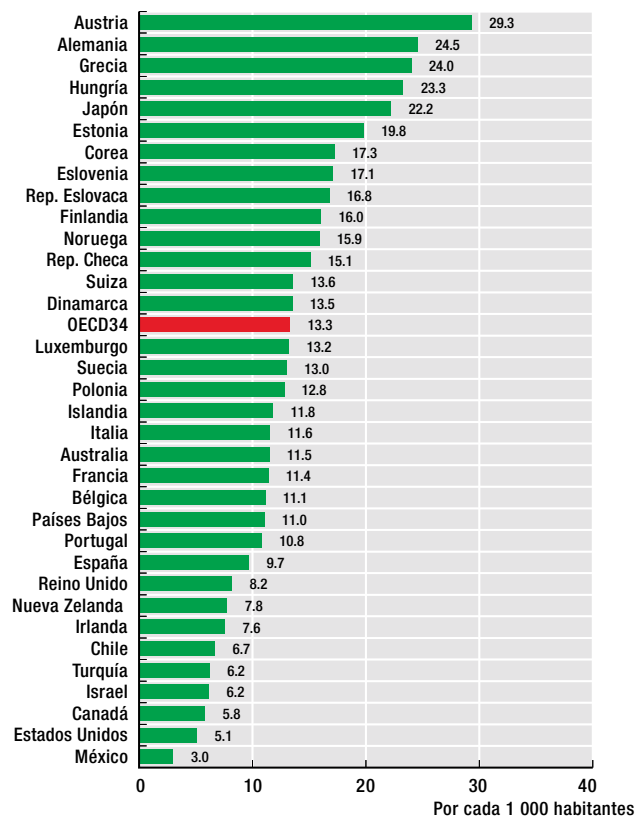
Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280996>

6.11. Altas de hospital por enfermedades circulatorias, 2013 (o año más cercano)



6.12. Altas de hospital por cáncer, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280996>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280996>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Tiempo promedio de hospitalización

El tiempo promedio de hospitalización (average length of stay - ALOS, por sus siglas en inglés), frecuentemente se considera un indicador de eficiencia. Siendo todos los demás factores iguales, una hospitalización más corta reducirá el costo del alta del paciente, y cambiará el costo intrahospitalario a otros servicios de cuidado post-intensivo menos onerosos. Sin embargo, las estancias más cortas tienden a requerir servicios más intensivos y a tener un costo más alto por día. Las estancias muy cortas también pueden causar efectos adversos en el resultado, o disminuir la comodidad y recuperación del paciente. Si esto causara hospitalizaciones subsecuentes, los costos por episodio de enfermedad podrían bajar solo ligeramente, o incluso subir. Durante 2013, el tiempo promedio de hospitalización por todas las causas en los países de la OCDE fue de aproximadamente ocho días (Figura 6.13). Turquía y México tuvieron las estancias más cortas, con alrededor de cuatro días (la mitad del promedio de la OCDE), mientras que Japón y Corea tuvieron las más extensas, con más de 16 días (más del doble del promedio de la OCDE). En todos los países de la OCDE el tiempo promedio de hospitalización se ha reducido de de casi 10 días en 2000, a 8 días en 2013. No obstante, hay algunas excepciones a este patrón general, con un promedio de estancia mayor al de la OCDE en Corea, y también en Hungría y Luxemburgo.

El efecto de tener una mezcla de casos y severidad en la hospitalización se puede remover enfocando los datos en el tiempo de hospitalización promedio para enfermedades y condiciones específicas. La Figura 6.14 muestra que el tiempo promedio de hospitalización para un parto normal fue ligeramente menos de tres días en promedio en 2013, menor a tres días y medio en 2000. Este tiempo osciló entre menos de dos días en México, Turquía, el Reino Unido, Islandia, Canadá, Nueva Zelanda y los Países Bajos, a cinco días o más en la República Eslovaca y Hungría.

El tiempo promedio de hospitalización por infarto agudo de miocardio fue de alrededor de siete días en 2013. Fue menor en algunos de los países nórdicos (Dinamarca, Noruega y Suecia), Turquía y la República Eslovaca, de menos de cinco días; y más largo en Corea y Alemania, de más de diez días (Figura 6.15).

Estas variaciones entre países se pueden explicar por una variedad de factores. Las diferencias en las necesidades clínicas del paciente pueden desde luego tener un papel, pero estas variaciones probablemente también reflejan diferencias en prácticas clínicas y sistemas de pago. La combinación de una alta disponibilidad de camas con la estructura de pagos del hospital puede generar un incentivo para retener a los pacientes por más tiempo. Un número creciente de países (Francia, Alemania, Polonia) han cambiado a métodos prospectivos de pago frecuentemente basados en grupos de diagnóstico relacionados (DRGs, por sus siglas en inglés) para establecer pagos con base en el costo estimado de atención hospitalaria para diferentes grupos de pacientes, antes de proporcionar el servicio. Estos métodos de pago tienen la ventaja de alentar a los proveedores del servicio a reducir el costo de cada episodio de atención.

En Suiza, los cantones que cambiaron de pagos por día a pagos por DRGs, han experimentado una reducción en los tiempos de hospitalización (OECD and WHO, 2011).

La mayoría de los países busca reducir el tiempo promedio de hospitalización, manteniendo o mejorando la calidad de la atención. Una variedad de opciones de políticas a nivel clínico, de servicio y de sistema están disponibles para alcanzar estas metas. Puede esperarse que las reducciones estratégicas del número de camas de hospital junto con el desarrollo de servicios comunitarios de atención, acorten el tiempo promedio de hospitalización, como se ha observado con las reformas de mejora de la calidad en el sector hospitalario en Dinamarca (OECD, 2013). Otras opciones incluyen promover la adopción de procedimientos quirúrgicos menos invasivos, cambios en los métodos de pago de los hospitales, la expansión de programas de alta temprana, que permiten a los pacientes volver a sus hogares y recibir atención de seguimiento, y apoyo para los hospitales para mejorar la coordinación de la atención entre rutas de diagnóstico y tratamiento.

Definición y comparabilidad

El tiempo promedio de hospitalización se refiere al número de días promedio que los pacientes pasan en el hospital. Generalmente 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 en un año (incluyendo no solo los casos de cuidados curativos/intensivos) para la mayoría de los países, con excepción de Canadá, Japón y los Países Bajos, donde los datos se refieren solo a cuidados curativos/intensivos solamente (lo que resulta en una subestimación).

Las altas en hospitales y el tiempo promedio de hospitalización de bebés sanos nacidos en hospitales se excluyen en varios países (por ejemplo, Australia, Austria, Canadá, Chile, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, México, España) lo que resulta en una ligera sobre-estimación (por ejemplo, la inclusión de recién nacidos sanos reduciría el tiempo promedio de hospitalización por 0.5 días en Canadá).

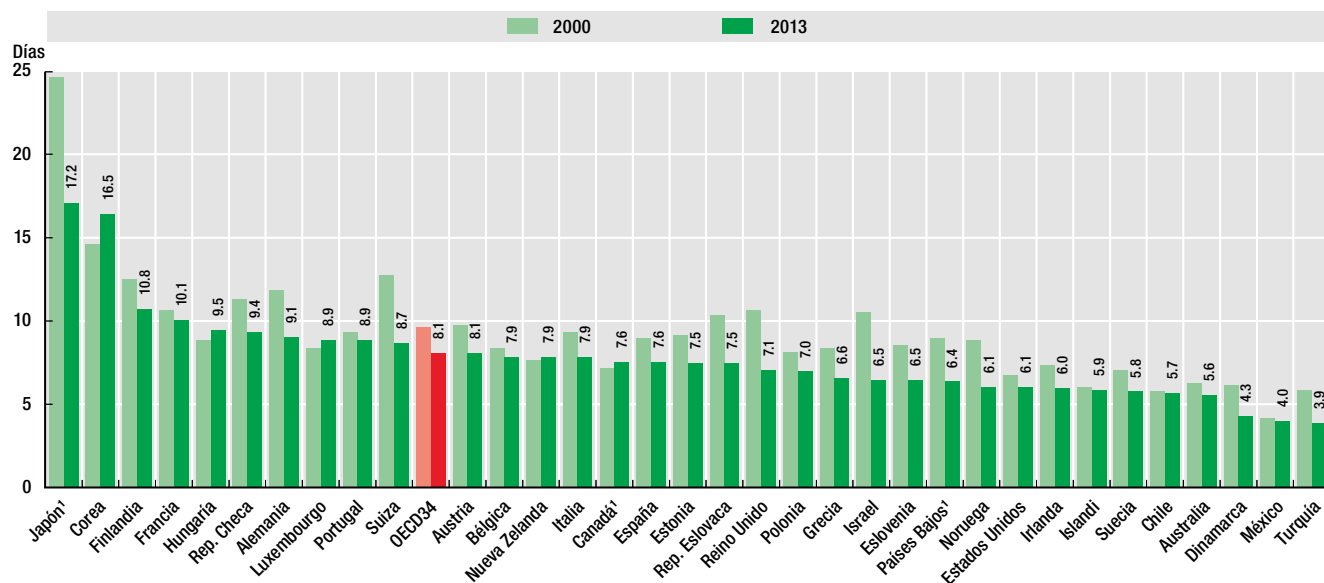
Referencias

- OECD (2013), OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.
- OECD and WHO (2011), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>.

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Tiempo promedio de hospitalización

6.13. Tiempo promedio de hospitalización, 2000 y 2013 (o año más cercano)

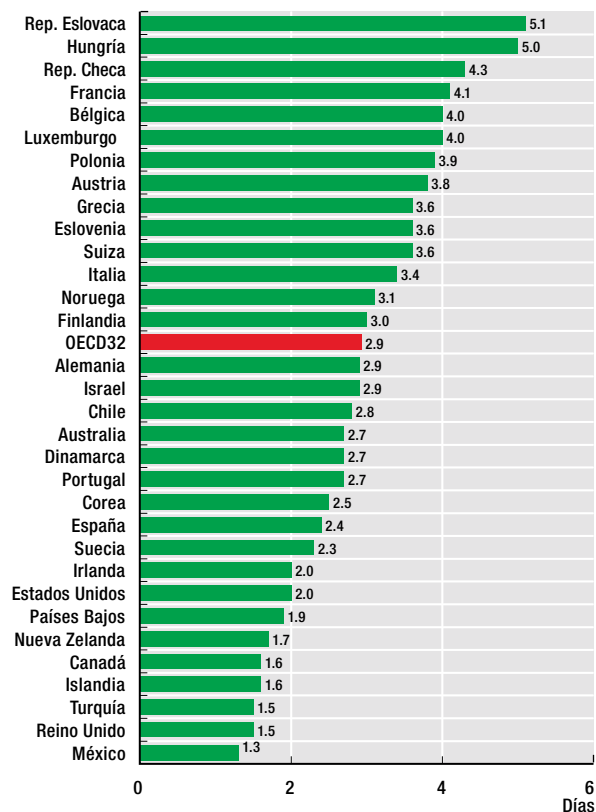


1. Las cifras se refieren al tiempo promedio de hospitalización para cuidados curativos (intensivos) (lo que resulta en una subestimación).

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281004>

6.14. Tiempo promedio de hospitalización por parto normal, 2013 (o año más cercano)

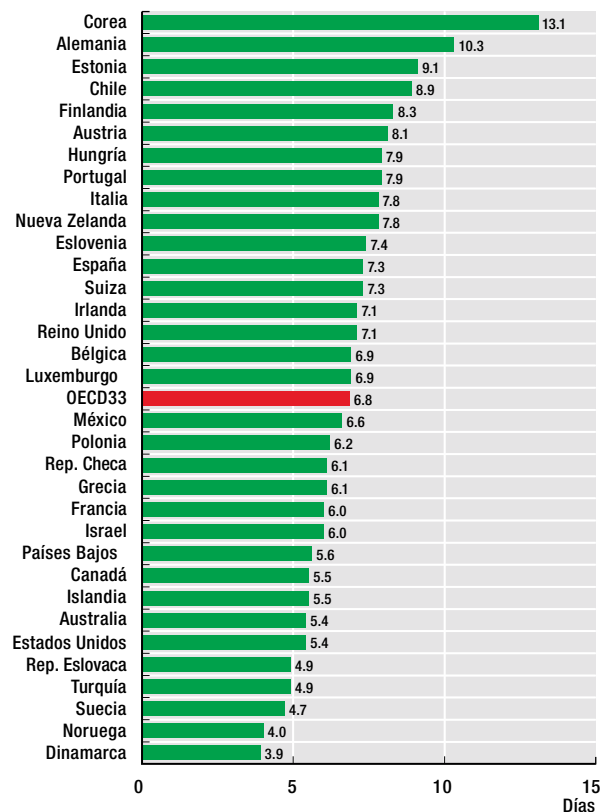


Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281004>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

6.15. Tiempo promedio de hospitalización por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés), 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281004>

6. HEALTH CARE ACTIVITIES

Procedimientos cardiacos

Las enfermedades cardiacas son una de las principales causas de hospitalización y muerte en los países de la OCDE (ver el indicador “Mortalidad por enfermedades cardiovasculares” en el Capítulo 3). La derivación arterial coronaria y la angioplastia han revolucionado el tratamiento de la enfermedad cardiaca isquémica en las últimas décadas. Una derivación coronaria (bypass) es una cirugía a corazón abierto que involucra un injerto de venas y/o arterias para derivar una o más arterias obstruidas. Una angioplastia coronaria es un procedimiento mucho menos invasivo que involucra la inserción de un catéter con un globo en la punta a través del sistema arterial para distender la arteria coronaria en el punto de obstrucción; en la mayoría de las angioplastias se coloca una férula (stent) para mantener abierta la arteria.

En 2013, Alemania, Hungría y Austria tuvieron las tasas más altas de procedimientos de revascularización coronaria, y las más bajas las tuvieron México y Chile (Figura 6.16).

Las diferencias entre países en las tasas de derivaciones coronarias y angioplastias se pueden explicar por varias razones, incluyendo: 1) diferencias en la capacidad de ofrecer y pagar estos procedimientos; 2) diferencias en la guías y prácticas de tratamiento clínico; 3) diferencias en las prácticas de codificación y reporte. Sin embargo, las grandes variaciones en el número de procedimientos de revascularización entre países no parecen estar relacionadas con la incidencia de enfermedad cardiaca isquémica (IHD, por sus siglas en inglés), según las mediciones de mortalidad por IHD (ver Figura 3.6 en el Capítulo 3). Por ejemplo, en Alemania la mortalidad por IHD es ligeramente menor al promedio de la OCDE, pero tiene la tasa más alta de procedimientos de revascularización.

Los promedios nacionales pueden esconder importantes variaciones en índices de utilización dentro de un país. Por ejemplo, en Alemania la tasa de cirugías de derivación coronaria y angioplastias es casi tres veces mayor en algunas regiones en comparación con otras. Existen también grandes variaciones en la utilización de estos procedimientos de revascularización entre regiones en otros países como Finlandia, Francia e Italia (OECD, 2014).

La utilización de angioplastia ha incrementado rápidamente en los últimos 20 años en la mayoría de los países de la OCDE, superando a la cirugía de derivación coronaria como el método preferido de revascularización a mediados de los años 90 – alrededor de la época en que se empezaron a publicar las primeras pruebas de la eficacia del stent coronario. En los países de la OCDE en promedio, la angioplastia representa hoy día el 78% de todos los procedimientos de revascularización (Figura 6.17), y el 88% o más en Corea, Estonia, Francia y España. En muchos países de la OCDE, el crecimiento en el uso de angioplastia fue más

rápido entre 2000 y 2006 que más tarde. En los Estados Unidos la proporción de angioplastias se incrementó rápidamente entre 2000 y 2006, pero ha disminuido ligeramente desde entonces. Parte de la explicación de esta reducción puede ser el hecho de que las cifras reportadas por los Estados Unidos no cubren el creciente número de angioplastias llevadas a cabo como cirugía ambulatoria (sin hospitalización de una noche). Adicionalmente, el mayor uso en los Estados Unidos y otros países de stents que liberan medicamentos, reduce la probabilidad de que el mismo paciente requiera otra angioplastia (Epstein et al., 2011).

Definición y comparabilidad

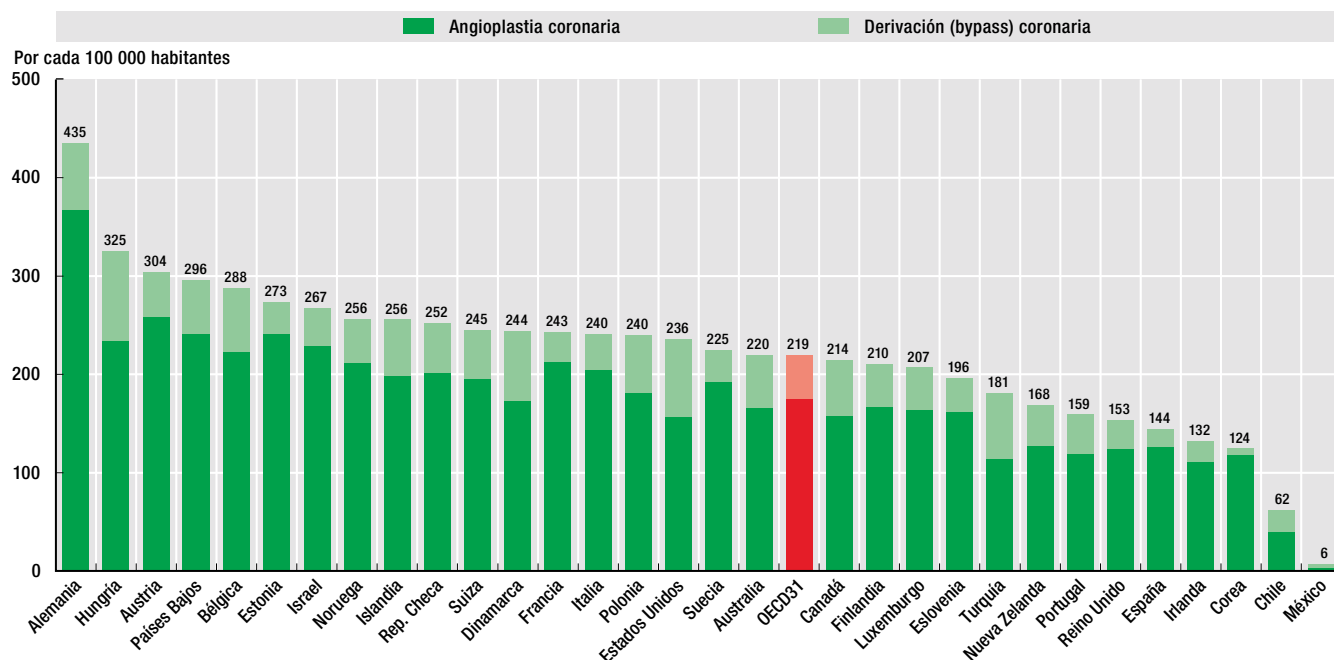
Las cifras para la mayoría de los países cubren casos con hospitalización y ambulatorios, con la excepción de Chile, Dinamarca, Islandia, Noruega, Portugal, Suiza y los Estados Unidos, donde solo incluyen casos con hospitalización (lo que resulta en una subestimación del número de angioplastias coronarias. Esta limitación en la cobertura no afecta el número de derivaciones coronarias, ya que casi todos los pacientes son hospitalizados al menos una noche después de la cirugía). Algunas de las diferencias entre países también pueden deberse al uso de diferentes sistemas de clasificación, y codificación para el reporte de ambos procedimientos.

En Irlanda, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido, las cifras solo incluyen las actividades en hospitales públicos, lo que resulta en una subestimación (se estima que aproximadamente el 15% del total de la actividad en hospitales se realiza en hospitales privados). La información para Portugal se refiere solamente a hospitales públicos en el continente. Las cifras para España incluyen solo parcialmente actividades en hospitales privados.

Referencias

- Epstein, A. et al. (2011), “Coronary Revascularization Trends in the United States, 2001-2008”, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 305, No. 17, pp. 1769-1775, Mayo4.
- OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

6.16. Procedimientos de revascularización coronaria, 2013 (o año más cercano)

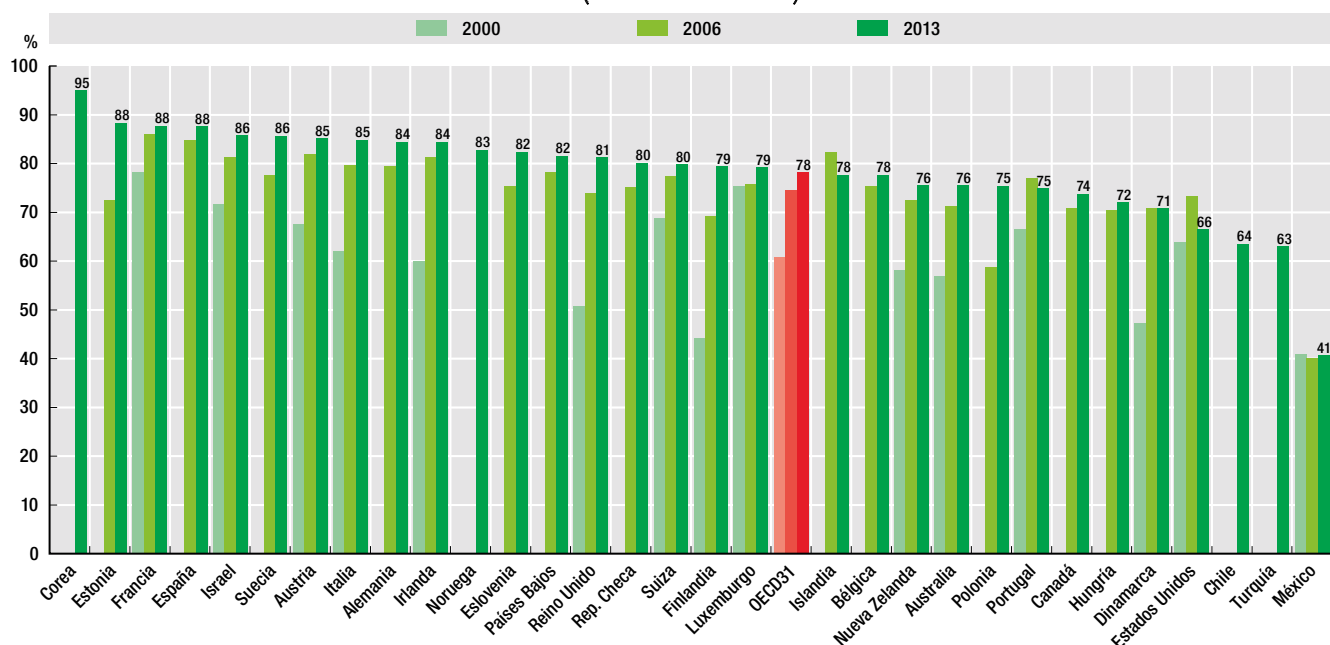


Nota: Algunas variaciones entre países se deben a los diferentes sistemas de clasificación y prácticas de registro.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281011>

6.17. Angioplastia coronaria como proporción del total de procedimientos de revascularización, 2000 a 2013 (o año más cercano)



Nota: Los procedimientos de revascularización incluyen derivación (bypass) coronaria y angioplastia.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281011>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Reemplazo de cadera y rodilla

Los importantes avances en procedimientos quirúrgicos han proporcionado opciones efectivas para reducir el dolor y la discapacidad asociados con ciertas condiciones músculo-esqueléticas. La cirugía de reemplazo de articulaciones (reemplazo de cadera y rodilla) se considera una de las más efectivas intervenciones para artrosis severa, ya que reduce el dolor y la discapacidad y restaura a algunos pacientes el funcionamiento casi normal.

La artrosis es una de las diez enfermedades más incapacitantes en los países desarrollados. Existen estimaciones mundiales que muestran que el 10% de los hombres y el 18% de las mujeres de 60 años de edad y mayores padecen formas moderadas y severas de artrosis sintomática (WHO, 2014). La edad es el pronosticador más potente del desarrollo y progreso de la artrosis. Es más común en mujeres, y se incrementa después de los 50 años de edad especialmente en manos y rodillas. Otros factores de riesgo son la obesidad, falta de actividad física, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y lesiones. Aunque la cirugía de reemplazo de articulaciones se lleva a cabo principalmente entre personas de 60 años de edad y mayores, también puede ser requerida por gente más joven. Durante 2013, la mayor cantidad de reemplazos de cadera se practicó en Suiza, Alemania y Austria, y el mayor número de reemplazos de rodilla se realizó en los Estados Unidos, seguido por Austria, Finlandia y Alemania (Figuras 6.18 y 6.19). Las diferencias en la estructura de la población pueden explicar en parte estas variaciones entre países, que se pueden reducir en cierto grado estandarizando la edad, pero aun así existen grandes diferencias y la clasificación de los países no cambia significativamente con la estandarización de la edad (McPherson et al., 2013; OECD, 2014).

Los promedios nacionales pueden enmascarar variaciones importantes en las tasas de reemplazo de cadera y rodilla en cada país. En Australia, Canadá, Alemania, Francia e Italia, la tasa de reemplazo de rodilla es más de dos veces más alta en algunas regiones en comparación con otras, aún con estandarización de edad (OECD, 2014).

El número de reemplazos de cadera y rodilla se ha incrementado rápidamente desde 2000 en la mayoría de los países de la OCDE (Figuras 6.20 y 6.21). En promedio, la tasa de reemplazo de cadera aumentó en alrededor de 35% entre 2000 y 2013 y la de reemplazo de rodilla casi se duplicó. En Francia, la tasa de crecimiento para ambas intervenciones fue ligeramente menor, pero aun así la tasa

de reemplazo de cadera se incrementó en aproximadamente 15% y la de rodilla cerca de 90% entre 2000 y 2013. En Alemania estas tasas de actividad quirúrgica parecen haberse estabilizado en años recientes e incluso disminuido en 2013.

Definición y comparabilidad

El reemplazo de cadera es un procedimiento quirúrgico en el cual la articulación de la cadera se reemplaza por un implante protésico. En general se lleva a cabo para aliviar el dolor de la artritis o tratar daño severo de la articulación por fractura.

El reemplazo de rodilla es un procedimiento quirúrgico para reemplazar las superficies de la articulación de la rodilla que soportan peso para aliviar el dolor e incapacidad de la artrosis. También puede ser practicada por otras condiciones como la artritis reumatoide.

Los sistemas de clasificación y registro pueden variar en diferentes países, lo que puede afectar la comparabilidad de los datos. Algunos países incluyen solamente el reemplazo total de cadera (por ejemplo, Estonia), mientras que la mayoría también incluyen el reemplazo parcial. En Irlanda, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido, las cifras incluyen solamente las actividades en hospitales públicos (se estima que aproximadamente el 15% de la actividad se lleva a cabo en hospitales privados). La información para Portugal se refiere solamente a hospitales públicos en el continente. Las cifras para España incluyen solo parcialmente actividades en hospitales privados.

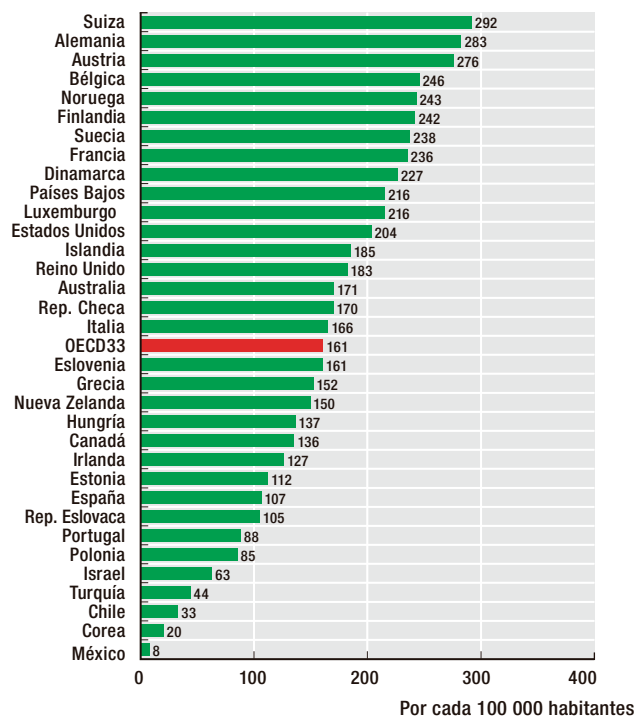
Referencias

- McPherson, K., G. Gon and M. Scott (2013), "International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures", OECD Health Working Papers, No. 61, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en>.
- OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- WHO (2014), "Chronic Rheumatic Conditions", Fact Sheet, Geneva, available at: www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/

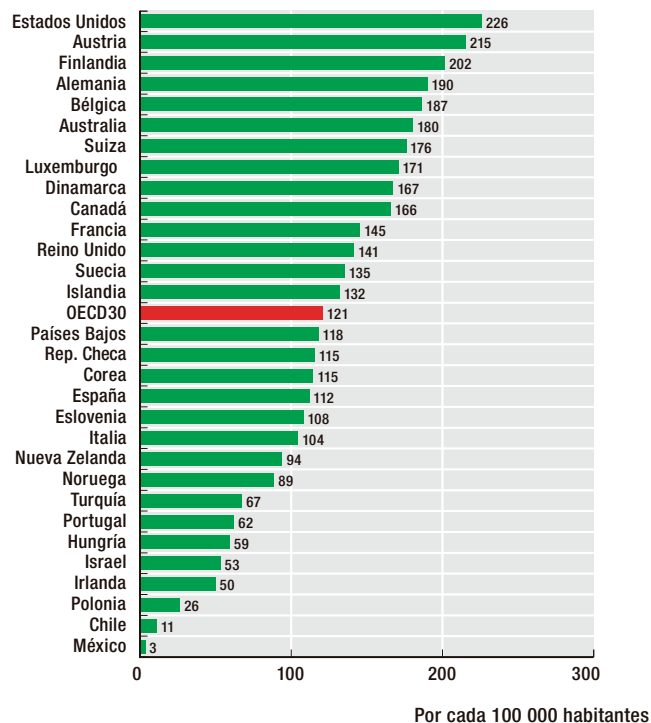
6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Reemplazo de cadera y rodilla

6.18. Cirugía de reemplazo de cadera, 2013 (o año más cercano)

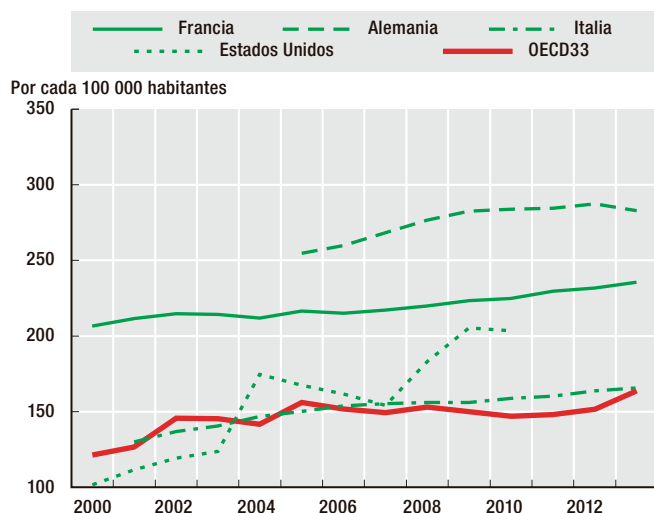


6.19. Cirugía de reemplazo de rodilla, 2013 (o año más cercano)

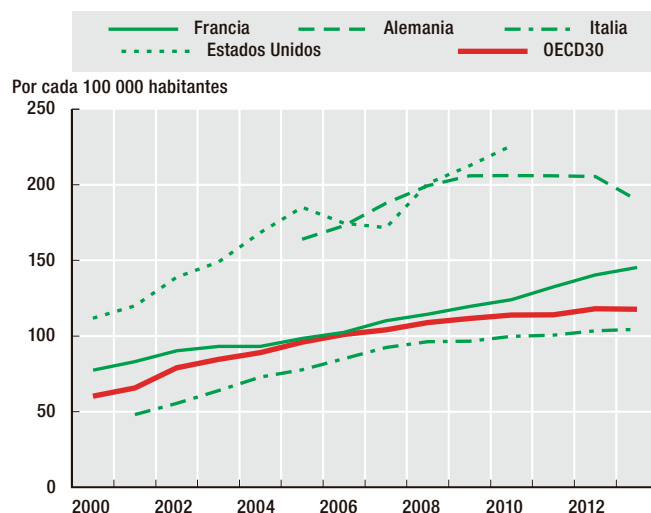


Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281026> StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281026>

6.20. Tendencia en cirugía de reemplazo de cadera, selección de países de la OCDE, 2000 a 2013 (o año más cercano)



6.21. Tendencia en cirugía de reemplazo de rodilla, selección de países de la OCDE, 2000 a 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281026> StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281026>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Cesáreas

Las tasas de nacimientos por cesárea se han incrementado en casi todos los países de la OCDE, aunque en algunos esta tendencia se ha revertido al menos ligeramente en los últimos años. Las razones de este incremento incluyen un mayor número de primogénitos entre mujeres de mayor edad y de partos múltiples resultado de reproducción asistida, preocupación por la responsabilidad por negligencia, conveniencia de programación para médicos y pacientes, y las preferencias de algunas mujeres de someterse a una operación cesárea. De cualquier forma, el parto por cesárea sigue ocasionando incrementos en mortalidad materna, morbilidad materna e infantil, y mayores complicaciones para partos subsecuentes, lo que ha generado cuestionamientos acerca de lo apropiado de las operaciones cesáreas que no son médicamente indispensables.

Durante 2013 el menor número de operaciones cesáreas se presentó en los países nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia y Noruega), Israel y los Países Bajos, con tasas entre 15% y 16.5% del total de nacidos vivos (Figura 6.22). Las tasas más altas, entre 45% y 50%, se presentaron en Turquía, México y Chile.

La proporción de cesáreas se ha incrementado desde 2000 en la mayoría de los países de la OCDE, aumentando el promedio de 20% en 2000 a 28% en 2013 (Figura 6.23). El crecimiento ha sido particularmente acelerado en los países que tienen hoy día las tasas más altas (Turquía, México y Chile), así como Polonia, la República Eslovaca y la República Checa que solían tener tasas relativamente bajas. Sin embargo, en algunos países la tasa de crecimiento ha disminuido desde mediados de los años 2000 e incluso ha disminuido ligeramente en Israel, Finlandia y Suecia. También en Italia la proporción de operaciones cesáreas ha disminuido significativamente en años recientes, aunque siguen siendo altas. En España también se han reducido.

Pueden existir variaciones sustanciales en la proporción de cesáreas entre regiones y hospitales en el mismo país. En Italia sigue habiendo variaciones enormes, con proporciones muy altas en el sur del país. En España se presentan también grandes diferencias entre regiones (OECD, 2014).

Existe evidencia en varios países de que los hospitales privados practican más operaciones cesáreas que los públicos. En Francia, en los hospitales privados lucrativos autorizados a proporcionar atención para embarazos sin complicaciones, la proporción de cesáreas es tan alta como la de hospitales públicos que atienden casos más complicados (FHF, 2008). En Suiza, se ha detectado que se practica un número sustancialmente mayor de operaciones cesáreas en clínicas privadas (41%) que en hospitales públicos (30.5%) (OFSP, 2013).

Varios países han tomado diferentes medidas para reducir las operaciones cesáreas innecesarias, tales como informes públicos, retroalimentación de proveedores, desarrollo de guías clínicas más claras y ajustes a los incentivos financieros. En Australia, donde la proporción de cesáreas es alta en relación con la mayoría de los países de la OCDE, varios estados han desarrollado guías clínicas más claras y exigen reportes de la proporción de cesáreas en los hospitales, incluyendo investigaciones de prácticas contrarias a las guías. Estas medidas han desalentado las variaciones en la práctica y han contribuido a controlar el aumento de operaciones cesáreas. Otros países han reducido la brecha entre el costo hospitalario de un parto normal y uno con cesárea, con el objetivo de desalentar el uso inapropiado de cesáreas (OECD, 2014).

Definición y comparabilidad

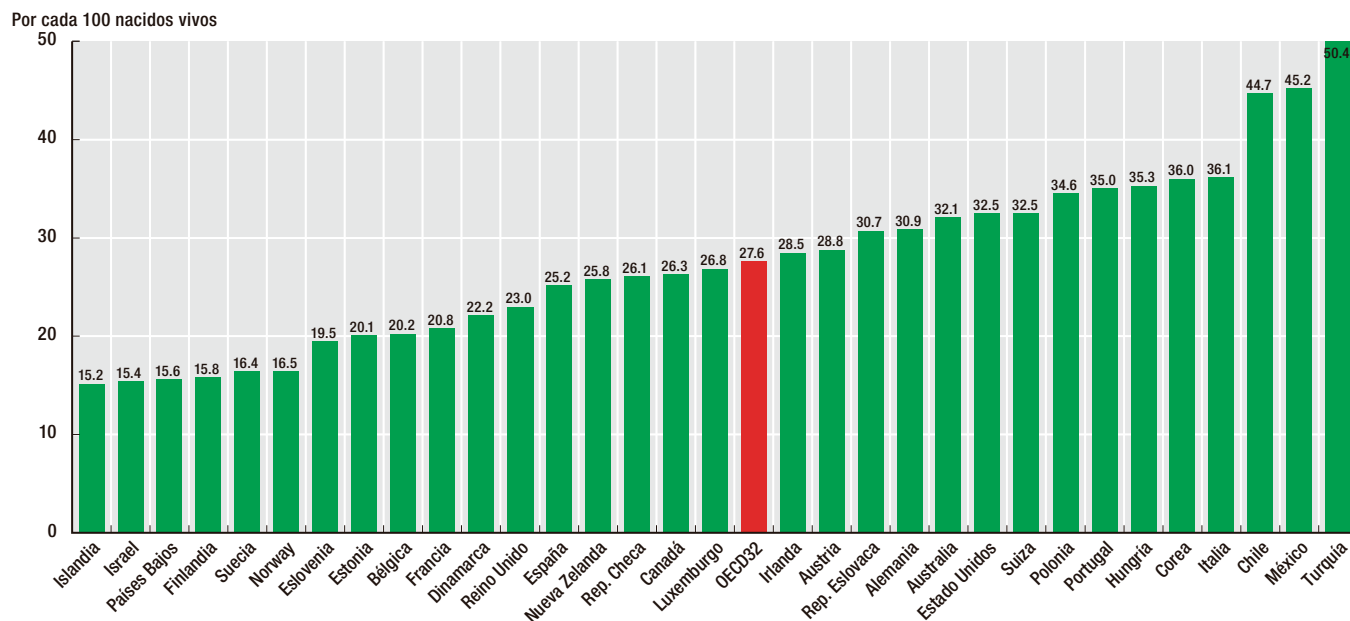
La proporción de operaciones cesáreas es el número de partos por cesárea practicados por cada 100 nacidos vivos.

En México, el número de operaciones cesáreas se calcula con base en reportes de hospitales públicos y cifras de Encuestas Nacionales de Salud. La estimación debe corregirse por falta de información sobre partos por cesárea en hospitales privados. El número combinado de partos por cesárea se divide entre el número total de nacidos vivos según la estimación del Consejo Nacional de Población.

Referencias

- FHF – Fédération hospitalière de France (2008), Étude sur les césariennes [Study on caesareans], Paris.
- OECD (2014), Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2013), Accouchements par césarienne en Suisse [Births by Caesareans in Switzerland], Bern.

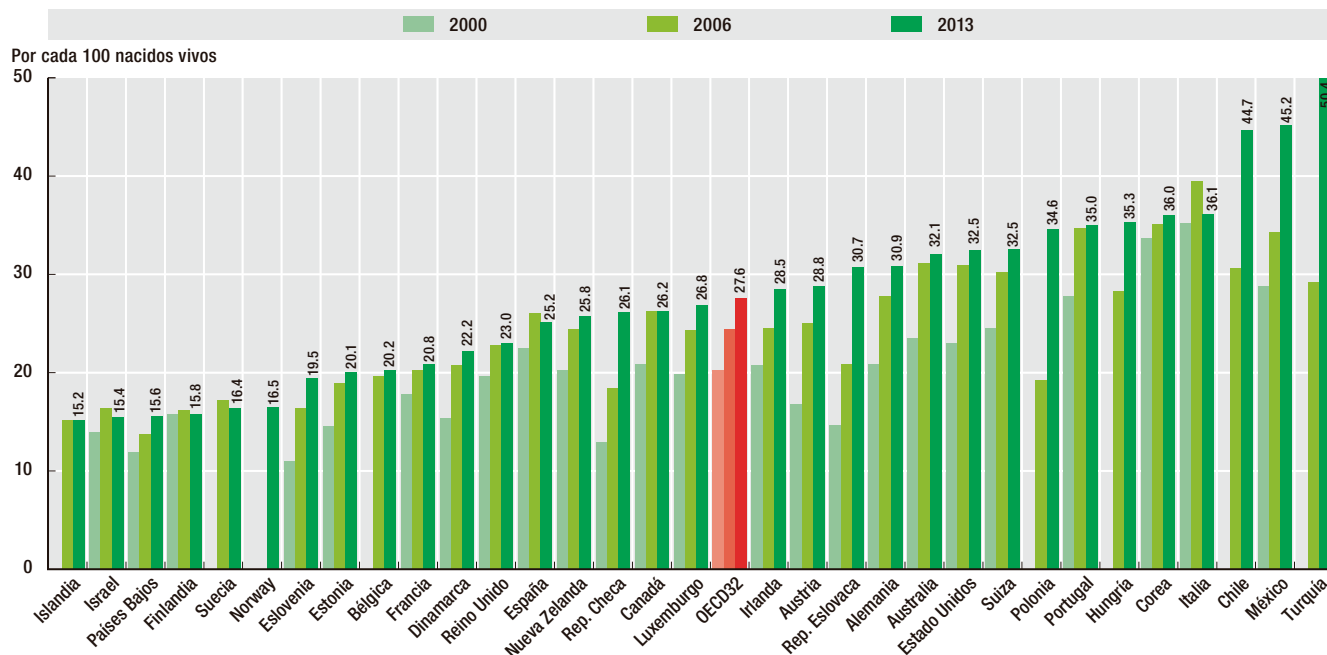
6.22. Proporción de operaciones cesáreas, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281033>

6.23. Crecimiento de la proporción de operaciones cesáreas, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281033>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

6. ACTIVIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD

Cirugía ambulatoria

En las últimas décadas el número de procedimientos quirúrgicos practicados en el mismo día se ha incrementado notablemente en países de la OCDE. Los avances en tecnologías médicas, particularmente la difusión de cirugías menos invasivas y mejores anestésicos, han hecho posible este desarrollo. Estas innovaciones han mejorado la seguridad de los pacientes y los resultados médicos, y en muchos casos han reducido el costo unitario por intervención al acortar el tiempo de hospitalización. Sin embargo, el impacto del incremento de la cirugía ambulatoria en el gasto en salud depende no solamente de cambios en el costo unitario, sino también en el aumento del volumen de los procedimientos practicados. Es necesario también tomar en cuenta cualquier costo adicional relacionado con cuidados post-intensivos y servicios comunitarios de salud después de las intervenciones.

La cirugía de cataratas y la amigdalotomía (remoción de las amígdalas, principalmente practicada en niños), son buenos ejemplos de cirugías de alto volumen que ahora se practican en el mismo día en muchos países de la OCDE.

Más del 90% de las cirugías de cataratas son ambulatorias en la mayoría de los países de la OCDE (Figura 6.24). En varios países, casi todas las cirugías de cataratas se llevan a cabo en un día. Sin embargo, el uso de cirugía ambulatoria es todavía relativamente bajo en Polonia, Hungría y la República Eslovaca, donde aún representa menos de la mitad del total de cirugías de cataratas. Aunque esto puede ser parcialmente explicado por limitaciones en la cobertura de información de actividades extra-hospitalarias fuera o dentro de los hospitales, también puede reflejar reembolsos más convenientes por hospitalización o limitaciones en el desarrollo de cirugía ambulatoria. Recientemente en Hungría el gobierno eliminó el límite de presupuesto en el número de cirugías ambulatorias que se pueden practicar en los hospitales, lo que se espera conduzca a un incremento constante en el número de cirugías ambulatorias de cataratas y otras.

El número de cirugías ambulatorias de cataratas ha crecido rápidamente desde 2000 en muchos países, como Portugal y Austria (Figura 6.24). La proporción de cirugías ambulatorias de cataratas en Portugal ha crecido de menos de 10% en 2000, a 92%. En Austria, la proporción de cirugías ambulatorias de cataratas se incrementó de solo 1% en 2000 a 67% en 2013. Esta proporción también ha crecido aceleradamente en Francia, Irlanda, Suiza y Luxemburgo, aunque aún hay posibilidades de desarrollo.

La amigdalotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en niños, practicado usualmente en quienes sufren repetidamente de infecciones crónicas de amígdalas, problemas respiratorios o bien apnea obstructiva del sueño por amígdalas grandes.

Aunque la operación se realiza con anestesia general, en muchos países se practica principalmente en forma ambulatoria, y los niños regresan a casa el mismo día (Figura 6.25). Este es el caso en Finlandia (donde la cirugía ambulatoria ha aumentado notablemente desde 2000), Canadá, Bélgica, los Países Bajos, Suecia y Noruega, donde más de la mitad del total de amigdalotomías son ambulatorias hoy día. Esta proporción es mucho menor en Austria (donde prácticamente no hay amigdalotomías ambulatorias), Luxemburgo, Irlanda y Alemania. Estas notables diferencias en la proporción de cirugías ambulatorias pueden reflejar variaciones en la percepción de los riesgos de complicaciones post-operatorias, o simplemente tradiciones clínicas de mantener a los niños por lo menos una noche en el hospital después de la operación.

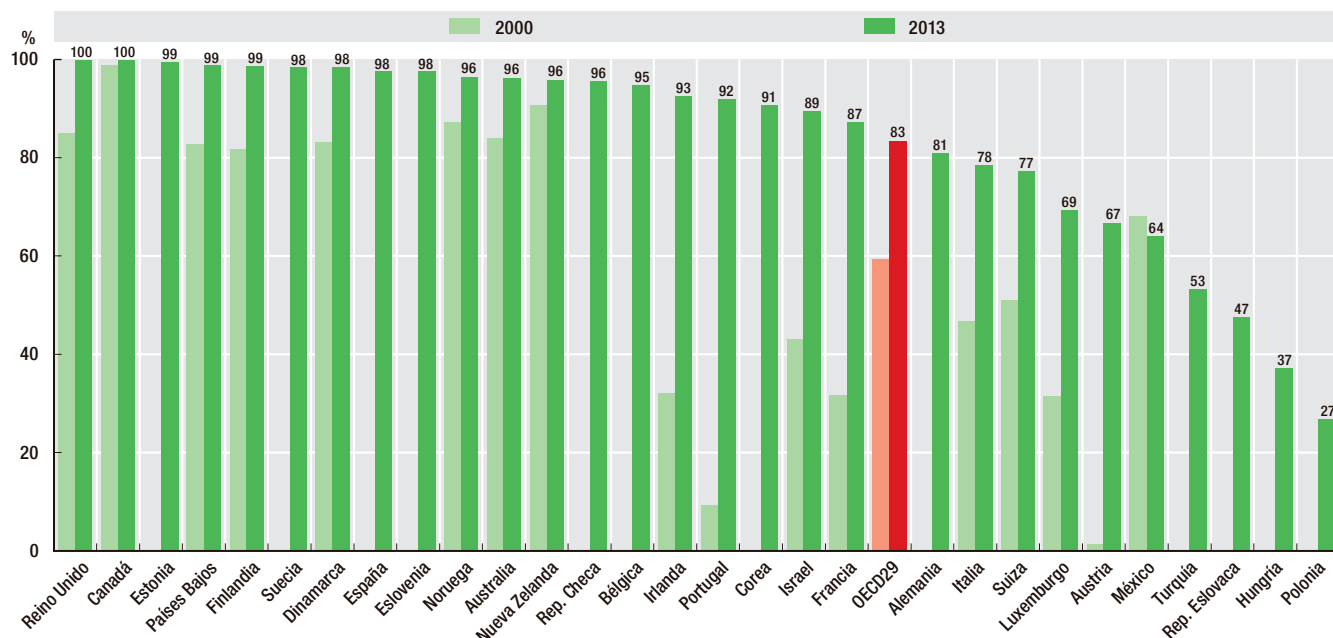
Sin embargo, en algunos países ha habido un marcado incremento en el número de amigdalotomías ambulatorias desde 2000. Además de Finlandia, que está a la cabeza, la proporción de cirugías ambulatorias ha aumentado rápidamente en la última década en el Reino Unido, Dinamarca, Portugal e Italia. En Francia prácticamente no ha habido incremento en la proporción de amigdalotomías ambulatorias desde 2000, y ha disminuido ligeramente en Israel y Suiza. Parece haber oportunidades de crecimiento en amigdalotomías ambulatorias en estos países para reducir costos sin afectar el resultado para los pacientes.

Definición y comparabilidad

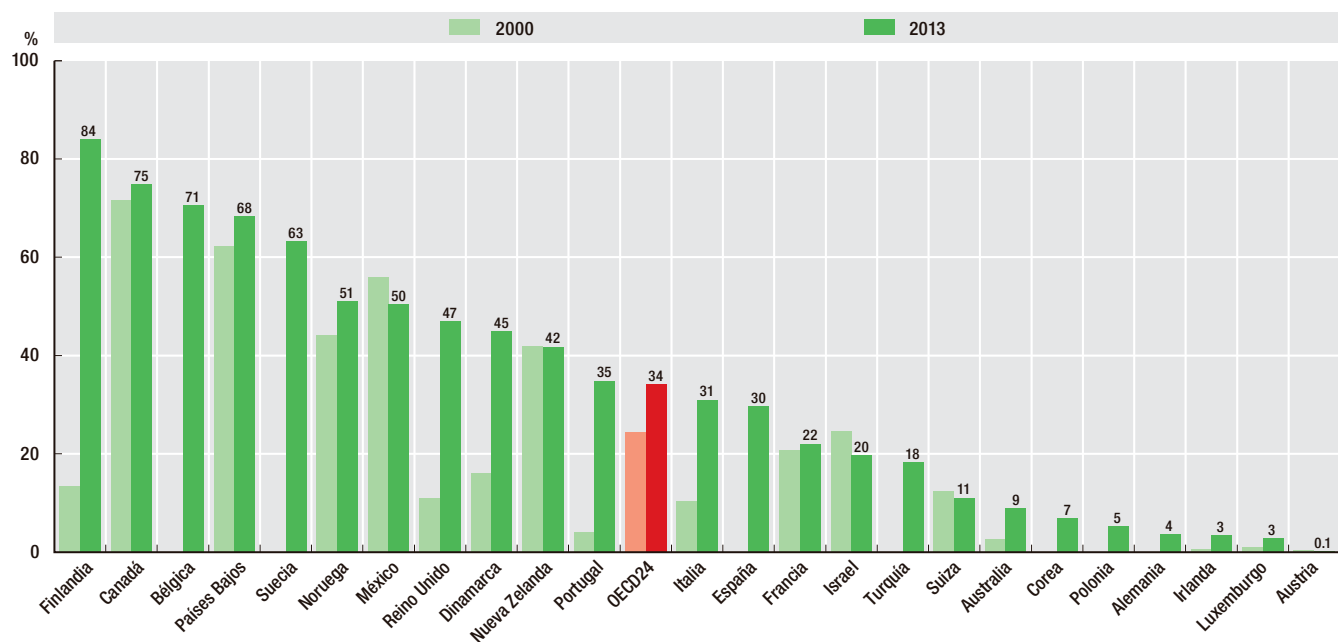
La cirugía de cataratas consiste en la remoción del lente del ojo por la presencia de cataratas que lo nublan parcial o totalmente, y reemplazo con una lente artificial. Se practica principalmente en adultos mayores. La amigdalotomía consiste en la remoción de las amígdalas, unas glándulas al fondo de la garganta. Se practica principalmente en niños.

Las cifras para varios países no incluyen casos extra-hospitalarios dentro o fuera de los hospitales (es decir, pacientes que no son formalmente ingresados y dados de alta), lo que resulta en una subestimación. En Irlanda, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido, las cifras solo incluyen cirugías de catarata realizadas en hospitales públicos o con fondos públicos, excluyendo todos los procedimientos llevados a cabo en hospitales privados (se estima que en Irlanda aproximadamente 15% de la actividad hospitalaria se lleva a cabo en hospitales privados). La información para Portugal se refiere solamente a hospitales públicos en el continente. Las cifras para España incluyen solo parcialmente actividades en hospitales privados.

6.24. Proporción de cirugías de cataratas practicadas en forma ambulatoria, 2000 y 2013 (o año más cercano)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281044>

6.25. Proporción de amigdalotomías practicadas en forma ambulatoria, 2000 y 2013 (o año más cercano)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281044>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>





7. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Cobertura de salud

Necesidades no atendidas de cuidado médico y dental

Gasto médico de bolsillo

Distribución geográfica de médicos

Tiempos de espera para cirugía electiva

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

7. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Cobertura de salud

La cobertura de salud a través de seguros médicos públicos o privados, promueve el acceso a bienes y servicios médicos, y proporciona seguridad financiera contra enfermedades repentinas o serias. Sin embargo, el porcentaje de población asegurada no representa un indicador completo de accesibilidad, ya que el rango de servicios cubiertos y el grado de costos compartidos aplicado también afecta el acceso al servicio.

La mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal (o casi universal) de costos de salud para un conjunto de servicios básicos que normalmente incluye consultas con médicos y especialistas, pruebas y exámenes, así como procedimientos quirúrgicos y terapéuticos (Figura 7.1). Generalmente el cuidado dental y los medicamentos están cubiertos parcialmente, y en varios países ambos servicios deben adquirirse independientemente (OECD, 2015).

Hay tres países de la OCDE que no tienen cobertura universal (o casi universal): Grecia, los Estados Unidos y Polonia. En Grecia, la crisis económica ha reducido la cobertura de seguro de salud entre la población desempleada por largo tiempo y muchos trabajadores independientes que han decidido no renovar sus pólizas de seguro médico por tener menos ingreso disponible. Sin embargo, desde junio de 2014, la población no asegurada está cubierta para medicamentos de prescripción y servicios de urgencia en hospitales públicos, así como para servicios hospitalarios regulares bajo ciertas condiciones (Eurofound, 2014). En los Estados Unidos, la cobertura proviene principalmente de seguros médicos privados, con los que 54% de la población tenía cobertura básica en 2014. 34.5% de la población contaba con cobertura financiada con fondos públicos (los ancianos, personas de bajos recursos o con discapacidades), lo que dejaba a 11.5% de la población sin seguro médico. El porcentaje de población sin asegurar decreció de 14.4% en 2013 a 11.5% en 2014, como resultado de la instrumentación de la ley “Affordable Care Act”, diseñada para expandir la cobertura de seguro de salud (Cohen and Martínez, 2015). En Polonia, una restricción de la legislación en 2012 propició que la gente perdiera la cobertura de seguro social de salud si dejaban de pagar sus aportaciones, aunque es común que las personas que no tienen seguro y requieren servicios médicos acudan a servicios de emergencia en hospitales, donde se les alentará a asegurarse.

La cobertura básica de atención primaria, ya sea proporcionada por seguros públicos o privados, generalmente cubre una “canasta” definida de beneficios, en muchos casos con costos compartidos. En algunos países se puede adquirir una protección adicional con un seguro privado para cubrir los costos compartidos remanentes de la cobertura básica (seguro complementario), o proporcionar acceso más rápido o mayor variedad de opciones de proveedores (seguro duplicado). Entre los 34 países de la OCDE, nueve tienen cobertura privada para más de la mitad de la población (Figura 7.2).

El 95% de la población en Francia cuenta con seguro complementario privado para cubrir los costos compartidos del sistema de seguridad social.

Los Países Bajos tienen el mercado suplementario más grande (86% de la población), seguidos por Israel (83%), en el que los seguros privados pagan los medicamentos de prescripción y cuidado dental que no cuentan con reembolso público. Irlanda y Australia tienen los más grandes mercados de seguro duplicado, con 45% y 47% respectivamente, que proporciona acceso más rápido a servicios médicos del sector privado cuando es necesario esperar en sistemas públicos.

La población cubierta por seguros médicos privados se ha incrementado en algunos países de la OCDE en la última década, y ha disminuido en otros. Se incrementó en algunos países nórdicos como Dinamarca, donde un tercio de la población tiene hoy día un seguro médico privado (en comparación con 10% en 2005), y en Finlandia donde el crecimiento ha sido más modesto, pero sigue siendo casi inexistente en otros países nórdicos. La cobertura de seguros médicos privados también ha aumentado en Australia y Corea, pero se ha reducido en Irlanda, Nueva Zelanda y el Reino Unido (Figura 7.3).

La importancia de los seguros médicos privados está ligada a varios factores, incluyendo brechas en el acceso a servicios con financiamiento público, intervenciones gubernamentales dirigidas a los mercados de seguros médicos privados, y desarrollo histórico.

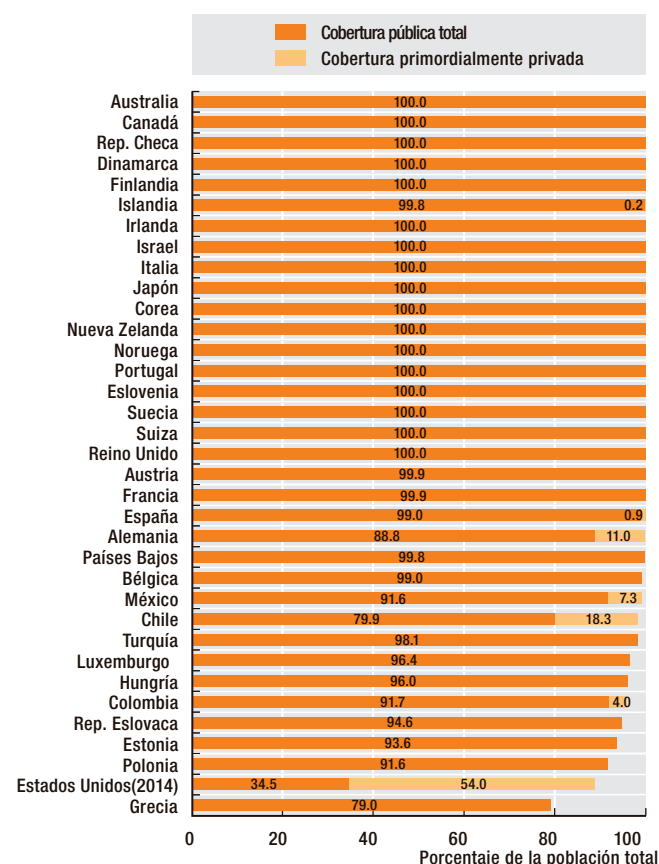
Definición y comparabilidad

La cobertura de salud se define aquí como la proporción de la población que recibe un conjunto básico de bienes y servicios para el cuidado de la salud a través de programas públicos y de seguros médicos privados. Incluye a titulares y a sus dependientes. La cobertura pública se refiere tanto a los programas gubernamentales, generalmente financiados con impuestos, y seguridad social, generalmente financiada vía nómina. La adquisición de seguro médico privado es normalmente voluntaria, aunque en algunos casos es obligatoria por ley o para empleados como parte de sus condiciones laborales. Las primas en general no están relacionadas con el ingreso, aunque la adquisición de cobertura privada puede estar subsidiada por el gobierno.

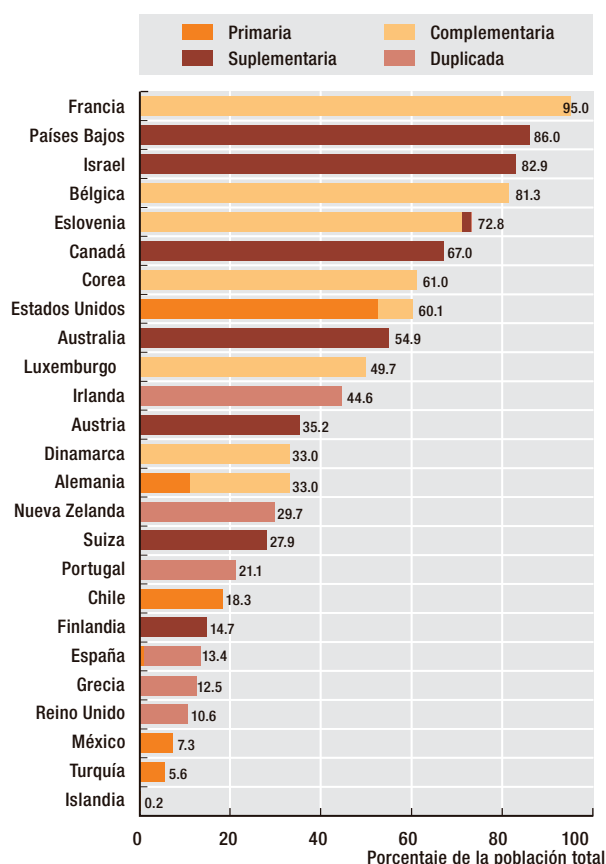
Referencias

- Cohen, R.A. and M.E. Martínez, M.E. (2015), Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, 2014, National Center for Health Statistics, June.
- Eurofound (2014), Access to Healthcare in Times of Crisis, Dublin.
- OECD (2015), “Measuring Health Coverage”, OECD, Paris, available at: www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm

7.1. Cobertura de seguro médico para un conjunto básico de servicios, 2013



7.2. Cobertura de seguro médico privado, por tipo, 2013 (o año más cercano)

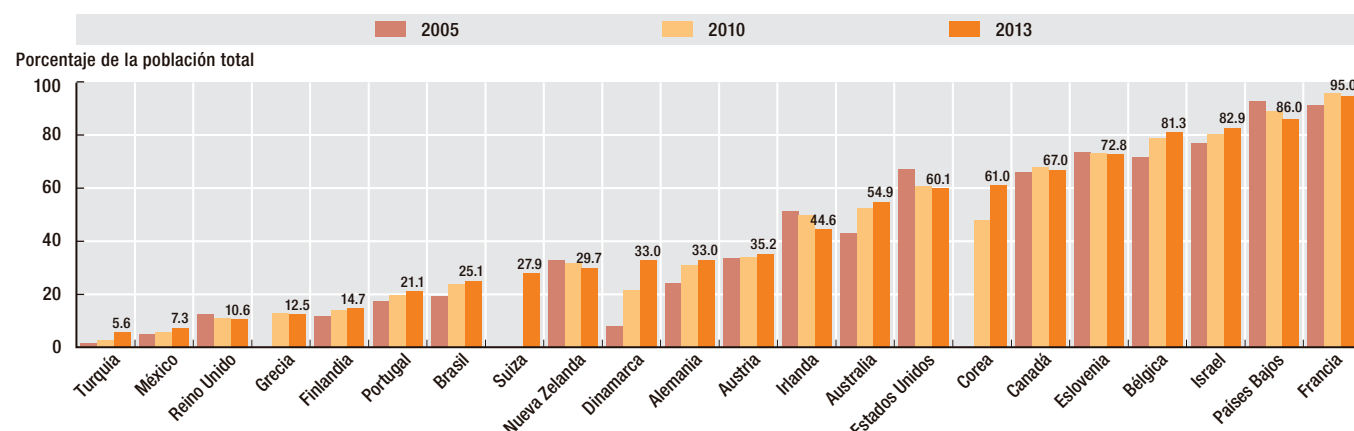


Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281052>

Nota: Los seguros médicos privados pueden ser duplicados y suplementarios en Australia; complementarios y suplementarios en Dinamarca y Corea; duplicados, complementarios y suplementarios en Israel y Eslovenia.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281052>

7.3. Evolución de la cobertura de seguros médicos privados, 2005 a 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281052>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

7. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Necesidades no atendidas de cuidado médico y dental

El acceso a los servicios de salud puede ser obstaculizado por una variedad de razones relacionadas ya sea con el funcionamiento del sistema de salud mismo (como el costo de una visita o tratamiento médico, la distancia a una institución de salud, o listas de espera), o con razones personales (como miedo a no ser comprendido por el médico o no tener tiempo para conseguir atención). La gente que opta por prescindir del servicio puede estar poniendo su salud en riesgo. Cualquier inequidad en necesidades de salud no atendidas puede resultar en un estado de salud aún peor e incrementar las inequidades.

Alrededor del 3% de la población en Europa en promedio, reportó necesidades médicas no atendidas debido al costo, distancia y tiempos de espera en 2013, de acuerdo con la encuesta de la Unión Europea “Statistics on Income and Living Conditions”, pero hay grandes diferencias entre países (Figura 7.4). Grandes proporciones de la población en Letonia, Grecia, Polonia y Estonia, reportan necesidades no atendidas, mientras que ese es el caso para menos del 1% de la población de los Países Bajos, Austria, España, Luxemburgo y la República Checa. Las necesidades no atendidas de exámenes médicos son consistentemente más altas entre los grupos de población de bajos ingresos en comparación con los de ingresos altos (Figura 7.4). La brecha fue particularmente grande en 2013 en Letonia, Italia y Grecia.

Una mayor proporción de la población en países europeos reporta algunas necesidades no atendidas de cuidado dental que de cuidado médico, lo que refleja que la cobertura pública para cuidado dental es generalmente más baja en la mayoría de los países. Entre los países europeos, Letonia (18.9%), Portugal (14.3%), Islandia (11.1%) e Italia (10%), reportaron las tasas más altas de necesidades de cuidado dental no atendidas en 2013 (Figura 7.5). En estos países hubo grandes inequidades en el cuidado dental entre grupos de bajos y altos ingresos. En promedio, en los países europeos cubiertos en esta encuesta, casi el 10% de las personas con bajos ingresos reportaron tener algunas necesidades de cuidado dental no atendidas en comparación con 1.6% de las personas con ingresos altos.

Los países participantes en la encuesta Commonwealth Fund International Health Policy, y otros países que usan la misma encuesta, recaban datos de necesidades no atendidas de visitas de médicos, cuidado médico y medicamentos de prescripción debido al costo. Como es de esperarse, los resultados de estas encuestas muestran un número consistentemente mayor de necesidades de atención no satisfechas por razones financieras entre la población de bajos ingresos en comparación con la de ingresos altos (Figura 7.6). Las más grandes proporciones de necesidades no atendidas de cuidado médico en 2013 se reportaron en los Estados Unidos, mientras que el Reino Unido tuvo las más bajas, seguido de Suecia.

Hubo grandes brechas en necesidades de cuidado médico no atendidas entre población de altos y bajos ingresos en la República Checa, Francia y los Estados Unidos.

Es importante considerar los reportes de necesidades de cuidado no atendidas junto con otros indicadores de potenciales obstáculos de acceso a servicios de salud, como el grado de cobertura de seguros médicos y el monto de los pagos de bolsillo. Por ejemplo, la proporción de necesidades no atendidas disminuyó en Alemania al eliminar una cuota trimestral de 10 euros cargada a los pacientes.

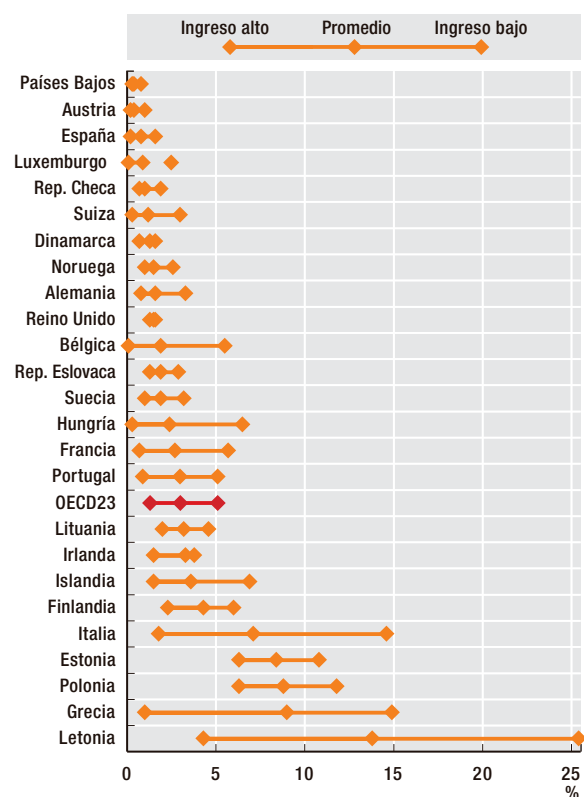
Las estrategias para mejorar el acceso a servicios de salud para la población desfavorecida o desatendida deben atacar tanto las barreras financieras como las no financieras, así como promover abasto y distribución apropiada de médicos, dentistas y otros profesionales de la salud (ver el indicador “Distribución geográfica de médicos”).

Definición y comparabilidad

La información sobre necesidades no atendidas viene de dos fuentes principales. En primer lugar la encuesta European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), pregunta a los encuestados si hubo alguna ocasión en los últimos 12 meses en que sintieron que necesitaban un examen médico o dental pero no lo recibieron, y por qué la necesidad no fue atendida (las razones incluyen el alto costo de la atención, un tiempo de espera largo, una gran distancia por recorrer para recibir atención, falta de tiempo, o esperar para ver si el problema mejoraba por sí mismo). La información presentada en las Figuras 7.4 y 7.5 cubre necesidades no atendidas debido al costo, tiempo de espera y distancia.

La segunda fuente es la encuesta Commonwealth Fund International Health Policy, que pregunta a los encuestados si en el último año no acudieron al médico cuando tuvieron un problema, no se hicieron un examen médico, no siguieron un tratamiento o seguimiento recomendado por el médico, no surtieron una prescripción o modificaron la dosis de medicamento por el costo. Esta encuesta fue llevada a cabo en once países. Se hicieron preguntas similares en la encuesta nacional en la República Checa unos cuantos años antes (2010).

7.4. Necesidades no atendidas de exámenes médicos por nivel de ingreso, 2013

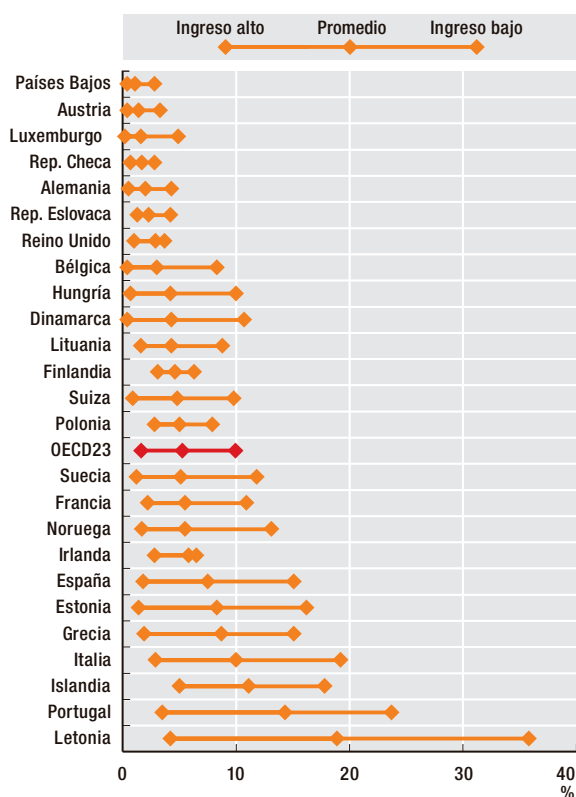


Nota: Necesidades no atendidas por las siguientes razones: muy caro, muy lejos, tiempo de espera

Fuente: EU-SILC 2013

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281066>

7.5. Necesidades no atendidas de exámenes dentales por nivel de ingreso, 2013

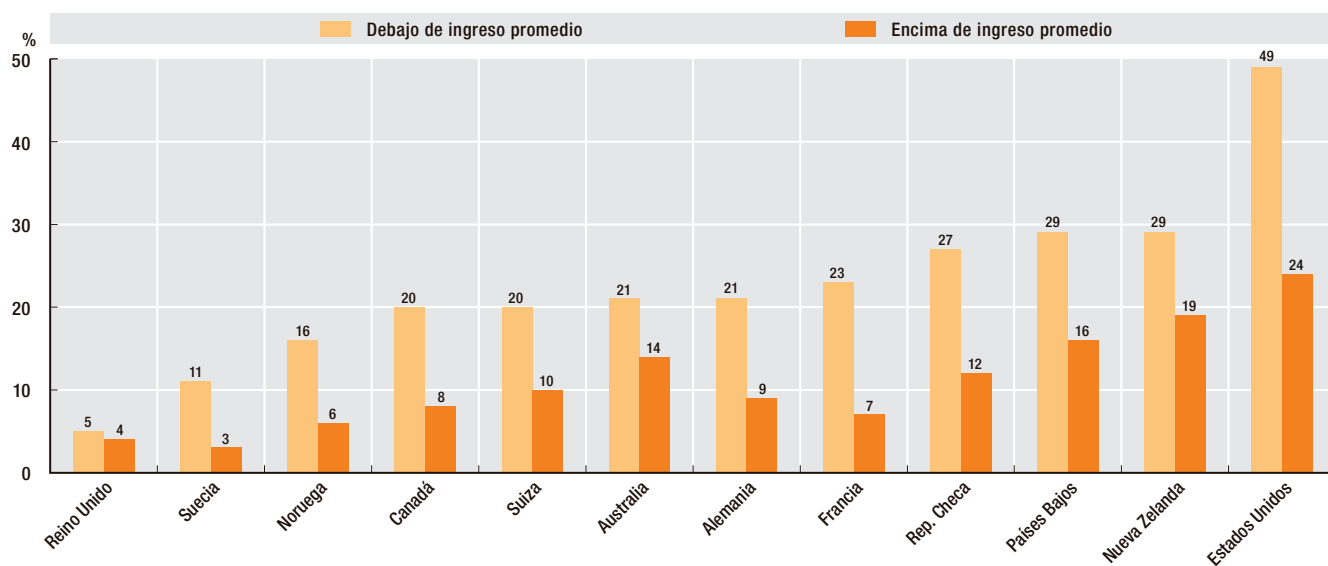


Nota: Necesidades no atendidas por las siguientes razones: muy caro, muy lejos, tiempo de espera

Fuente: EU-SILC 2013

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281066>

7.6. Necesidades no cubiertas de atención debido al costo, por nivel de ingreso, 2013



Nota: No visitaron al médico cuando tuvieron un problema, no obtuvieron la atención recomendada, no surtieron o no tomaron la prescripción.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey, complementado con información de la encuesta nacional de la República Checa (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281066>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

7. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Gasto médico de bolsillo

La protección financiera a través de seguros médicos públicos o privados reduce sustancialmente la cantidad que la gente paga directamente por atención médica, pero en algunos países, la carga del gasto de bolsillo puede crear barreras para el acceso y uso de servicios de salud. Las familias que enfrentan dificultades para pagar gastos médicos pueden retrasar o incluso renunciar a cuidados necesarios. En promedio en los países de la OCDE, 19% del gasto en salud es pagado directamente por los pacientes (ver el indicador “Financiamiento del cuidado de la salud” en el Capítulo 9 sobre “Gasto en Salud”).

En contraste con la atención financiada con fondos públicos, el gasto de bolsillo depende de la capacidad de pago de la gente. Si el financiamiento de la atención médica depende más del gasto de bolsillo, la carga recae en teoría, en quienes más usan los servicios, y posiblemente pase de las familias con ingresos altos a familias con más bajos ingresos que tienen mayores necesidades de atención médica. En la práctica muchos países tienen políticas para proteger a ciertos grupos de población de gastos de bolsillo excesivos. Éstas consisten en exenciones parciales o totales para los beneficiarios de la asistencia social, población de la tercera edad, personas con enfermedades crónicas e incapacidades, limitando los pagos directos ya sea en términos absolutos o como una proporción del ingreso (Paris et al., 2010; OECD, 2015).

La carga del gasto médico de bolsillo se puede medir ya sea como proporción del ingreso total o como proporción del consumo total de una familia. La proporción del consumo asignada al gasto médico varió considerablemente entre países de la OCDE en 2013, oscilando entre menos del 1.5% del consumo total de la familia en países como Turquía, los Países Bajos, Francia y el Reino Unido, a más de 4% en Corea, Suiza y Grecia (Figura 7.7). En promedio en los países de la OCDE, 2.8% del gasto familiar se asignó a productos y servicios médicos.

Los sistemas de salud en los países de la OCDE se difieren en el grado de cobertura para diferentes servicios y productos para la salud. En la mayoría de los países el grado de cobertura es mayor para cuidados hospitalarios y consultas médicas que para medicamentos, cuidado dental y oftalmológico (Paris et al., 2010; OECD, 2015). Tomando en cuenta estas diferencias y la importancia relativa de las diferentes categorías de gasto, existen variaciones significativas entre países de la OCDE en el desglose de los costos médicos que las familias tienen que enfrentar.

En la mayoría de los países de la OCDE, el cuidado curativo (incluyendo atención hospitalaria y consulta ambulatoria) y los medicamentos son los dos principales rubros de gasto médico de bolsillo (Figura 7.8). Estos dos componentes en promedio contribuyen con dos tercios del gasto médico total de las familias, pero la importancia varía entre países. En Luxemburgo, Bélgica y Suiza, los pagos de las familias por cuidados curativos hospitalarios y ambulatorios representan cerca del 50% del total del desembolso. En otros países como Polonia, la República Checa, Hungría y Canadá, la mitad de los pagos de bolsillo o más se destinan a medicamentos.

En algunos de estos países, además de los pagos compartidos por medicamentos prescritos, el gasto en medicamentos OTC para auto-medicación ha sido históricamente alto.

Los pagos por tratamiento dental también juegan un papel significativo en el gasto médico familiar, representando 20% del total del gasto de bolsillo en los países de la OCDE. En Estonia, Noruega, Dinamarca y España, esta cifra alcanza el 30% o más. Esto puede explicarse al menos en parte, por la limitada cobertura pública de cuidados dentales en estos países, en comparación con una cobertura más completa para otras categorías de servicios. La importancia de dispositivos terapéuticos (anteojos, aparatos para sordera, etc.) en el total del gasto médico de las familias es muy variable, pero llega a un nivel de 33% en los Países Bajos, cuando el promedio en la OCDE fue de 13%. Más de la mitad son productos para el cuidado de la vista. En muchos países la cobertura pública se limita a una contribución para el costo de las lentes. Los armazones normalmente están excluidos de la cobertura pública, lo que deja a las familias la carga del costo total si no están cubiertos por un seguro complementario privado.

Definición y comparabilidad

El gasto de bolsillo son los pagos originados directamente por un paciente cuando el costo total de un producto o servicio de salud no es cubierto por seguros médicos públicos o privados. Incluye el costo compartido y otros gastos pagados directamente por las familias, y debería incluir también estimaciones de pagos informales a profesionales de la salud. Se presenta únicamente el gasto salud (es decir, el gasto en salud total menos el gasto en salud que es parte de los cuidados de largo plazo), ya que la capacidad de los países de calcular el gasto privado de cuidados de largo plazo es muy variable.

El gasto de consumo total de las familias cubre todas las compras hechas por los ocupantes de un hogar para satisfacer sus necesidades diarias como alimentación, ropa, renta o servicios de salud.

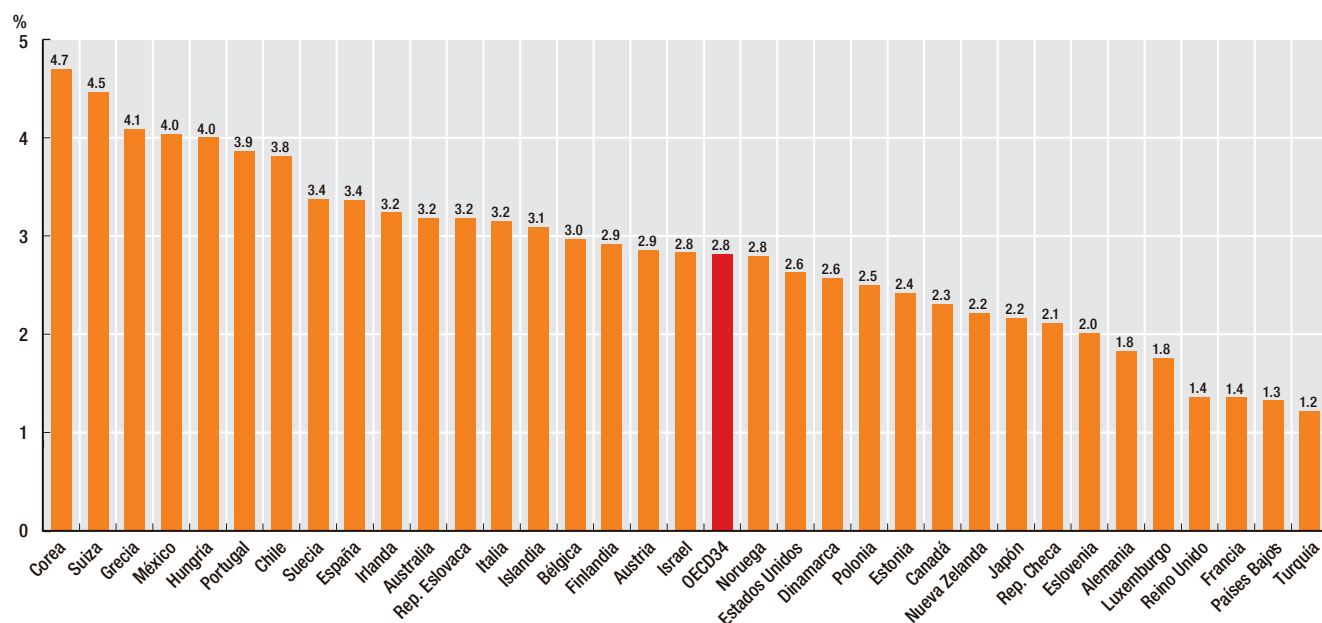
Referencias

- OECD (2015), “Measuring Health Coverage”, OECD, Paris, available at: www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm
- Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), “Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, OECD Health Working Paper, No. 50, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en>.

7. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Gasto médico de bolsillo

7.7. Gasto médico de bolsillo como proporción del consumo total de las familias, 2013 (o año más cercano)



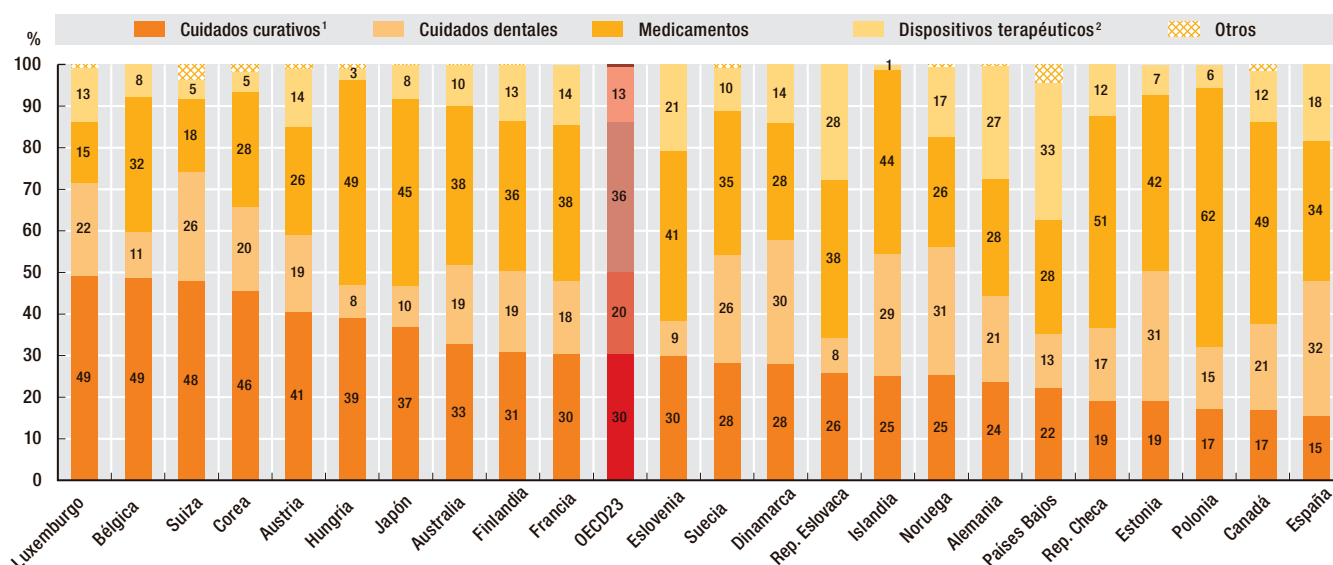
Nota: Este indicador muestra el gasto en salud actual excluyendo el gasto (en salud) en cuidados de largo plazo.

1. El valor para los Países Bajos es una subestimación pues excluye pagos compartidos obligatorios que los pacientes deben hacer a las aseguradoras (de tomarse en cuenta la proporción se duplicaría).

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281072>

7.8. Proporciones de gasto médico de bolsillo por servicios y productos, 2013 (o año más cercano)



Nota: Este indicador muestra el gasto en salud corriente excluyendo el gasto (en salud) en cuidados de largo plazo.

1. Incluye servicios de rehabilitación y complementarios.

2. Incluye productos para el cuidado de la vista, aparatos de sordera, sillas de ruedas, etc.

Source: OECD Health Statistics 2015

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281072>

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

7. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Distribución geográfica de médicos

El acceso al cuidado de la salud requiere un número adecuado y apropiada distribución de médicos en todo el país. La escasez de médicos en ciertas regiones puede incrementar los tiempos de viaje o de espera para los pacientes, y resultar en necesidades no atendidas. La distribución desigual de médicos es un importante aspecto de políticas en la mayoría de los países de la OCDE, especialmente en aquellos con áreas remotas y poco pobladas, y aquellos con regiones urbanas marginadas donde también los servicios pueden ser insuficientes.

El número total de médicos per cápita varía en los países de la OCDE desde muy bajos, de alrededor de dos por cada 1 000 habitantes en Chile, Turquía y Corea; a muy altos, de cinco o más en Grecia y Austria (ver el indicador de “Médicos” en el Capítulo 5). Más allá de estas diferencias entre países, el número de médicos per cápita tiene también grandes variaciones entre regiones en un mismo país. (Figura 7.9). Una característica común en muchos países es la tendencia a tener una concentración mayor de médicos en las capitales. Por ejemplo, Austria, Bélgica, la República Checa, Grecia, México, Portugal, la República Eslovaca y los Estados Unidos tienen una densidad mucho mayor de médicos en sus capitales nacionales.

La densidad de médicos es consistentemente mayor en áreas urbanas, lo que refleja la concentración de servicios especializados como cirugías y las preferencias de los médicos de ejercer en zonas urbanas. Existen enormes diferencias en la densidad de médicos entre áreas predominantemente urbanas y rurales en Francia, Australia, y Canadá, aunque la definición de regiones urbanas y rurales también varía entre países. La distribución de médicos entre áreas urbanas y rurales es más equivalente en Japón y Corea, pero en general hay menos médicos en ambos países (Figura 7.10).

Los médicos pueden ser renuentes a ejercer en regiones rurales por preocuparles su vida profesional (incluyendo sus ingresos, horas laborales, oportunidades para desarrollo profesional, aislamiento de pares) y la infraestructura social (como las oportunidades de educación para sus hijos y oportunidades profesionales para sus cónyuges).

La elección del lugar de ejercicio profesional de los médicos puede ser influenciada por una variedad de políticas, incluyendo: 1) la provisión de incentivos financieros para los médicos que trabajan en áreas desfavorecidas; 2) inscripciones progresivas en programas de educación médica para estudiantes con ciertos orígenes geográficos o antecedentes sociales, o descentralización de escuelas de medicina; 3) regulación de la elección del lugar de práctica para los médicos (para recién graduados o médicos formados en el extranjero); y 4) re-organización de la provisión de servicios de salud para mejorar las condiciones laborales de los médicos en zonas marginadas y encontrar maneras innovadoras de mejorar el acceso a la salud para la población.

Muchos países de la OCDE otorgan diferentes tipos de incentivos financieros para atraer y retener médicos en áreas desfavorecidas, incluyendo subsidios únicos para ayudarles a establecer su consultorio y pagos recurrentes como garantías de ingreso y pago de bonos (Ono et al., 2014).

A finales de 2012, el Ministerio de Salud en Francia lanzó un “Pacto Territorial de Salud” para promover el reclutamiento y retención de médicos y otros profesionales de la salud en regiones desfavorecidas. Este Pacto incluye una serie de medidas para facilitar que los médicos jóvenes se establezcan en áreas marginadas, mejorar sus condiciones de trabajo (notablemente a través de la creación de hogares médicos multidisciplinarios que permiten a los médicos y otros profesionales de la salud trabajar en el mismo lugar), promover la tele-medicina, y acelerar la transferencia de competencias de médicos a otros proveedores de servicios de salud (Ministry of Health, 2015). Los primeros resultados de este programa son prometedores, aunque es aún muy reciente para emitir conclusiones definitivas sobre el costo-efectividad de diferentes medidas.

En Alemania, se regula el número de autorizaciones de práctica de nuevos médicos que proporcionan cuidado ambulatorio en cada región, según una cuota nacional de suministro del servicio.

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

Definición y comparabilidad

Las regiones se clasifican en dos niveles territoriales. El nivel alto (Nivel Territorial 2) consiste en grandes regiones que corresponden generalmente a regiones administrativas nacionales. Éstas pueden tener una mezcla de áreas urbanas, intermedias y rurales. El nivel bajo se compone de regiones más pequeñas clasificadas como predominantemente urbanas, intermedias o rurales, aunque hay variaciones entre países en esta clasificación.

Referencias

- Ministry of Health (2015), Le Pacte territoire santé [Health Territory Pact], available at: www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html
- Ono, T., M. Schoenstein and J. Buchan (2014), “Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses”, OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5f25sq5ls1wl-en>.

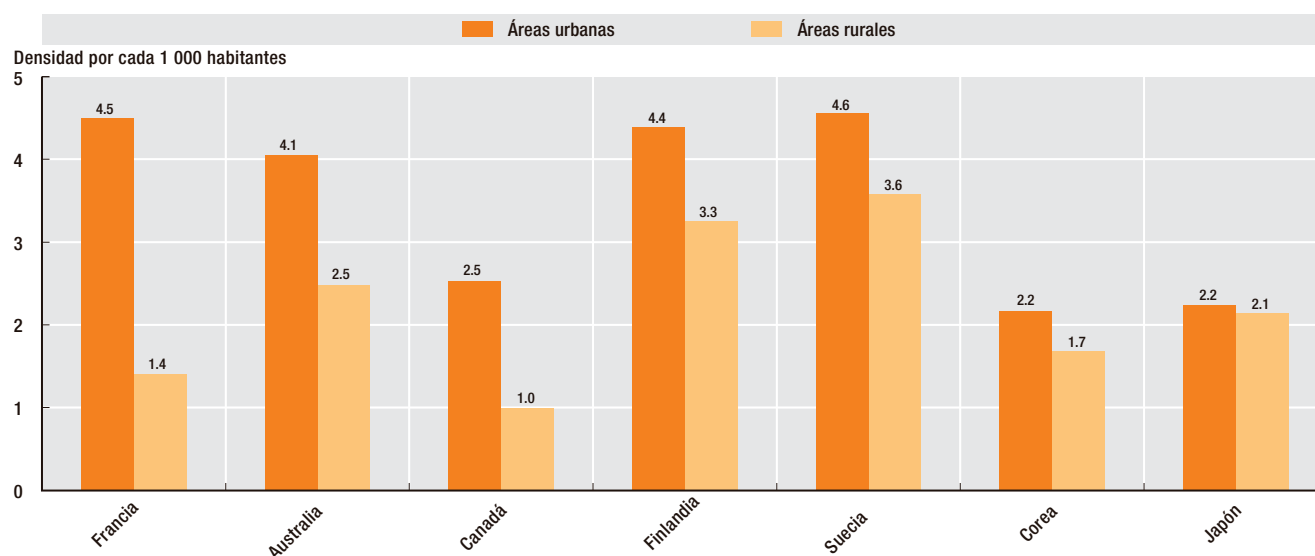
7.9. Densidad de médicos, por regiones de Nivel Territorial 2, 2013 (o año más cercano)



Fuente: OECD Regions at a Glance 2015

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281083>

7.10. Densidad de médicos en regiones predominantemente urbanas y rurales, selección de países, 2013 (o año más cercano)



Nota: La clasificación de regiones urbanas y rurales varía entre países.

Source: Australia: AIHW National Health Workforce Data Set (NHWDS) 2013; Canada: Scott's Medical Database, 2013, Canadian Institute for Health Information; France: RPPS médecins au 1er janvier 2015; Other: OECD Regions at a Glance 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281083>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

7. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Tiempos de espera para cirugía electiva

Los largos tiempos de espera para acceso a servicios de salud son una importante cuestión de políticas en muchos países de la OCDE (Siciliani et al., 2013). Un tiempo de espera largo para cirugía electiva (no de urgencia), como la cirugía de cataratas, reemplazo de cadera y rodilla, genera insatisfacción en los pacientes pues se posponen los beneficios que esperan obtener del tratamiento, y el dolor e incapacidad persisten. Mientras que los tiempos de espera se consideran un asunto de política importante en muchos países, este no es el caso en otros (por ejemplo, Bélgica, Francia, Alemania, Japón, Corea, Luxemburgo, Suiza, los Estados Unidos).

El tiempo de espera es el resultado de una compleja interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud, en la que los médicos juegan un papel crítico en ambos lados. La demanda de servicios de salud y cirugía electiva es determinada por el estado de salud de la población, el avance en tecnología médica (incluyendo la mayor facilidad para muchos procedimientos como la cirugía de cataratas que ahora es ambulatoria), las preferencias de los pacientes (incluyendo su ponderación de los beneficios y riesgos esperados), y el nivel de costo compartido para los pacientes. Sin embargo, los médicos juegan un papel crucial en convertir la demanda de mejor salud de los pacientes en una demanda de atención médica. En el lado de la oferta, la disponibilidad de diferentes categorías de cirujanos, anestelistas y demás personal involucrado en procedimientos quirúrgicos, así como el suministro del equipo médico y hospitalario requerido, tienen una influencia en las tasas de actividad quirúrgica. La medida empleada en este documento se enfoca en los tiempos de espera desde el momento que un especialista incluye a un paciente en la lista de espera, al momento en que el paciente recibe el tratamiento. Se presentan tanto el tiempo de espera promedio como la mediana. Como algunos pacientes tienen que esperar por tiempos muy largos, el promedio es normalmente mayor que la mediana. Durante 2013-14 el tiempo de espera promedio para cirugía de cataratas era de algo más de 30 días en los Países Bajos, pero mucho mayor en Chile, Estonia y Polonia (Figura 7.11). En el Reino Unido, el tiempo de espera promedio para cirugía de cataratas era de 72 días en 2013, ligeramente por encima de 66 días en 2007. En Portugal y España, el tiempo de espera disminuyó entre 2007 y 2010, pero se ha incrementado desde entonces. En Finlandia y Estonia, el tiempo de espera para cirugía de cataratas ha disminuido constantemente, aunque el promedio en Estonia sigue siendo alto.

En 2013-14 el tiempo de espera promedio para reemplazo de cadera era de algo más de 40 días en los Países Bajos, de alrededor de 250 días en Estonia y de más de 300 en Chile y Polonia (Figura 7.12). La mediana del tiempo de espera era de alrededor de 40 días en Dinamarca, 60 días en Israel y entre 75 y 90 días en Hungría, el Reino Unido, Portugal, Canadá y Nueva Zelanda. Alcanzó entre 120 y 150 días en España, Noruega y Estonia, y más de 200 días en Polonia y Chile. Como es el caso de la cirugía de cataratas, los tiempos de espera para reemplazo de cadera decrecieron en Portugal y España entre 2007 y 2010, pero se han incrementado desde entonces.

El tiempo de espera para reemplazo de rodilla ha disminuido en años recientes en los Países Bajos, Dinamarca, Finlandia y Estonia, aunque sigue siendo largo en Estonia (Figura 7.13). Durante la última década, la garantía de tiempo de espera se ha convertido en la herramienta política más común para enfrentar este tema en varios países. Este es el caso en Finlandia, donde se introdujo en 2005 la National Health Care Guarantee, lo que condujo a una reducción del tiempo de espera para cirugía electiva (Jonsson et al., 2013). En Inglaterra, desde abril de 2010, la NHS Constitution ha establecido el derecho de acceso a ciertos servicios con tiempos máximos de espera, y de no ser posible la NHS debe tomar las medidas razonables para ofrecer una variedad de proveedores alternativos (Smith and Sutton, 2013). Estas garantías solo son efectivas si son obligatorias, para lo cual hay dos enfoques principales: establecer tiempos de espera objetivo y responsabilizar a los proveedores por alcanzarlos; o permitir a los pacientes elegir proveedores de salud alternativos (incluyendo el sector privado) si tienen que esperar más de un tiempo máximo (Siciliani et al., 2013).

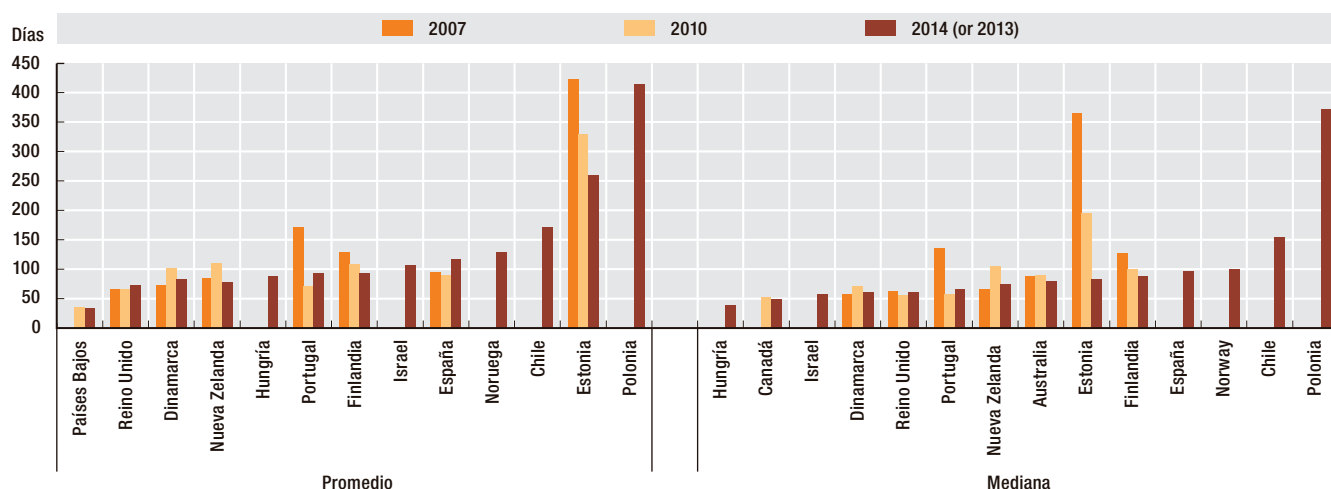
Definición y comparabilidad

Existen al menos dos formas de medir los tiempos de espera para procedimientos electivos: 1) medir los tiempos de espera para pacientes tratados durante un cierto período; o 2) medir los tiempos de espera para pacientes que aún están en lista en un cierto momento. Las cifras reportadas en este documento se midieron de la primera forma (en la base de datos de salud de la OCDE están disponibles cifras con la segunda medida). Los datos se obtuvieron de bases de datos administrativas (no encuestas). Se reportan tanto el promedio como la mediana de los tiempos de espera. La mediana es el valor que separa una distribución en dos partes iguales (es decir, la mitad de los pacientes tienen tiempos largos de espera y la otra mitad tiempos más cortos). En comparación con el promedio, la mediana minimiza la influencia de valores atípicos (pacientes con tiempos de espera muy largos).

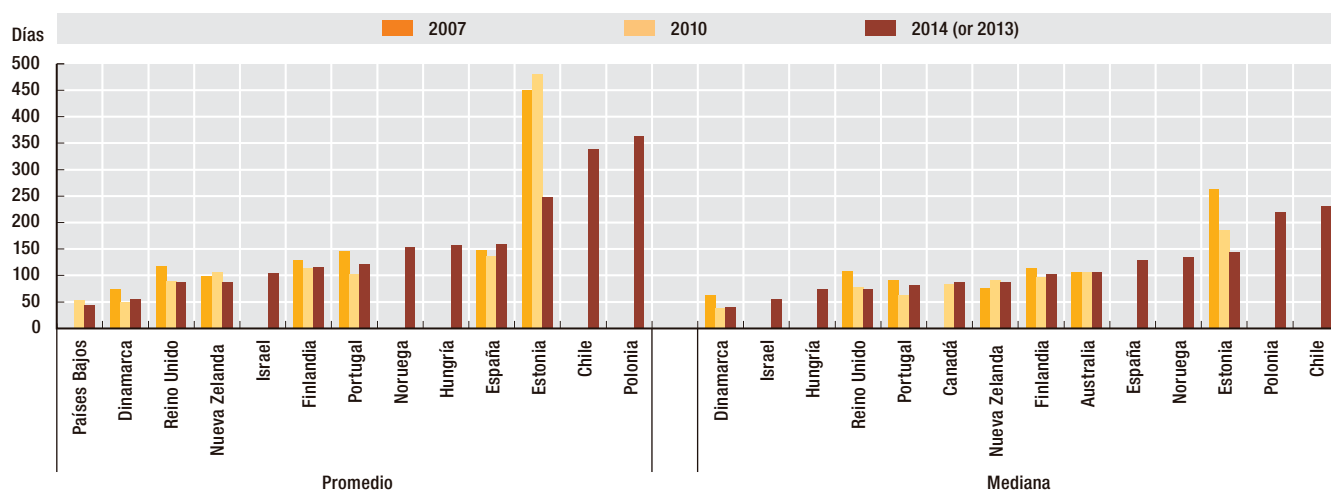
Referencias

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

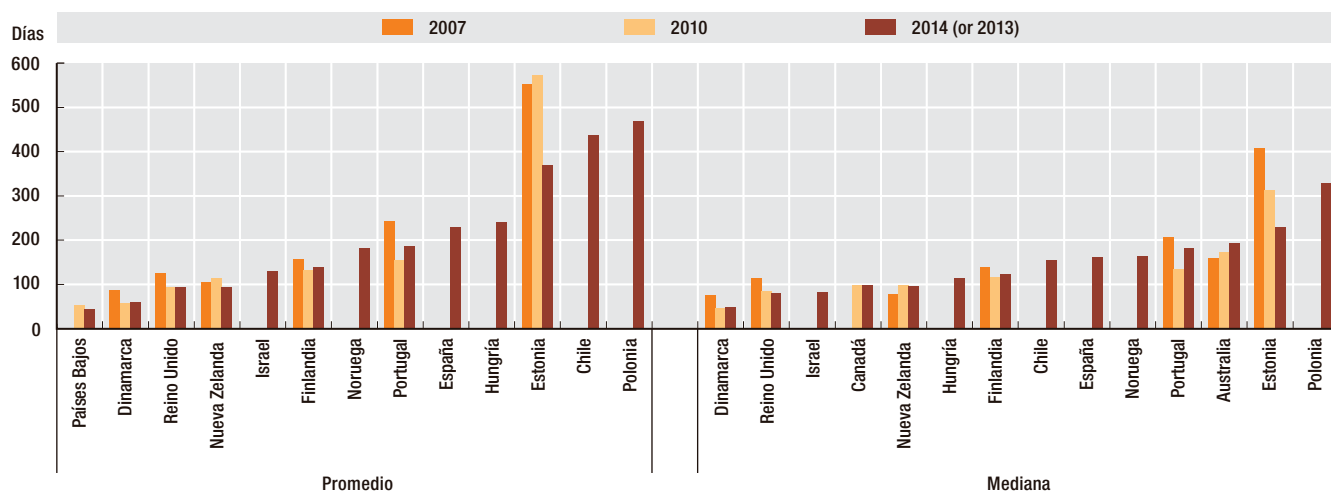
7.11. Cirugía de cataratas, tiempos de espera para valoración o tratamiento de especialista, 2007 a 2014 (o 2013)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281097>

7.12. Reemplazo de cadera, tiempos de espera para valoración o tratamiento de especialista, 2007 a 2014 (o 2013)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281097>

7.13. Reemplazo de rodilla, tiempos de espera para valoración o tratamiento de especialista, 2007 a 2014 (o 2013)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281097>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>





8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Admisiones evitables en hospitales

Cuidado de la diabetes

Prescripciones en atención primaria

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

Mortalidad por accidente vascular cerebral

Tiempos de espera para cirugía por fractura de cadera

Complicaciones quirúrgicas

Trauma obstétrico

Cuidado para personas con desórdenes mentales

Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer cervical

Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer de mama

Supervivencia y mortalidad por cáncer colorrectal

Programa de vacunación infantil

Vacuna contra influenza para adultos mayores

Experiencias de los pacientes con la atención ambulatoria

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Admisiones evitables en hospitales

La mayoría de los sistemas de salud han desarrollado un “nivel primario” de atención cuyas funciones incluyen la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención de nuevas dolencias y de condiciones de largo plazo, así como referir a los pacientes a servicios hospitalarios en caso necesario. Un objetivo clave es mantener a la población saludable proporcionando un punto consistente de atención a lo largo del tiempo, ajustando y coordinando la atención para pacientes con múltiples necesidades médicas, y proporcionando ayuda para la auto-educación y auto-gestión de los pacientes.

Tres condiciones altamente prevalentes de largo plazo son el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC / COPD, por sus siglas en inglés), y la insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés). Tanto el asma como la EPOC limitan la respiración: los síntomas de asma son normalmente intermitentes y reversibles con tratamiento, mientras que la EPOC es una enfermedad progresiva que afecta casi exclusivamente a fumadores y ex-fumadores. El asma afecta a un estimado de 235 millones de personas en todo el mundo (WHO, 2013). Más de 3 millones de personas murieron a causa de EPOC en 2012, lo que equivale a 6% del total global de muertes ese año (WHO, 2015). La insuficiencia cardíaca congestiva es una enfermedad crónica que impide al corazón bombear suficiente sangre para mantener las necesidades del organismo. Es frecuentemente causada por hipertensión, diabetes o cardiopatía coronaria. Se estima que la insuficiencia cardíaca afecta a más de 26 millones de personas en el mundo, y es la causa de más de 1 millón de hospitalizaciones en los Estados Unidos y Europa.

Hay dos hechos que son comunes a las tres condiciones: la base de evidencia para la efectividad del tratamiento está bien establecida, y mucho del mismo puede llevarse a cabo a nivel de atención primaria. Un sistema de atención primaria de alto desempeño puede reducir el deterioro agudo de pacientes con asma, EPOC o insuficiencia cardíaca congestiva, y prevenir su hospitalización.

La Figura 8.1 muestra las tasas de admisiones hospitalarias por asma y EPOC, dada la relación fisiológica entre ambas enfermedades. Las tasas de admisión por asma varían hasta 11 veces entre países, siendo las menores las de Italia, Suiza y México; y Corea, los Estados Unidos y la República Eslovaca con tasas hasta dos veces más altas que el promedio de la OCDE. Existe una variación internacional en admisiones hospitalarias por EPOC de hasta 17 veces entre países de la OCDE, siendo las tasas menores las de Japón e Italia, y las más altas las de Hungría e Irlanda. La variación para las dos enfermedades respiratorias combinadas es de 8 veces entre los diferentes países. Las tasas de admisiones hospitalarias por insuficiencia cardíaca congestiva varían 7 veces como se muestra en la Figura 8.2, con México, el Reino Unido y Corea con las menores tasas, mientras que la República Eslovaca, Hungría y Polonia reportan tasas hasta 1.8 veces el promedio de la OCDE.

La mayoría de los países reportan una reducción en las admisiones hospitalarias por insuficiencia cardíaca congestiva en los últimos años.

Esto puede representar una mejora en la calidad de la atención primaria. Las medidas que los diferentes países están tomando para esta mejora de la calidad, se han descrito en una serie de informes nacionales realizados por la OCDE. En Israel, el programa Quality Indicators for Community Health Care, es un ejemplo de cómo la información pública sobre la atención se puede usar para incentivar a los proveedores a desarrollar mejores servicios (OECD, 2012).

Definición y comparabilidad

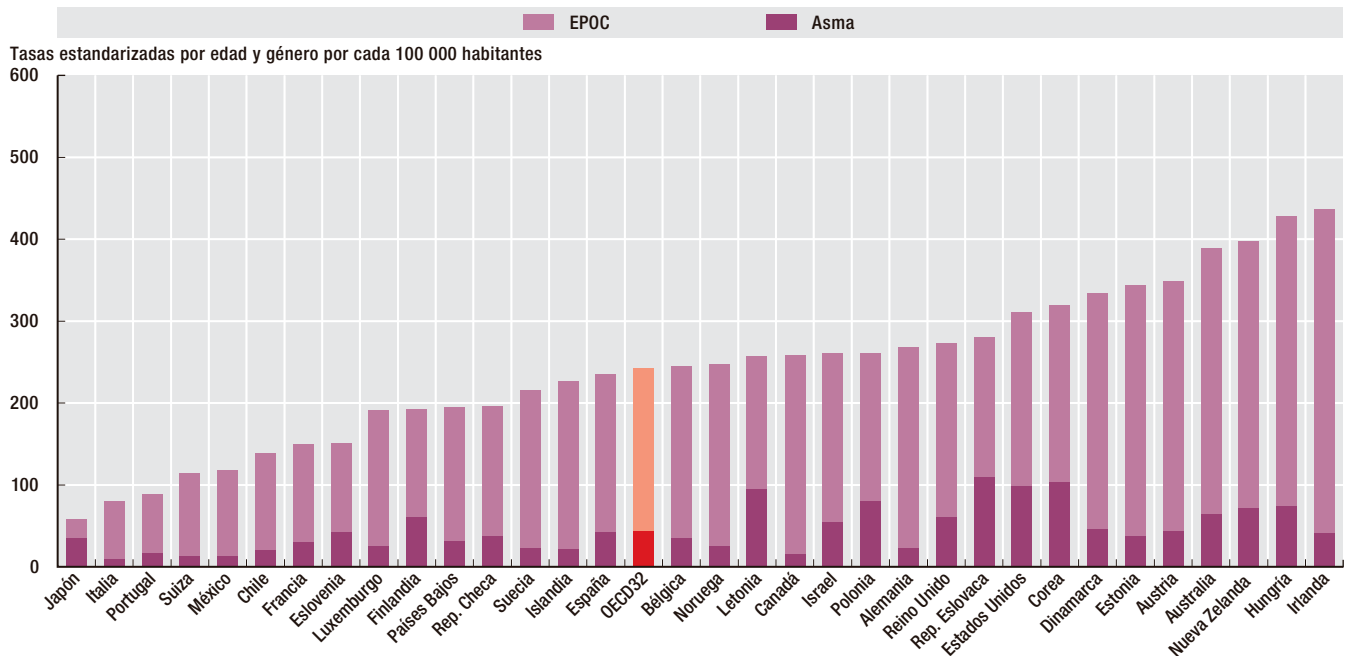
Los indicadores se definen como el número de admisiones en hospitales por un diagnóstico primario de asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o insuficiencia cardíaca congestiva, en personas de 15 años de edad o mayores por cada 100 000 habitantes. Las tasas han sido estandarizadas por edad y género a la información de población de 15 años de edad y mayores de la OCDE en 2010.

La prevalencia de la enfermedad puede explicar algunas de las variaciones en las tasas entre países, aunque no todas. Las diferencias en prácticas de codificación entre países y la definición de admisión también pueden afectar la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, se considera que la transferencia de pacientes de un hospital a otro debe excluirse de los cálculos para evitar “doble conteo”, pero en muchos países puede no ser posible. Existe también el riesgo de que aquellos países que no tienen capacidad de dar seguimiento a los pacientes a través del sistema, no identifican todas las admisiones relevantes debido a cambios en la codificación de diagnóstico durante la transferencia entre hospitales. Se ha investigado el impacto de la exclusión de admisiones cuando el paciente muere, dado que es menos probable que estas admisiones sean evitables. Los resultados revelan que, aunque el impacto en la tasa del indicador varía con diferentes enfermedades (por ejemplo, en promedio se reducen las tasas de asma por menos de 1%, mientras que para insuficiencia cardíaca congestiva fue casi 9%), la variación de las tasas entre países para cada enfermedad es mínima.

Referencias

- OECD (2012), OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en>.
- WHO (2015), “Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)”, Fact Sheet No. 315, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/.
- WHO (2013), “Asthma”, Fact Sheet No. 307, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/.

8.1. Admisión hospitalaria de adultos por asma y EPOC, 2013 (o año más cercano)

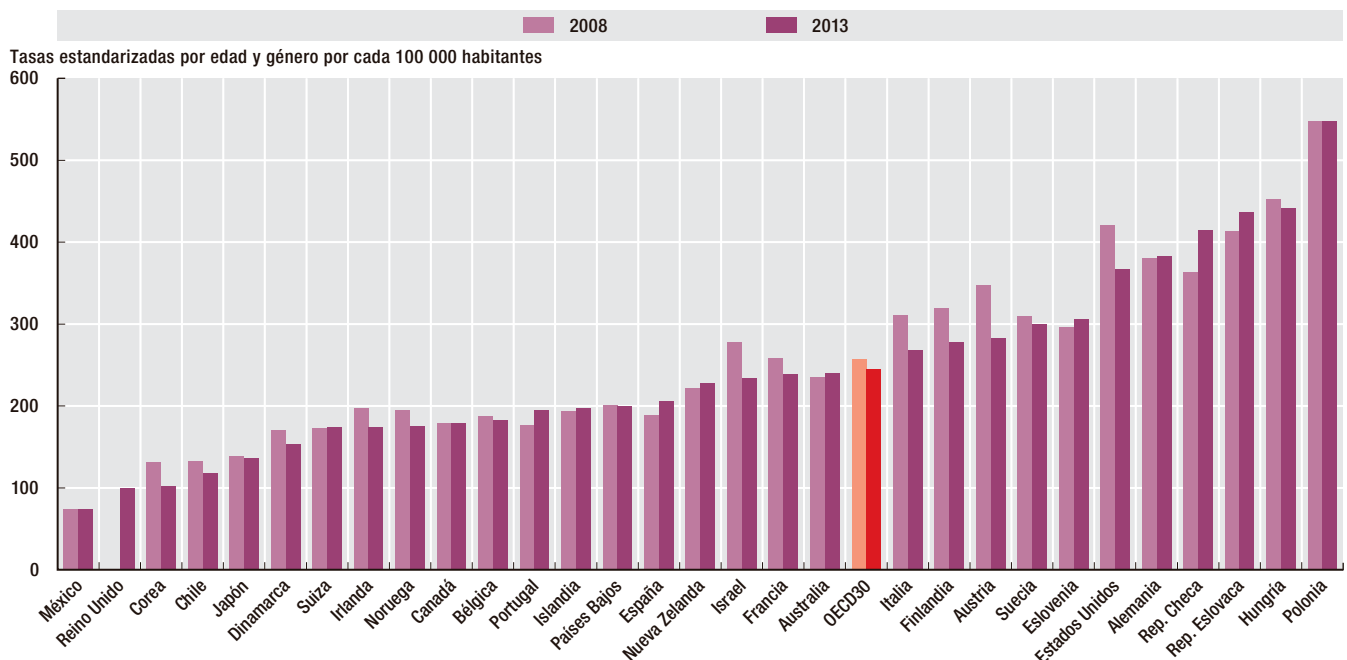


Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281105>

8.2. Admisiones hospitalarias de adultos por insuficiencia cardíaca congestiva, 2008 y 2013 (o años más cercanos)



Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281105>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Cuidado de la diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando el organismo pierde la habilidad de regular niveles excesivos de glucosa en la sangre. En todos los países de la OCDE la diabetes es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, ceguera, falla renal y amputación de extremidades inferiores. Se estima que más de 380 millones de personas en el mundo tenían diabetes en 2015, y se proyecta que para 2035 cerca de 600 millones de personas la padecerán. La diabetes causó cerca de 5 millones de muertes en 2014 (IDF 2014). Muchos países han establecido enfoques integrales para la atención de la diabetes, pero hay indicios de que aún puede hacerse más para prevenir la enfermedad (OECD, 2014). Los medicamentos para reducir el colesterol y la presión arterial se recomiendan en la mayoría de las guías nacionales para el cuidado de pacientes con diabetes (ver el indicador “Prescripción en atención primaria” en el Capítulo 8).

Un control inadecuado de los niveles de azúcar en la sangre en un plazo corto produce vómitos, deshidratación y puede causar coma, mientras que niveles continuamente altos de glucosa en la sangre durante algunos años pueden causar enfermedades crónicas con consecuencias permanentes para la salud y bienestar de una persona. Por ejemplo, con el tiempo, la diabetes puede causar daño nervioso y mala circulación, lo que hace los pies vulnerables a úlceras cutáneas que pueden deteriorarse rápidamente y ser difíciles de tratar. Una úlcera que no sana puede causar daño severo en los tejidos y el hueso con el tiempo, y puede eventualmente ocasionar la amputación de un dedo, el pie o parte de la pierna. El control adecuado de la diabetes y el cuidado de los pies puede prevenir la formación de úlceras. El control constante de la diabetes normalmente implica considerable autocuidado y por lo tanto, la asesoría y educación son fundamentales para la atención primaria de los pacientes diabéticos. El control efectivo de los niveles de glucosa en la sangre con monitoreo de rutina, modificación de la dieta y ejercicio, puede reducir la aparición de complicaciones serias y la necesidad de hospitalización.

La Figura 8.3 muestra las admisiones evitables por diabetes. Las tasas varían internacionalmente casi 8 veces, con las más bajas en Italia, Suiza y España, mientras que Austria, Corea y México reportan tasas de al menos el doble del promedio de la OCDE. La prevalencia de diabetes puede explicar en parte la variación en las tasas de admisiones hospitalarias por diabetes. Se puede demostrar una proporción directa entre las admisiones en hospitales para la población en general y las admisiones relacionadas con diabetes, lo que indica que el acceso general a cuidados hospitalarios puede ayudar a explicar el nivel de cuidados hospitalarios entre la población diabética (OECD, 2015).

Las admisiones en hospitales por amputaciones mayores de extremidades inferiores (es decir, remoción quirúrgica de una extremidad inferior, ya sea el pie o la pierna) reflejan la calidad del cuidado de largo plazo de la diabetes. La Figura 8.4 muestra las tasas de amputaciones mayores de extremidades inferiores en adultos con diabetes. En el panel de la izquierda se presentan las tasas con respecto a la población general. La variación internacional de las tasas es de más de 14 veces, con reportes en Corea e Italia de tasas de menos de 3 por cada 100 000 habitantes; mientras que Israel,

Las tasas relacionadas con el estimado de población diabética se presentan en el panel de la derecha. Estas son en promedio 9 veces más altas que las referidas a la población general y muestran variaciones en la clasificación de los países, lo que indica que las diferencias en la prevalencia de la enfermedad entre países pueden explicar algo de la variación internacional, no la totalidad.

Definición y comparabilidad

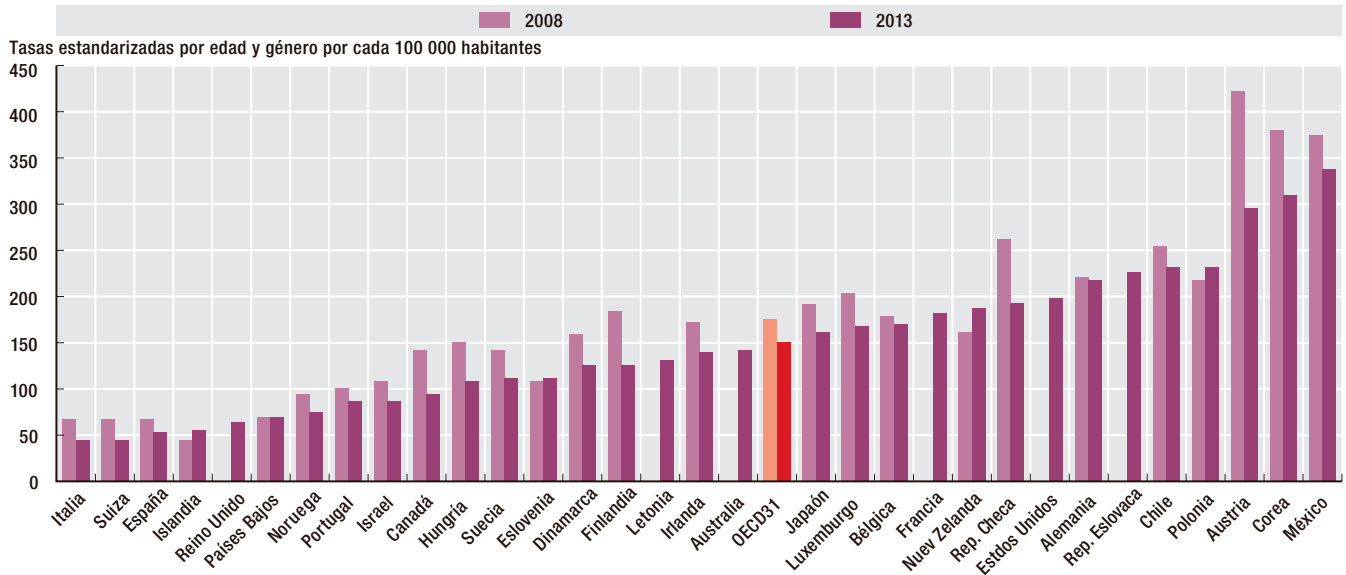
El indicador de admisiones hospitalarias por diabetes se define como el número de admisiones en hospitales por un diagnóstico primario de diabetes entre personas de 15 años de edad y mayores por cada 100 000 habitantes. El indicador de amputación mayor de extremidades inferiores en adultos con diabetes, se define como el número de altas en hospital de personas de 15 años de edad y mayores por cada 100 000 habitantes, tanto para la población general como para el estimado de población diabética. Las tasas para ambos indicadores han sido estandarizadas por edad y género a la información de población de 15 años de edad y mayores de la OCDE en 2010.

Las diferencias en definición de datos y prácticas de codificación entre países pueden afectar la comparabilidad de las cifras. Por ejemplo, la codificación de la diabetes como un diagnóstico principal y no secundario, varía entre países, lo cual es más pronunciado para diabetes que para otros padecimientos, puesto que en muchos casos el paciente es hospitalizado por complicaciones relacionadas con la diabetes y no por diabetes en sí. Los estimados de población diabética usados en el cálculo del indicador de tasas de amputación son reportes de los países. Si se cuenta con mayor desarrollo de información, se considerará en el futuro el uso de estimados de población diabética para estandarizar las tasas del indicador.

Referencias

- International Diabetes Federation (2014), IDF Diabetes Atlas Sixth Edition Update 2014, https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf.
- OECD (2015), Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OECD (2014), OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>.

8.3. Admisiones hospitalarias de adultos por diabetes, 2008 y 2013 (o años más cercanos)

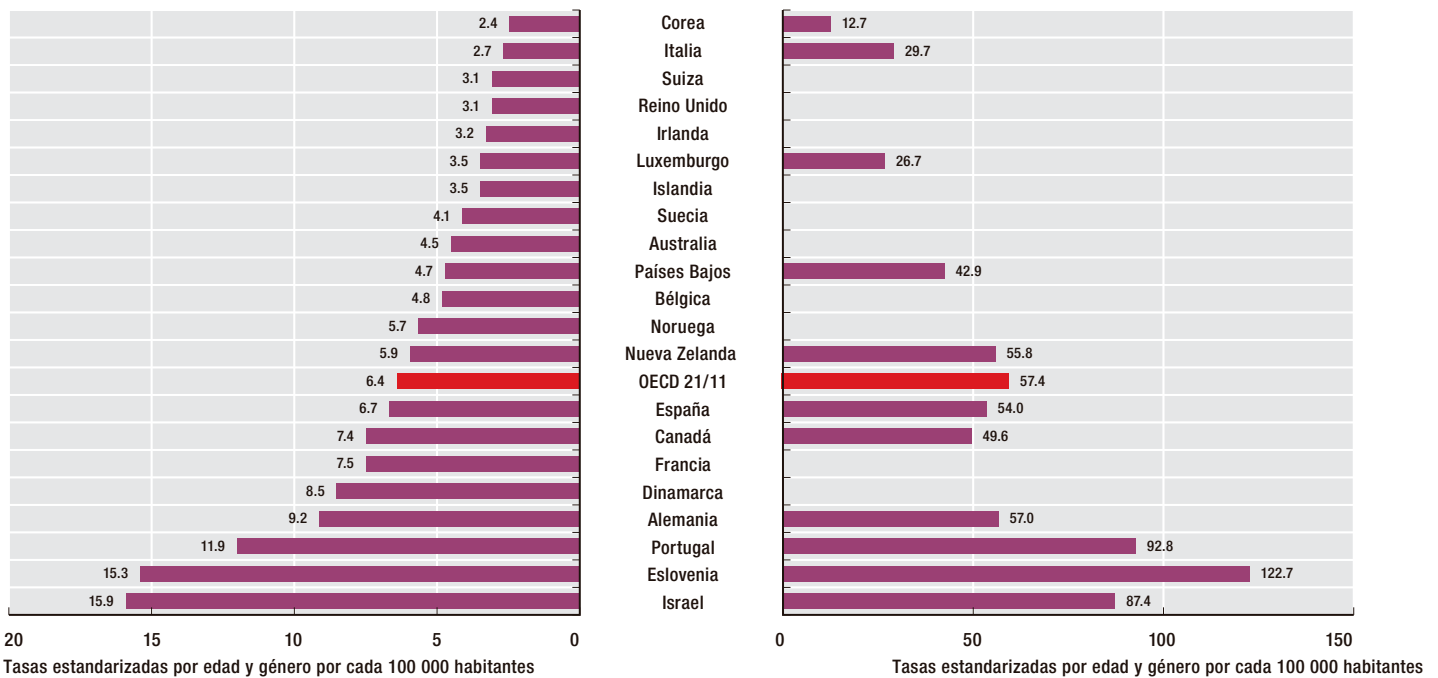


Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281111>

8.4. Amputación mayor de extremidades inferiores en adultos con diabetes, 2013 (o año más cercano)



Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281111>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Prescripciones en atención primaria

Además de la información de consumo y gasto (ver Capítulo 10), las prescripciones pueden ser usadas como un indicador de la calidad de la atención en salud. Por ejemplo, los antibióticos deben ser prescritos solamente cuando existe evidencia de que son necesarios, para reducir el riesgo de cepas resistentes. De la misma forma las quinolonas y cefalosporinas se consideran antibióticos de segunda línea en la mayoría de las guías de prescripción. Su uso debe restringirse para asegurar la disponibilidad de terapias efectivas de segunda línea si fallaran los antibióticos de primera elección. El volumen total de antibióticos prescritos, y los de segunda línea como proporción del volumen total, han sido validados como hitos de calidad en los escenarios de atención primaria. En mayo de 2015 la Asamblea Mundial de Salud (World Health Assembly) adoptó un plan de acción global para enfrentar la resistencia antimicrobiana (http://who.int/drugresistance/global_action_plan), que se refleja también en varias estrategias nacionales.

La Figura 8.5 muestra el volumen total de antibióticos prescritos en atención primaria, que incluye los volúmenes de antibióticos de segunda línea en el total. Los volúmenes totales varían más de cuatro veces entre países, con los más bajos en Chile, los Países Bajos y Estonia, mientras que Turquía y Grecia reportan volúmenes muy por encima del promedio de la OCDE. Los volúmenes de antibióticos de segunda línea varían casi 16 veces entre países. Los volúmenes más bajos se reportan en los países nórdicos, los Países Bajos y el Reino Unido; y por el contrario, Corea, la República Eslovaca y Grecia, los más altos. La variación podría ser explicada, desde la perspectiva de la oferta, por las diferencias en las regulaciones, guías e incentivos que gobiernan a quienes prescriben en atención primaria; y desde el punto de vista de la demanda, por diferencias culturales en actitudes y expectativas con respecto a la historia natural y el tratamiento óptimo para enfermedades infecciosas.

Junto con los indicadores adicionales de la calidad de atención primaria para diabetes (ver “Cuidado de la diabetes”), en Panorama de la Salud se reportan por primera vez dos indicadores relacionados con la calidad de la prescripción en atención primaria para pacientes diabéticos. En la mayoría de las guías nacionales se recomiendan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE-I, por sus siglas en inglés) o bloqueadores de receptores de angiotensina (ARB, por sus siglas en inglés) como medicamentos de primera línea para reducir la presión sanguínea de pacientes diabéticos con hipertensión, pues estos fármacos son muy efectivos contra el riesgo de enfermedades cardiovasculares y renales. Las Figuras 8.6 y 8.7 sugieren que hay prácticas de prescripción muy variables entre países para pacientes diabéticos. El 27% de éstos en la República Eslovaca reciben prescripciones de medicamentos para bajar el colesterol, en comparación con el 81% en Nueva Zelanda. Hay mayor consistencia en la proporción de pacientes diabéticos tratados con agentes antihipertensivos con al menos una prescripción de ACE-I o ARB, excepto en la República Eslovaca.

Las benzodiazepinas se prescriben frecuentemente a pacientes de edad avanzada para ansiedad y desórdenes del sueño, a pesar del riesgo de efectos secundarios como fatiga, mareo y confusión. Un meta-análisis sugiere que el uso de benzodiazepinas en pacientes de edad avanzada se asocia con un riesgo de más del doble de desarrollar los efectos secundarios en comparación con un placebo

(Sithamparanathan et al., 2012). Las Figuras 8.8 y 8.9 muestran que, en promedio en todos los países de la OCDE, 29 de cada 1 000 pacientes de edad avanzada reciben prescripciones de largo plazo de benzodiazepinas y fármacos relacionados (365 dosis diarias definidas en un año), y 62 de cada 1 000 han recibido al menos una prescripción para una benzodiazepina de acción prolongada o fármacos relacionados en un período de un año.

Para reducir el uso excesivo y potencialmente dañino de medicamentos, pruebas de diagnóstico y procedimientos, en 2012 se lanzó en los Estados Unidos la campaña de “elección sensata” (“Choosing Wisely”), que se internacionaliza gradualmente y abarca información basada en evidencia para profesionales clínicos y pacientes sobre cuándo los medicamentos y procedimientos pueden ser inapropiados, así como el uso adecuado de antibióticos y benzodiazepinas (www.choosingwisely.org).

Definición y comparabilidad

La dosis diaria definida (DDD), es la dosis diaria promedio de mantenimiento de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Se asignan DDDs a cada principio activo en una clase terapéutica por un consenso internacional de expertos. Por ejemplo, la DDD para aspirina oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria de mantenimiento para tratar dolor en adultos. Las DDDs no necesariamente reflejan la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Las DDDs pueden ser agregados en una misma o varias clases terapéuticas de la Clasificación Anatómica Terapéutica (Anatomic Therapeutic Classification-ATC, por sus siglas en inglés). Para mayor detalle consultar www.whocc.no/atcdd.

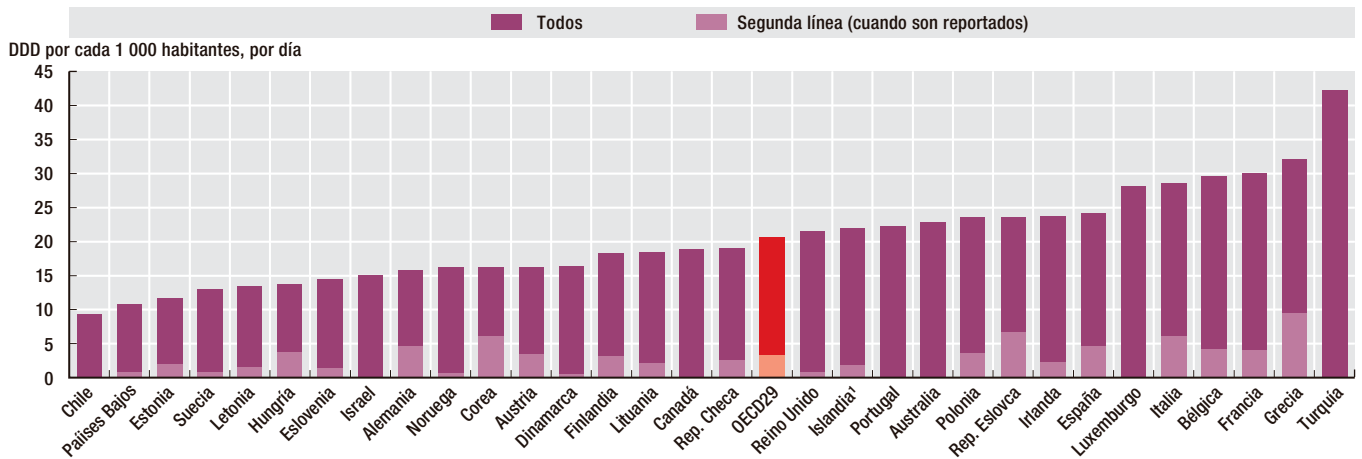
En la Figura 8.5 los datos para Chile incluyen medicamentos de libre acceso (OTC). Los de Canadá, Israel y Luxemburgo excluyen los medicamentos prescritos en hospitales, no reembolsables y OTCs. Las cifras de Islandia se refieren a todos los sectores, no solamente atención primaria. Las de Portugal incluyen OTCs y medicamentos no reembolsables. Los datos de Australia incluyen medicamentos no reembolsables, y los de Turquía se refieren a atención ambulatoria.

Los denominadores abarcan la población que aparece en la base de datos nacional de prescripción, no la población general (con la excepción de las cifras de Bélgica para benzodiazepinas, que vienen de una encuesta nacional de salud).

Referencias

- Sithamparanathan, K., A. Sadara and L. Leung (2012), “Adverse Effects of Benzodiazepine Use in Elderly People: A Meta-analysis”, *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, Vol. 7, No. 2, pp. 107-111.

8.5. Volumen total prescrito de antibióticos, 2013 (o año más cercano)

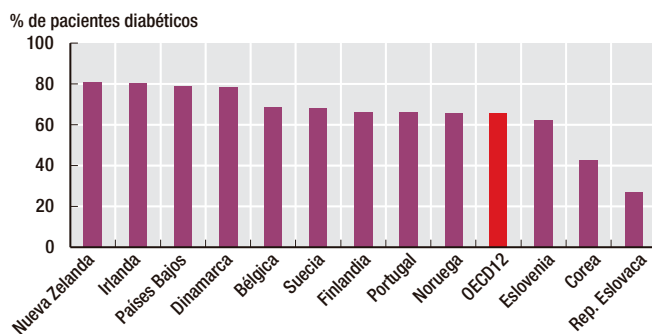


1. Las cifras se refieren a todos los sectores (no solo atención primaria).

Fuente: European Centre for Disease Prevention y Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

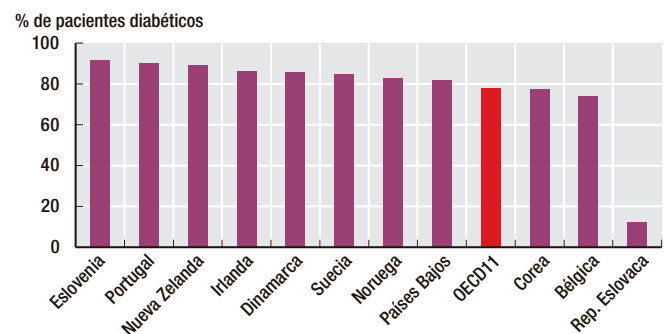
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281125>

8.6 Personas con diabetes con una prescripción de medicamentos para bajar el colesterol en el último año, 2013 (o año más cercano)



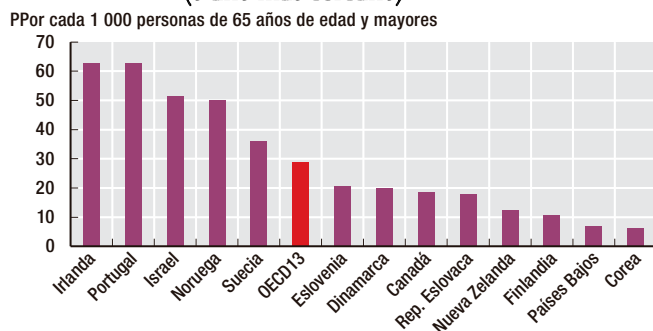
Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281125>

8.7 Personas con diabetes con una prescripción de un medicamento antihipertensivo recomendado en el último año, 2013 (o año más cercano)



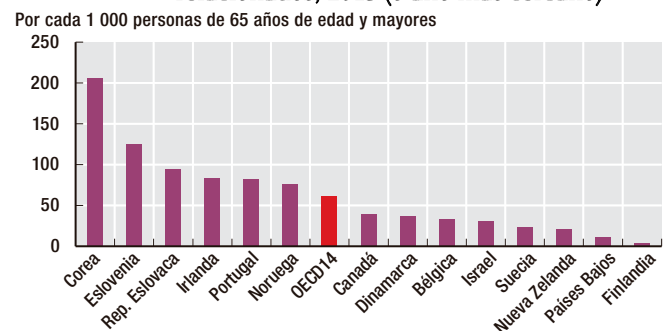
Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281125>

8.8 Personas de edad avanzada con prescripción de benzodiacepinas o fármacos relacionados, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281125>

8.9 Personas de edad avanzada con prescripción de benzodiacepinas de acción prolongada o fármacos relacionados, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281125>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

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

La mortalidad por enfermedad coronaria ha decrecido sustancialmente desde los años 70 (ver el indicador “Mortalidad por enfermedades cardiovasculares” en el Capítulo 3). Los avances en la prevención, como evitar el tabaquismo (ver el indicador “Consumo de tabaco entre adultos” en el Capítulo 4) y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, han superado a los de muchos otros padecimientos (OECD, 2015a).

Un buen indicador de la calidad de los cuidados intensivos es la proporción de fatalidades por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés) en 30 días. Esta medida refleja los procesos de cuidado, como el transporte oportuno de pacientes e intervenciones médicas efectivas. El indicador no solo es influenciado por la calidad de la atención proporcionada en hospitales, sino también por las diferencias en transferencias entre hospitales, tiempo promedio de hospitalización y severidad del infarto.

La figura 8.10 muestra la tasa de fatalidades en 30 días en admisiones por infarto agudo de miocardio cuando la muerte ocurre en el mismo hospital de la admisión inicial. La tasa más baja se encuentra en Australia, de 4.1%, y la más alta en México en 28.2%, lo que sugiere que los pacientes con infarto no siempre reciben el tratamiento recomendado. En México, la calidad de los servicios médicos de urgencia pre-hospitalización son deficientes, según reportan algunos estudios (Peralta, 2006), y las altas tasas de diabetes sin controlar pueden ser un factor que explique el alto índice de fatalidades por AMI (ver el indicador “Atención a la diabetes” en el Capítulo 8), pues los pacientes diabéticos tienen peores resultados después del infarto agudo de miocardio en comparación con quienes no tienen diabetes, particularmente si no están controlados. En Japón, es menos probable que la gente muera de padecimientos cardíacos en general, pero tienen más probabilidades de morir una vez admitidos en el hospital por AMI en comparación con otros países de la OCDE. Una posible explicación es que la severidad de los casos de pacientes admitidos por AMI puede ser mayor entre un grupo pequeño de población, pero también puede reflejar las diferencias en atención de urgencia, diagnóstico y patrones de tratamiento (OECD, 2015b).

La Figura 8.11 muestra la tasa de fatalidades en 30 días independientemente de dónde ocurre la muerte. Este es un indicador más sólido pues da cuenta de las muertes más ampliamente que el que solo considera muertes en el mismo hospital, pero requiere de identificación única de pacientes y datos vinculados que no están disponibles en todos los países. La tasa de fatalidades por AMI varía de 7.1% en Canadá a 18.8% en Hungría y 19.1% en Letonia.

Las tasas de fatalidades por AMI han decrecido sustancialmente entre 2003 y 2013 (Figuras 8.10 y 8.11). En los países de la OCDE, cayeron de 11.2% a 8.0% cuando se consideran muertes en el mismo hospital, y de 14.3% a 9.5% cuando se incluyen muertes dentro y fuera del hospital. La tasa de disminución fue particularmente impactante en la República Eslovaca, los Países Bajos y Australia para el primer indicador; y en Finlandia y Polonia para el segundo, con una reducción de más de 6% anual en promedio en comparación con el promedio de la OCDE de 3% y 4% respectivamente. Contar con mejor acceso a cuidados intensivos de alta calidad para ataque cardíaco, incluyendo transporte oportuno de paciente, intervención médica

basada en evidencia, e instalaciones sanitarias especializadas de alta calidad, donde por ejemplo pueda llevarse a cabo intervención percutánea coronaria, ha contribuido a reducir las tasas de fatalidades en 30 días (OECD, 2015a). Por ejemplo, Corea tenía tasas de fatalidad por AMI más altas, pero implantó en 2006 un Plan Integral para Enfermedad Cardiovascular, que contempla prevención, atención primaria y cuidados intensivos (OECD, 2012). Bajo el auspicio de este plan, los servicios especializados mejoraron con la creación de centros cardio y cerebrovasculares regionales en todo el país, y el tiempo de espera promedio desde la llegada a la sala de urgencias hasta el inicio del cateterismo bajó de 72.3 minutos en 2010 a 65.8 minutos en 2011, lo que resultó en una reducción de las fatalidades (OECD, 2015a).

Definición y comparabilidad

La tasa de fatalidad mide el porcentaje de gente de 45 años de edad y mayor que muere dentro de los 30 días siguientes a su admisión en el hospital por una condición crítica específica. Las tasas basadas en las cifras de admisión se refieren a las muertes ocurridas en el mismo hospital donde el paciente fue inicialmente ingresado. Las admisiones resultantes de transferencias fueron excluidas de todos los países excepto Australia, Bélgica, Dinamarca, Hungría, Irlanda, Israel, Japón, Luxemburgo, México, los Países Bajos, la República Eslovaca y Suecia. Esta exclusión generalmente incrementa la tasa en comparación con los países que no excluyen las transferencias. Las tasas basadas en cifras de pacientes se refieren a las muertes ocurridas en el mismo hospital, diferentes hospitales o fuera del hospital.

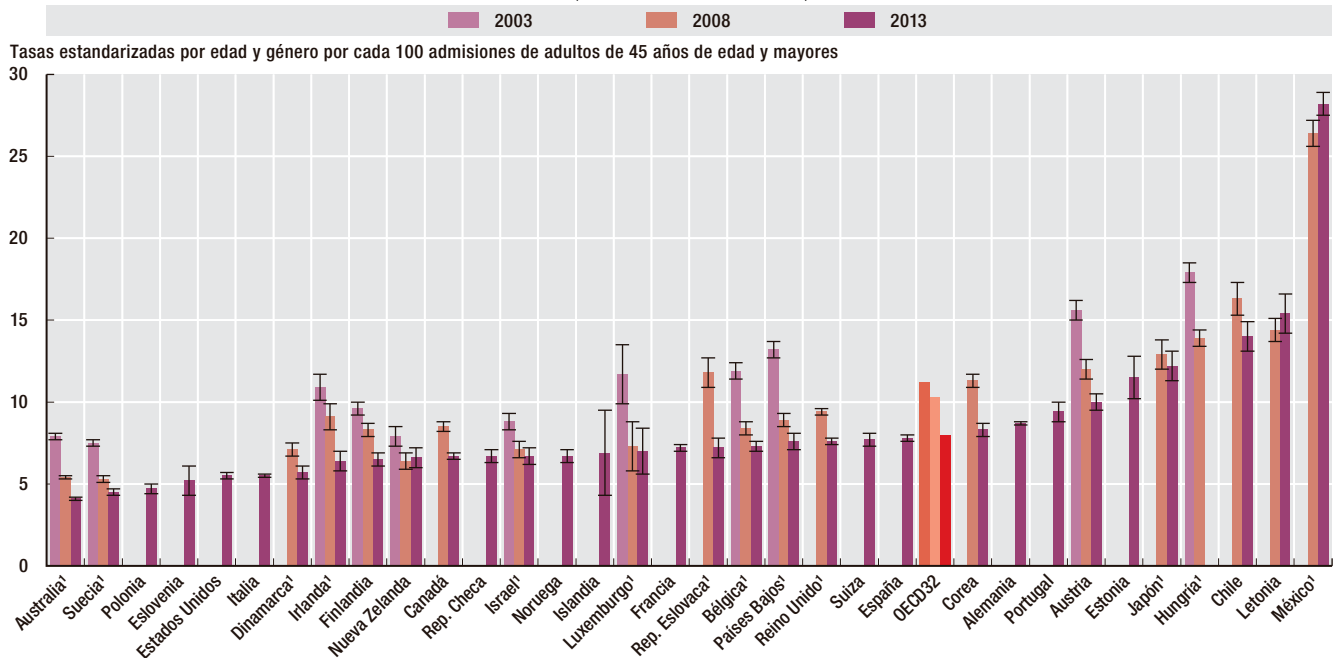
Las tasas han sido estandarizadas por edad y género a la información de población de 45 años de edad y mayores de la OCDE en 2010, admitida en el hospital por una condición crítica como AMI o accidente cerebrovascular isquémico.

Referencias

- OECD (2015a), Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OECD (2015b), OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OECD (2012), OECD Reviews of Health Care Quality: Korea 2012: Raising Standards, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>.
- Peralta, L.M.P. (2006), “The Prehospital Emergency Care System in Mexico City: A System’s Performance Evaluation”, Prehospital and Disaster Medicine, Vol. 21, No. 2, pp. 104-111.

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

8.6. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por AMI, con base en cifras de admisión, 2003 a 2013 (o años más cercanos)



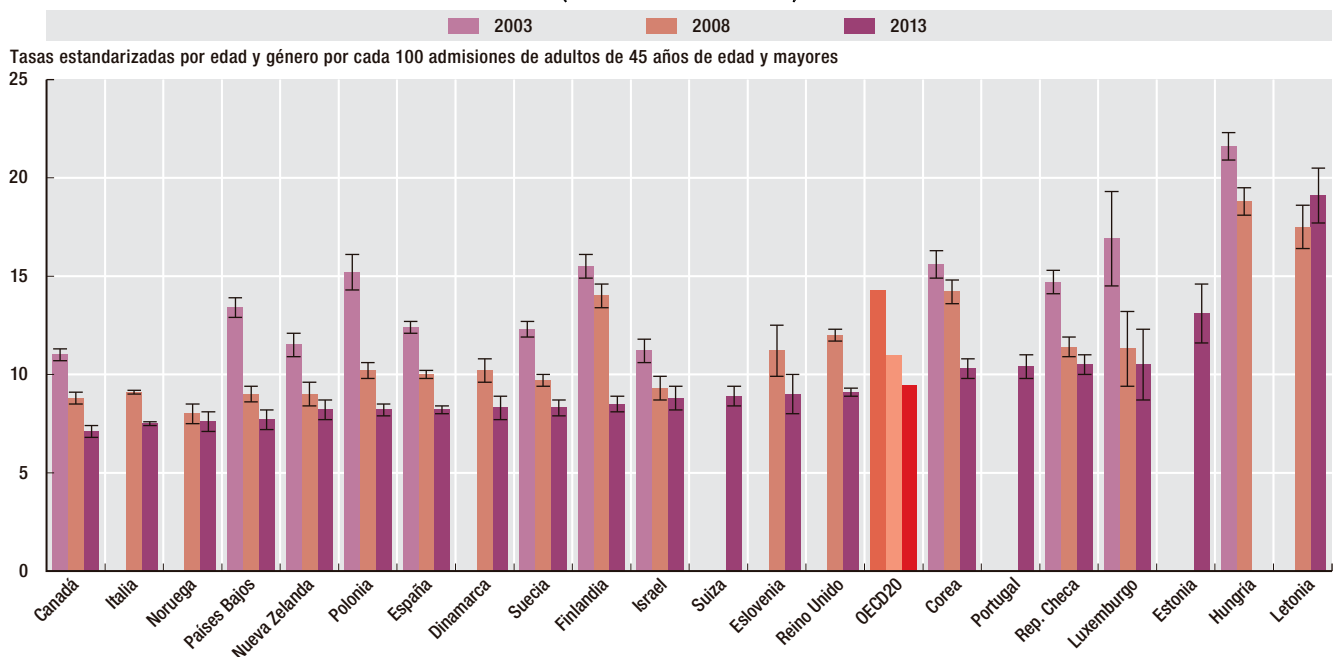
Nota: H representa intervalos de confianza de 95%. Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

1. Las admisiones resultantes de transferencias están incluidas.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281135>

8.7. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por AMI, con base en cifras de pacientes, 2003 a 2013 (o años más cercanos)



Nota: H representa intervalos de confianza de 95%. Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281135>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Mortalidad por accidente vascular cerebral

Los accidentes vasculares cerebrales y otras enfermedades cerebrovasculares representaron alrededor del 7% de las muertes en países de la OCDE en 2013. El accidente vascular cerebral isquémico representó alrededor del 85% de todos los casos de enfermedad cerebrovascular. Ocurre cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se interrumpe, causando necrosis (es decir, muerte de las células) de la parte afectada. El tratamiento del accidente vascular cerebral isquémico ha avanzado dramáticamente en la última década. Los ensayos clínicos han demostrado claros beneficios del tratamiento trombolítico para accidente vascular cerebral isquémico, así como el tratamiento en unidades especializadas para facilitar diagnósticos oportunos y certeros y terapia para los pacientes (Hacke et al., 1995; Seenan et al., 2007).

La Figura 8.12 muestra la tasa de fatalidades en 30 días en admisiones por accidente vascular cerebral isquémico cuando la muerte ocurre en el mismo hospital de la admisión inicial. La Figura 8.13 muestra la tasa de fatalidades donde se registra la muerte, independientemente de dónde ocurre. Este indicador es más sólido pues reporta fatalidades de manera integral. Aunque más países pueden reportar la medida de fatalidades en el mismo hospital, un número creciente están invirtiendo en su infraestructura de información y pueden proporcionar mediciones más integrales.

En el total de países de la OCDE en 2013, 8.4% de los pacientes murieron en el mismo hospital donde fueron ingresados por accidente vascular cerebral isquémico dentro de los 30 días de haber sido admitidos (Figura 8.12). Las más altas tasas de fatalidades se presentaron en México (19.5%) y Letonia (18.4%), mientras que en Japón, Corea y los Estados Unidos las tasas fueron de menos de 5%. Con excepción de Japón y Corea, los países que alcanzan mejores resultados para accidente vascular cerebral isquémico también tienden a reportar mejores tasas de fatalidades por infarto agudo de miocardio. Esto sugiere que ciertos aspectos del cuidado intensivo pueden estar influenciando los resultados del tratamiento de pacientes con AMI y accidente cerebrovascular isquémico. De manera contrastante, Japón reporta las tasas de fatalidad más bajas por accidente cerebrovascular isquémico, pero muy altas por AMI, lo que requeriría de mayor investigación, pero podría estar asociado con la severidad de la enfermedad en el país, que no se refleja en las cifras (ver el indicador “Mortalidad por infarto agudo de miocardio en el Capítulo 8 para más detalle).

En los 19 países que reportaron índices de fatalidad dentro y fuera de hospitales, 10.1% de los pacientes murieron dentro de los primeros 30 días de haber sido admitidos por accidente vascular cerebral (Figura 8.13). Esta cifra es más alta que el indicador de muerte en el mismo hospital de admisión, ya que contempla las muertes en el mismo hospital, diferentes y fuera del hospital.

Entre 2003 y 2013 las tasas de fatalidad por accidente cerebrovascular isquémico disminuyeron sustancialmente (Figuras 8.12 y 8.13). En todos los países de la OCDE éstas cayeron de 10.2% a 8.4% cuando se consideran los índices en el mismo hospital, y de 12.7% a 10.1% cuando se consideran las tasas dentro y fuera del hospital. El Reino Unido y los Países Bajos para el primer indicador; y el Reino Unido, Estonia y Finlandia para el segundo, fueron capaces de alcanzar una reducción anual promedio de más de 6% en comparación con el promedio de la OCDE, con 2% y 2.5% respectivamente. El mejor acceso a atención de alta calidad para accidente vascular cerebral, incluyendo transporte oportuno de pacientes, intervenciones médicas basadas en evidencia e instalaciones especializadas para el tratamiento de este tipo de problemas, han ayudado a reducir los índices de fatalidad de 30 días (OECD, 2015).

A pesar de los avances alcanzados hasta ahora, aún se puede optimizar la adopción de mejores prácticas de cuidados intensivos para enfermedades cardiovasculares, incluyendo accidente vascular cerebral, en todos los países. Para acortar el tiempo de tratamiento intensivo, las estrategias dirigidas pueden ser altamente efectivas. Sin embargo, para impulsar el uso de tecnologías avanzadas con base en la evidencia, se necesitan enfoques más amplios. Debe existir disponibilidad de financiamiento adecuado y profesionales capacitados, y los sistemas de atención deben ser ajustados para facilitar el acceso (OECD, 2015).

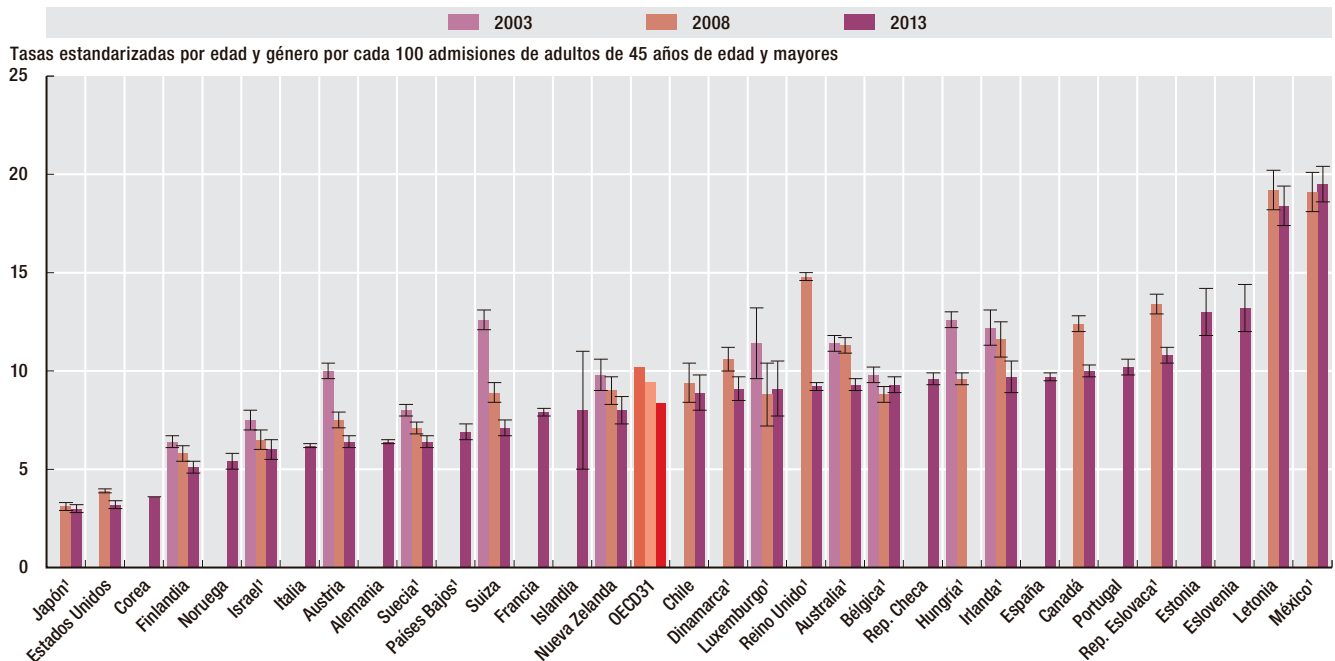
Definición y comparabilidad

Las tasas de fatalidad se han definido en el indicador “Mortalidad por infarto agudo de miocardio” en el Capítulo 8.

Referencias

- Hacke, W. et al. (1995), “Intravenous Thrombolysis with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Hemispheric Stroke. The European Co-operative Acute Stroke Study (ECASS)”, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 274, No. 13, pp. 1017-1025.
- OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- Seenan, P., M. Long and P. Langhorne (2007), “Stroke Units in Their Natural Habitat: Systematic Review of Observational Studies”, *Stroke*, Vol. 38, pp. 1886-1892.

8.12. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral, con base en cifras de admisión, 2003 a 2013 (o años más cercanos)



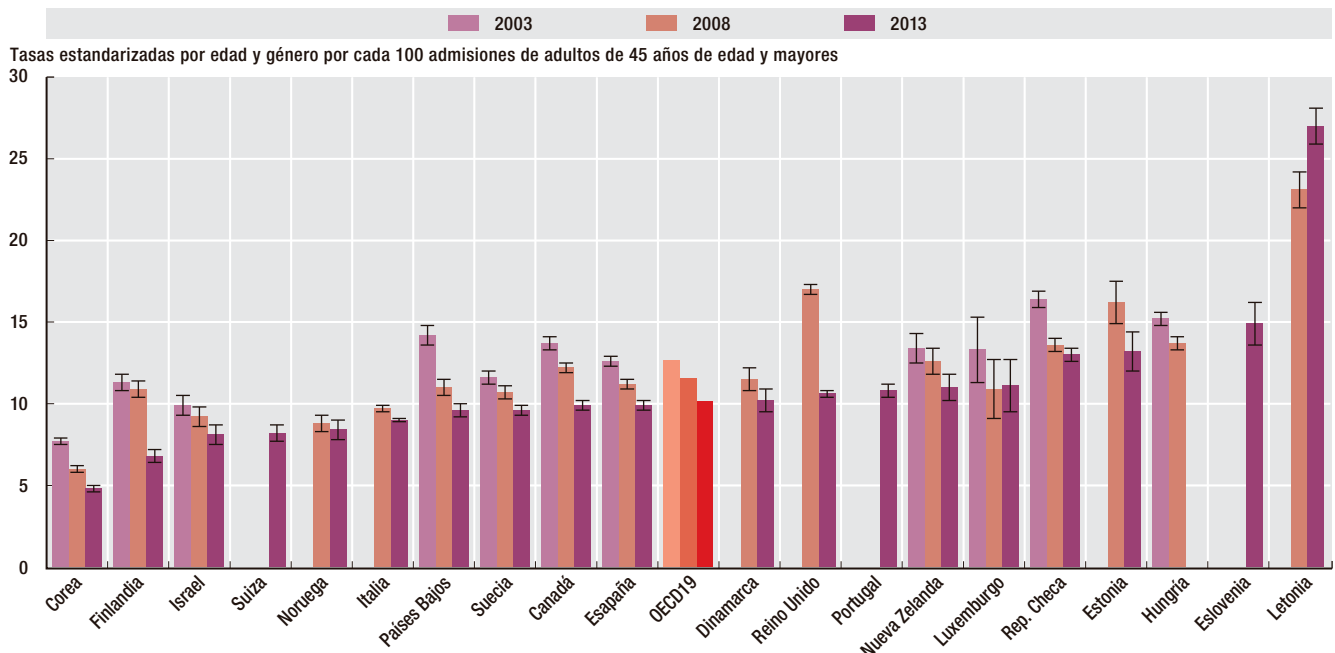
Nota: H representa intervalos de confianza de 95%. Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

1. Las admisiones resultantes de transferencias están incluidas.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281146>

8.13. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por AMI, con base en cifras de pacientes, 2003 a 2013 (o años más cercanos)



Nota: H representa intervalos de confianza de 95%. Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281146>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Tiempos de espera para cirugía por fractura de cadera

Los factores de mayor riesgo para fractura de cadera están asociados con la edad –incremento del riesgo de caídas y pérdida de fuerza en el esqueleto debido a la osteoporosis. Con mayor esperanza de vida en la mayoría de los países de la OCDE, se anticipa que la fractura de cadera será un asunto de salud pública más significativo en los años venideros.

En la mayoría de los casos después de una fractura de cadera es necesaria una intervención quirúrgica para reparar o reemplazar la articulación de la cadera. El consenso general indica que la intervención quirúrgica temprana maximiza los resultados para el paciente y minimiza el riesgo de complicaciones. Existe un acuerdo general de que la cirugía debe tener lugar dentro de los primeros dos días (48 horas) de hospitalización. En algunos países las guías requieren intervención aún más rápida. Por ejemplo, las guías clínicas del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), recomiendan que se practique la cirugía en el mismo día en que es admitido el paciente, o al día siguiente (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Esta es la primera vez que en Panorama de la Salud se reporta el tiempo que toma iniciar la cirugía por fractura de cadera desde que el paciente es ingresado. La oportunidad de la cirugía puede ser considerada un indicador de la calidad del cuidado intensivo que reciben los pacientes con fractura de cadera.

En promedio en los países de la OCDE en 2013, más del 80% de los pacientes hospitalizados por fractura de cadera se sometieron a cirugía en los primeros dos días (Figura 8.14). En Dinamarca, Islandia y los Países Bajos la proporción fue mayor al 95%. Los países con la más baja proporción de pacientes operados en los primeros dos días fueron España (43%), Italia (45%), y Portugal (45%). Muchos pacientes fueron tratados en menos de dos días después de su ingreso. Por ejemplo, en los Países Bajos y la República Checa, más de 40% de los pacientes hospitalizados por fractura de cadera fueron operados el día en que ingresaron.

La Figura 8.15 muestra la proporción de fracturas de cadera reparadas en los primeros dos días de admisión en los países de la OCDE entre 2003 y 2013. El promedio de la OCDE aumentó de 76% a 81% en ese tiempo. El mayor avance se observó en Italia, donde la proporción aumentó de 28% en 2008 a 45% en 2013, y en Israel, donde aumentó de 70% en 2003 a 85% en 2013. Las autoridades italianas implantaron una política de reportes comparativos públicos de indicadores de hospitales, que incluyen el tiempo de espera para cirugía después de la fractura, que puede explicar en parte el avance registrado en ese país.

En Canadá, el porcentaje de pacientes operados dentro de los dos días de referencia se incrementó de 87% en 2008 a 92% en 2013, aunque hay una variación considerable en este indicador entre provincias y hospitales (CIHI, 2015). En Portugal se observó una disminución de las intervenciones de cadera dentro de los primeros dos días de 57% en 2008 a 45% en 2013.

El tiempo para la cirugía de pacientes con fractura de cadera está influenciado por múltiples factores, incluyendo la capacidad, flujo y acceso a quirófanos en los hospitales. Las mejoras en la oportunidad de la cirugía para pacientes con un diagnóstico o lesión particular (por ejemplo, fractura de cadera) se pueden alcanzar a costa de la oportunidad de otros (por ejemplo, reemplazo de cadera o rodilla).

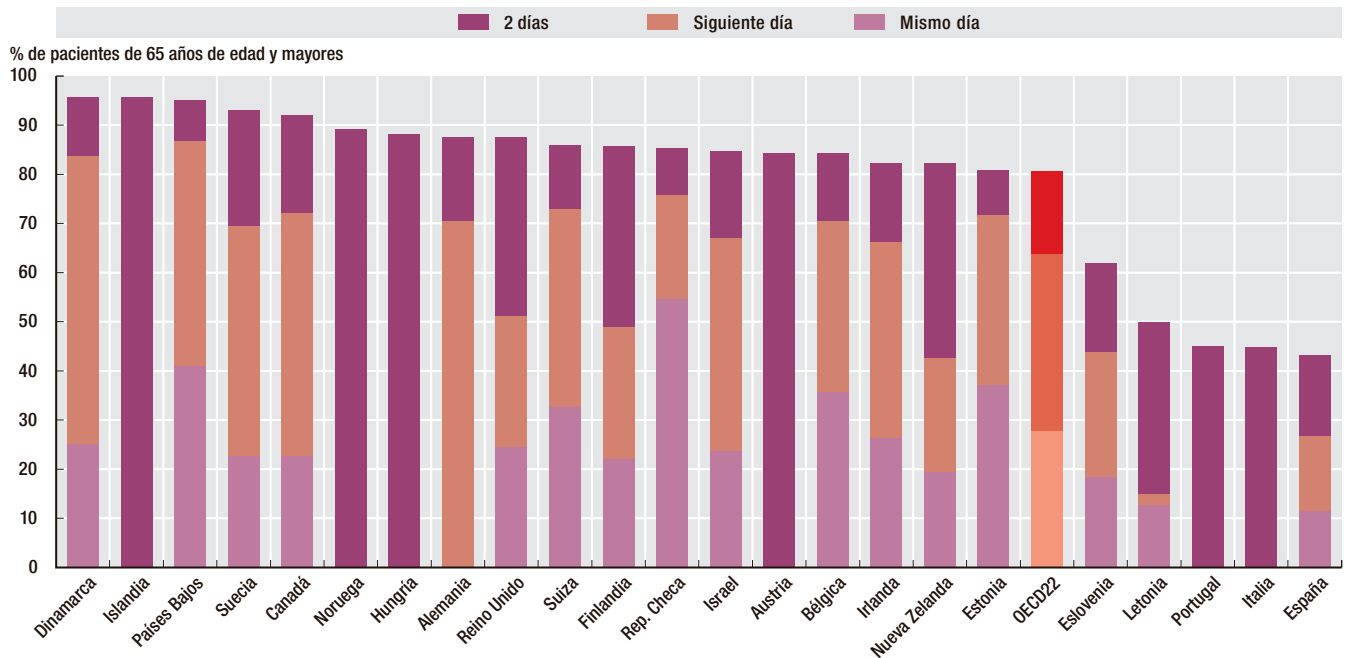
Definición y comparabilidad

Este indicador se define como la proporción de pacientes de 65 años de edad y mayores que son hospitalizados en un año específico con diagnóstico de fractura de fémur superior, que se sometieron a una cirugía dentro de los dos primeros días calendario de su ingreso. También se incluyen datos de la proporción de pacientes que tuvieron la cirugía en un día desde su hospitalización, y para pacientes que fueron operados el mismo día de su ingreso. La capacidad de contar con datos de horas de admisión y cirugía en los datos administrativos de los hospitales varía en diferentes países. La mayoría pueden hacer una distinción entre los pacientes que permanecen internados y son operados en las primeras 24 horas, y aquellos que tienen la cirugía en el mismo día en que son ingresados. Algunos países proporcionaron resultados para operaciones en los dos primeros días calendario solamente.

Referencias

- CIHI – Canadian Institute for Health Information (2015), Wait Times for Priority Procedures in Canada, Ottawa.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014), “Hip Fracture: The Management of Hip Fracture in Adults”, NICE Clinical Guideline No. 124, issued June 2011, last modified March 2014.

8.14. Realización de cirugía de cadera después de la hospitalización, 2013 (o año más cercano)

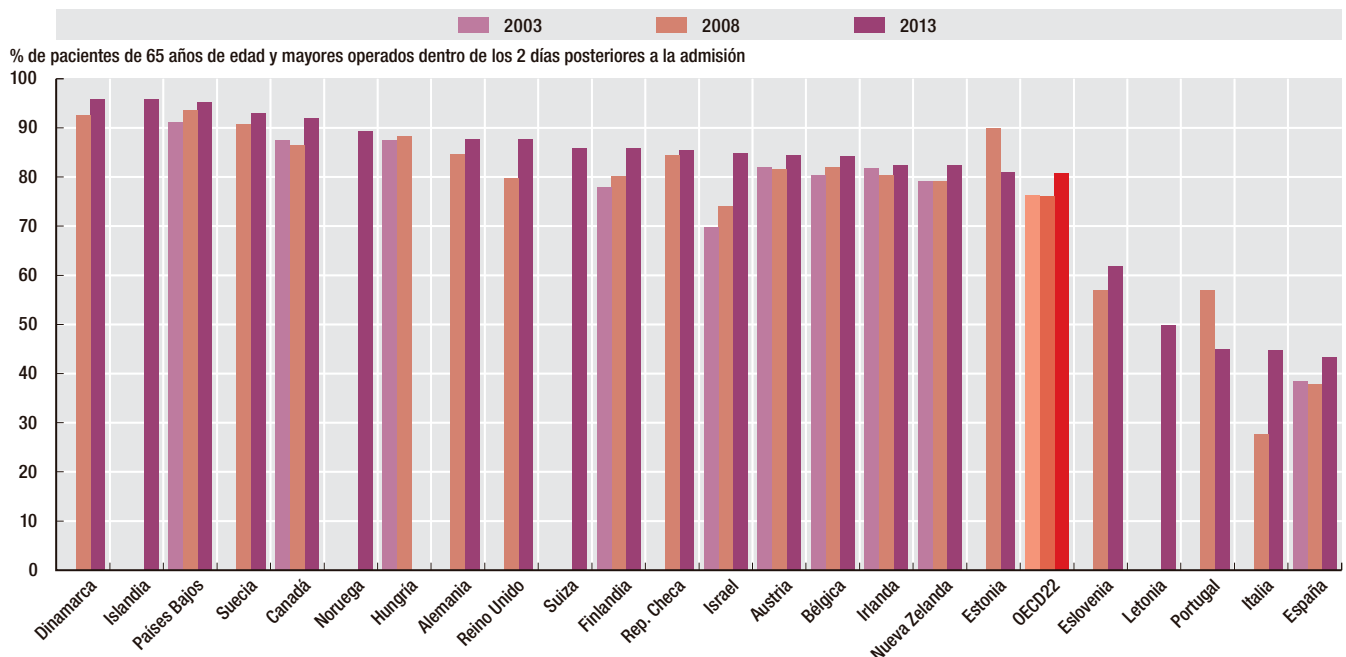


Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281152>

8.15. Realización de cirugía de cadera después de la admisión hospitalaria, 2003 a 2013 (o año más cercano)



Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281152>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Complicaciones quirúrgicas

La seguridad de los pacientes sigue siendo uno de los asuntos más importante en las políticas de salud y el debate público. Se han demostrado repetidamente altos índices de error en la atención médica. En un reporte histórico del Institute of Medicine se estimó que mueren más personas por errores médicos que por lesiones de accidentes de tránsito o cáncer de mama (Kohn et al., 2000). Una sólida comparación del desempeño con pares es fundamental para asegurar que hay mejora. Para este propósito, se pueden distinguir dos tipos de eventos de seguridad del paciente: aquellos que nunca deberían ocurrir, llamados ‘eventos nunca’, como no remover cuerpos quirúrgicos extraños del paciente al finalizar una intervención; y ‘eventos adversos’, como sepsis post-operatoria, que no puede ser evitada en todos los casos dada la naturaleza altamente riesgosa de algunos procedimientos, aunque un aumento en la incidencia a nivel agregado puede indicar un problema sistémico.

La Figura 8.16 muestra las proporciones de dos ‘eventos adversos’ relacionados, embolia pulmonar (PE, por sus siglas en inglés, o trombosis venosa profunda (DVT, por sus siglas en inglés) después de cirugía de reemplazo de rodilla o cadera. Ambos son procedimientos de alto riesgo asociados con complicaciones como PE y DVT, los que causan dolor innecesario y en algunos casos la muerte, y pueden ser prevenidos con anticoagulantes y otras medidas antes, durante y después de la cirugía. La Figura 8.17 muestra las tasas de otro ‘evento adverso’ después de un procedimiento de alto riesgo, sepsis después de cirugía abdominal. De la misma forma, la sepsis después de la cirugía, que puede causar falla orgánica y muerte, puede prevenirse en muchos casos con antibióticos profilácticos, técnicas quirúrgicas estériles y cuidado post-operatorio apropiado. La Figura 8.18 ilustra un ‘evento nunca’ (eventos que nunca deberían ocurrir), tasas de incidencia de cuerpos extraños dejados en el organismo en una cirugía. Los factores de riesgo más comunes para este ‘evento nunca’ son las urgencias, cambios de procedimiento no planeados, pacientes obesos y cambios en el equipo de cirugía. Las medidas preventivas incluyen el conteo de instrumentos, exploración metódica de la herida, y comunicación efectiva entre el equipo de cirugía.

El panel de la izquierda de las Figuras 8.16, 8.17 y 8.18 muestra la incidencia de los tres casos de complicaciones post-operatorias con base en la admisión en cirugía, la admisión hospitalaria cuando la cirugía tuvo lugar. El panel de la derecha de estas figuras muestra las tasas con base en la admisión hospitalaria y todas las admisiones subsecuentes en 30 días, ya sea en el mismo o en diferentes hospitales. Se requiere el uso de un identificador único de paciente para calcular los indicadores del panel de la derecha, que actualmente no está disponible en algunos países.

Se debe ser cauteloso al interpretar el grado en el que estos indicadores reflejan con precisión las diferencias internacionales en seguridad de pacientes, más que las diferencias en la forma en que los países reportan, codifican y calculan las tasas de ‘eventos adversos’ (ver el recuadro “Definición y comparabilidad”).

Definición y comparabilidad

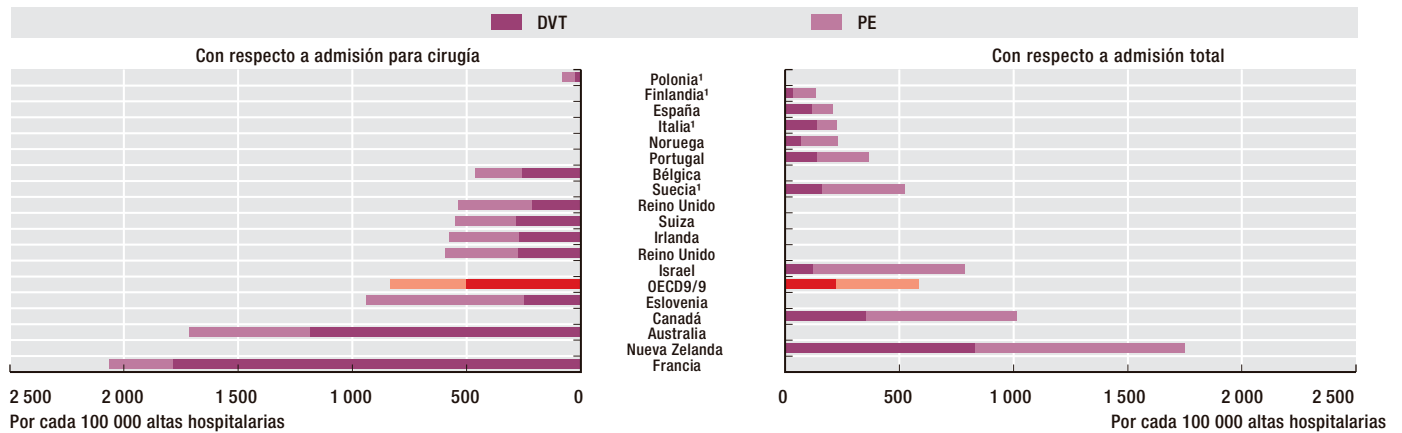
Las complicaciones quirúrgicas se definen como el número de altas hospitalarias con los códigos de ICD para complicaciones en cualquier campo de diagnóstico secundario de la “admisión para cirugía”, y cualquier campo de diagnóstico para admisiones subsecuentes relacionadas dentro de 30 días, dividido entre el número total de altas de pacientes de 15 años de edad y mayores. En contraste con los datos presentados en Panorama de la Salud 2013, los indicadores no han sido ajustados por el número promedio de diagnósticos secundarios, dado que la fuerte correlación positiva entre el número de diagnósticos secundarios y los indicadores reportados por los países, no fue evidente en la mayoría de los datos más recientes.

Un desafío fundamental en la comparación internacional de índices de seguridad del paciente se enfoca en la calidad de los datos. Las diferentes formas en las que los países registran los diagnósticos y procedimientos y definen las admisiones hospitalarias puede afectar el cálculo de los índices. Por ejemplo, se sabe que las diferencias en el uso del indicador de admisión para diagnóstico y enfermedad (por ejemplo, ICD-9-CM y ICD-10-AM) y los sistemas de clasificación de procedimientos, afectan la comparabilidad de los datos. En algunos casos un índice mayor de ‘eventos adversos’ puede ser indicativo de un sistema más desarrollado de monitoreo y una cultura más arraigada de seguridad del paciente, y no una atención deficiente. Un análisis reciente de la dispersión de las tasas de PE y DVT post-operatorias entre hospitales de países de la OCDE, reveló variaciones extremadamente grandes en los índices reportados, incluyendo tasas increíblemente altas y bajas para hospitales en el mismo país, aún después de un ajuste de riesgo. Por lo tanto, las diferencias en los índices nacionales presentados en este documento probablemente reflejan diferencias en prácticas de codificación y registro en el país y en comparación con otros, y enmascaran las verdaderas diferencias en calidad de la atención. Hace falta mayor consistencia en el registro de eventos de seguridad del paciente entre países y existe un margen significativo para la mejora de la calidad de la información en programas nacionales de seguridad del paciente. Un análisis más extenso de la comparabilidad de la codificación puede informar estrategias futuras para mejora.

Referencias

Kohn, L.T., J.M. Corrigan and M.S. Donaldson (Editors) (2000), To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.

8.16. Embolia pulmonar post-operatoria (PE) o trombosis venosa profunda (DVT) en cirugías de cadera y rodilla, 2013 (o año más cercano)



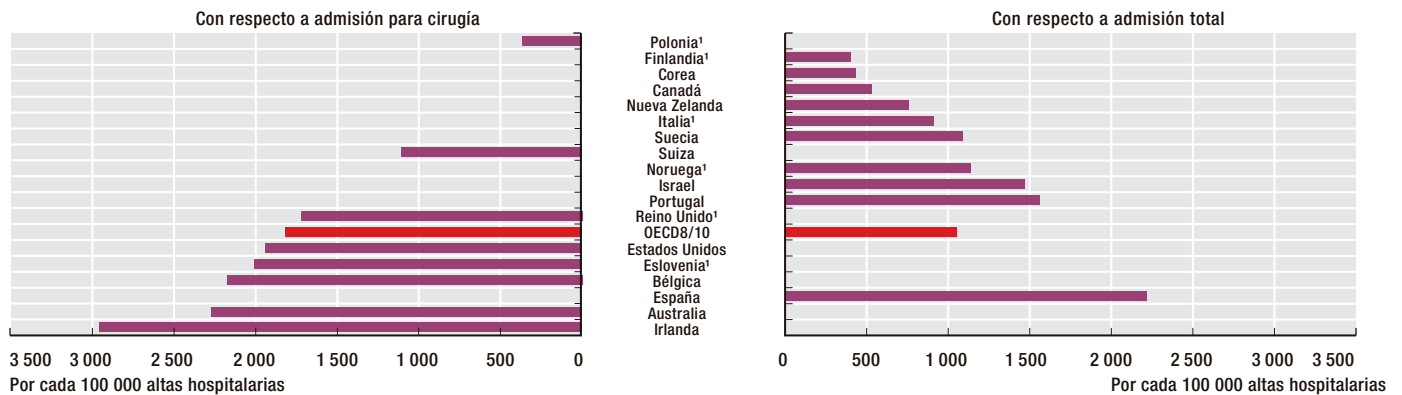
Nota: Los índices no se han ajustado por el número promedio de diagnósticos secundarios.

1. El número promedio de diagnósticos secundarios es < 1.5.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281167>

8.17. Sepsis post-operatoria en cirugías abdominales 2013 (o año más cercano)



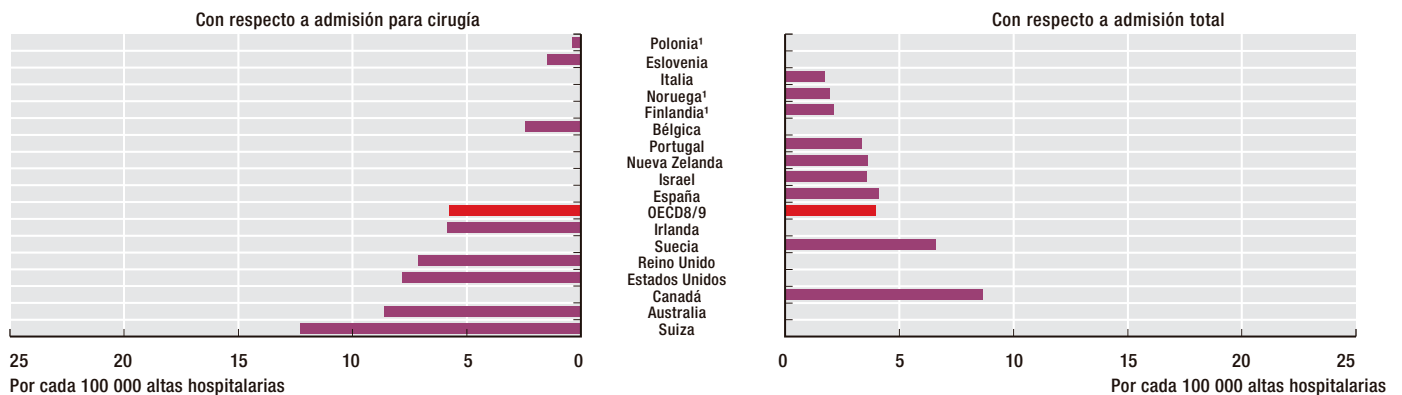
Nota: Los índices no se han ajustado por el número promedio de diagnósticos secundarios.

1. El número promedio de diagnósticos secundarios es < 1.5.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281167>

8.18. Cuerpo extraño dejado en el organismo durante un procedimiento, 2013 (o año más cercano)



Nota: Los índices no se han ajustado por el número promedio de diagnósticos secundarios.

1. El número promedio de diagnósticos secundarios es < 1.5.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281167>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Trauma obstétrico

La seguridad del paciente durante el alumbramiento puede ser evaluada observando el desgarre potencialmente evitable del perineo durante el parto natural. Los desgarres que se extienden a los músculos perineales y pared intestinal requieren cirugía, y tienen más probabilidades de ocurrir en el caso del primer parto natural, bebés con peso alto, inducción del parto, posición occípito-posterior del recién nacido, segunda etapa del trabajo de parto prolongada y alumbramiento con instrumental. Las posibles complicaciones incluyen dolor perineal continuo e incontinencia.

No es posible prevenir este tipo de desgarres en todos los casos, pero se pueden reducir con una adecuada gestión del alumbramiento y cuidados obstétricos de alta calidad. Por lo tanto, la proporción de alumbramientos que involucran laceraciones de alto grado es un indicador útil de la calidad del cuidado obstétrico. Los indicadores de trauma obstétrico han sido utilizados por la US Joint Commission y por diferentes iniciativas internacionales de calidad que buscan evaluar y mejorar la atención obstétrica (AHRQ, 2006).

La episiotomía es una incisión quirúrgica del perineo realizada para ensanchar la abertura vaginal para el alumbramiento. Actualmente hay grandes variaciones en el uso de episiotomía para partos vaginales en Europa, oscilando entre 70% de los partos en Portugal y Polonia en 2010, a menos de 10% en Suecia, Dinamarca e Islandia (Euro-Peristat, 2013). El uso selectivo de la episiotomía para disminuir las laceraciones perineales severas durante el alumbramiento es controversial, con opiniones de que actualmente la información no es apropiada para evaluar adecuadamente su seguridad y efectividad (Lappen and Gossett, 2010).

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

El trauma obstétrico con instrumentos se refiere a los partos con uso de fórceps o extracción con ventosa. Como el riesgo de laceración se incrementa significativamente cuando se usan instrumentos para asistir el alumbramiento, los índices para esta población de pacientes se reportan separadamente. La tasa promedio de trauma obstétrico con instrumentos (6.0 de cada 100 alumbramientos vaginales asistidos con instrumentos) entre 21 países de la OCDE en 2013, era cerca de 4 veces la tasa sin instrumentos (1.6 por cada 100 alumbramientos vaginales no asistidos con instrumentos). La tasa de trauma obstétrico después de alumbramiento vaginal con instrumentos (Figura 8.19) muestra grandes variaciones entre países. Las cifras reportadas varían de menos de 2% en Polonia, Eslovenia, Italia e Israel, a más de 10% en los

Estados Unidos, Suecia, Dinamarca y Canadá.

Las tasas de trauma obstétrico después del alumbramiento vaginal sin instrumentos (Figura 8.20) muestran variaciones igualmente considerables entre países, oscilando entre 0.3% o menos en Polonia y Eslovenia, a 2.8% o más en el Reino Unido, Suecia y Canadá. Existe una fuerte relación entre los dos indicadores, y en ambos casos las menores tasas se reportan en Polonia y Eslovenia, mientras que las de Suecia y Canadá están entre las más altas.

Definición y comparabilidad

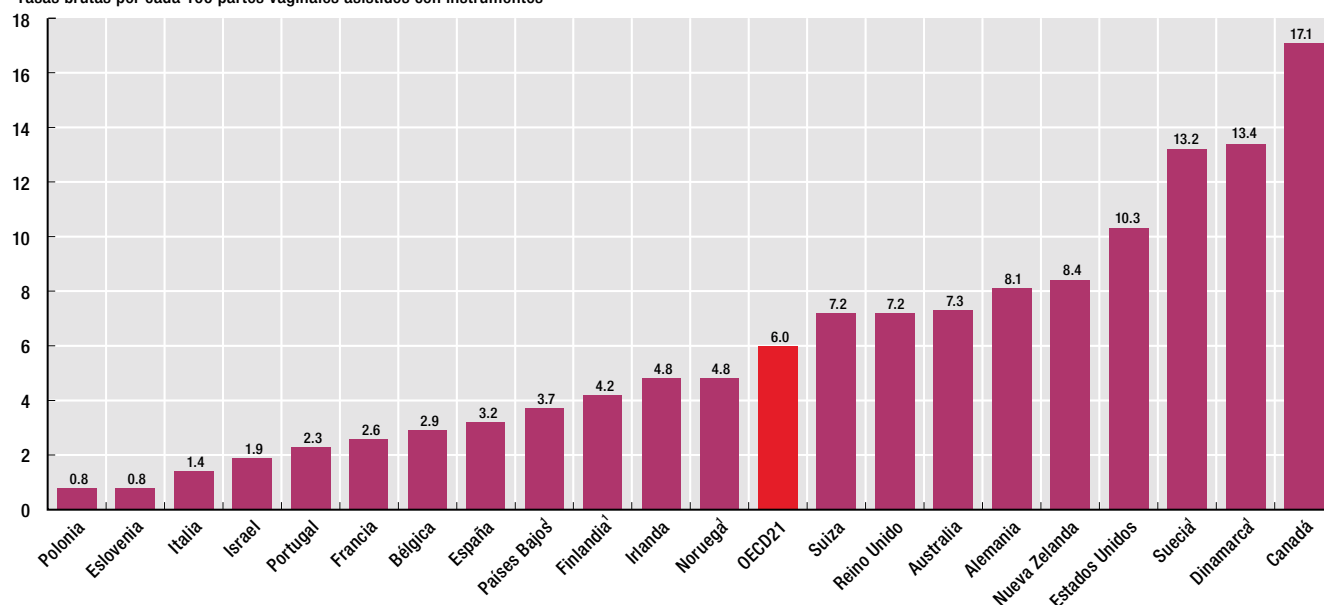
Los dos indicadores de trauma obstétrico se definen como la proporción de partos vaginales asistidos o no asistidos con instrumentos, con códigos de tercer y cuarto grado de trauma obstétrico en cualquier campo de diagnóstico y procedimiento. Por lo tanto, cualquier diferencia en la definición de diagnóstico principal y secundario no tiene influencia en las tasas calculadas. Éstas pueden afectar los indicadores de seguridad de pacientes obstétricos por las diferencias en registro de datos entre países, que se refieren principalmente a prácticas diversas de codificación y fuentes de información. Algunos países reportan las tasas de trauma obstétrico con base en información administrativa de hospitales y otros en datos de registros obstétricos. Existe alguna evidencia de que los registros producen datos de más calidad, y reportan un mayor número de eventos de trauma obstétrico en comparación con los datos administrativos (Baghestan et al., 2007).

Referencias

- AHRQ – Agency for Health Research and Quality (2006), Patient Safety Indicators Overview: AHRQ Quality Indicators – February 2006, AHRQ, Rockville, United States.
- Baghestan, E. et al. (2007), “A Validation of the Diagnosis of Obstetric Sphincter Tears in Two Norwegian Databases, the Medical Birth Registry and the Patient Administration System”, *Acta Obstetricia et Gynecologica*, Vol. 86, pp. 205-209.
- Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, INSERM, Paris.
- Lappen, J.R. and D.R. Gossett (2010), “Changes in Episiotomy Practice: Evidence-based Medicine in Action”, *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 5, No. 3, pp. 301-309.

8.19. Trauma obstétrico, parto vaginal con instrumentos, 2013 (o año más cercano)

Tasas brutas por cada 100 partos vaginales asistidos con instrumentos

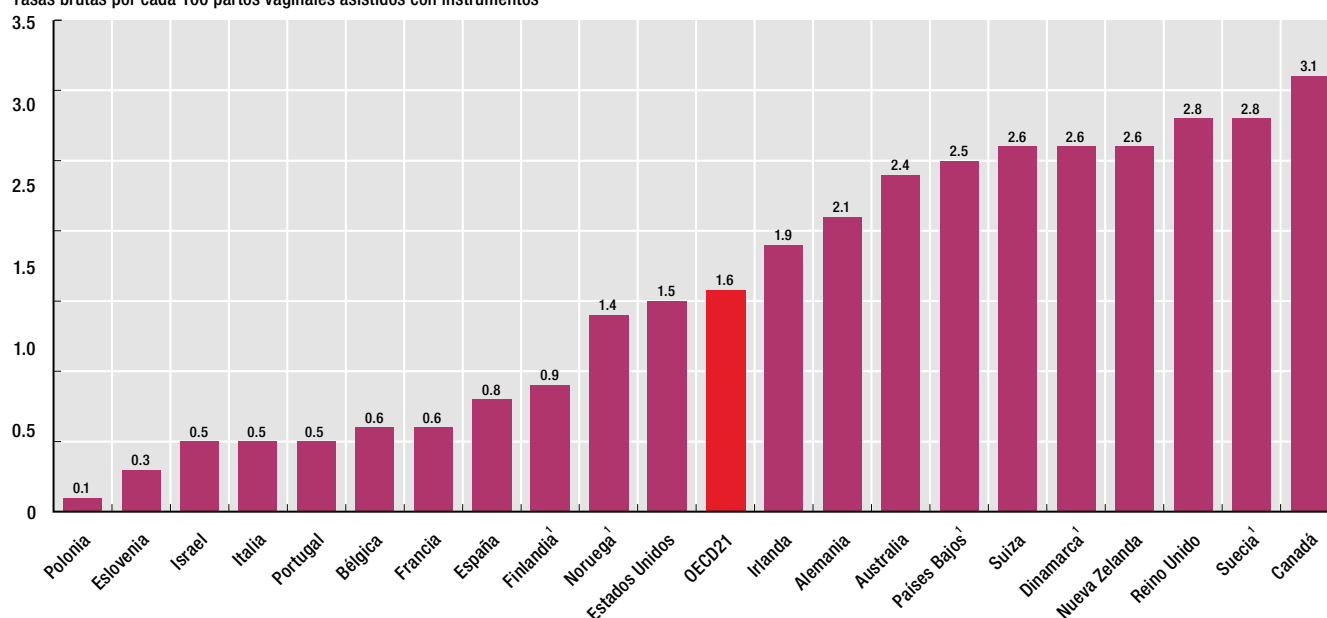


1. Basado en datos de registros.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281174>

8.20. Trauma obstétrico, parto vaginal sin instrumentos, 2013 (o año más cercano)

Tasas brutas por cada 100 partos vaginales asistidos con instrumentos



1. Basado en datos de registros.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281174>Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Cuidado para personas con desórdenes mentales

La carga de las enfermedades mentales es sustancial, pues se estima que afectan a uno de cada cuatro personas en la población de países de la OCDE en un momento dado, y a uno de cada dos a lo largo de la vida (OECD, 2014a). La atención oportuna de calidad puede potencialmente mejorar los resultados y ayudar a reducir las tasas de suicidio y exceso de mortalidad para individuos con desórdenes psiquiátricos.

La atención de alta calidad de desórdenes mentales en escenarios intrahospitalarios es vital. La Figura 8.21 muestra las tasas de suicidio de pacientes hospitalizados con respecto al total de admisiones en hospitales psiquiátricos. El suicidio intrahospitalario es un 'evento nunca', que debe ser monitoreado muy de cerca como un indicador de la capacidad del hospital de mantener a sus pacientes fuera de peligro. La mayoría de los países reportan tasas debajo de 0.1 por cada 100 pacientes; Dinamarca y Estonia son excepciones con tasas de 0.1 y 0.3 respectivamente. Las medidas para prevenir el suicidio intrahospitalario incluyen la identificación y remoción de oportunidades de daño auto-infligido, evaluación del riesgo para pacientes, monitoreo y planes apropiados de tratamiento.

La tasa de suicidio después del alta hospitalaria puede ser un indicador de la calidad de la atención en la comunidad, y la coordinación entre el hospital y la comunidad. El riesgo de suicidio en el primer año después del alta de hospitales psiquiátricos es mucho mayor que para la población en general. En 2012 en los países de la OCDE que disponen de esta información, la tasa de suicidio de pacientes que estuvieron ingresados en hospitales psiquiátricos en el año previo fue de 0.43 por cada 100 pacientes, en comparación con una tasa de suicidio de 0.01 por cada 100 para la población general. Los pacientes que padecen una enfermedad psiquiátrica están particularmente en riesgo inmediatamente después de ser dados de alta. En todos los países, el suicidio dentro de los primeros 30 días después del alta representó al menos una cuarta parte del total de suicidios durante el primer año después del alta (Figura 8.22). Una buena planeación y seguimiento de altas, y mejores niveles de atención pueden ayudar a reducir las tasas de suicidio en los riesgosos días inmediatamente después de las mismas. (OECD, 2014a).

Los individuos con enfermedades mentales tienen tasas de mortalidad más altas que la población general. Un valor de 'exceso de mortalidad' mayor a uno implica que las personas que padecen desórdenes mentales tienen un riesgo más alto de muerte que el resto de la población. Las Figuras 8.23 y 8.24 muestran el exceso de mortalidad por esquizofrenia y desorden bipolar, que es mayor a dos en todos los países. El exceso de mortalidad también está vinculado con una tasa alta de enfermedad física y crónica que a su vez se relaciona con factores de riesgo como el tabaquismo, abuso de drogas y alcohol, efectos secundarios de tratamiento psicotrópico, y cuidado deficiente de la salud física. Se requiere de un enfoque multifacético para reducir el exceso de mortalidad, incluyendo la prevención de mala salud física en atención primaria entre la población con desórdenes mentales, mejor integración del cuidado de la salud física y mental, intervenciones conductuales y cambio de actitudes de los profesionales. Por ejemplo, en Suecia se monitorea el uso de cuidado hospitalario para pacientes con diagnóstico de desórdenes mentales que podría haber sido evitada si la atención

primaria y/o la prevención primaria o secundaria hubieran sido suficientes (OECD, 2014a; OECD, 2014b)

Definición y comparabilidad

El indicador de suicidio de pacientes hospitalizados se compone de un denominador de pacientes dados de alta con un diagnóstico principal o los dos primeros diagnósticos secundarios con código de desórdenes de salud mental y de comportamiento (ICD-10 códigos F10-F69 y F90-99) y un numerador del número de pacientes que cometieron "suicidio" (ICD-10 códigos: X60-X84). Frecuentemente hay menos de diez suicidios intrahospitalarios en un año dado, lo que significa que las tasas reportadas pueden variar. Donde es posible se ha calculado un promedio de 3 años para dar mayor estabilidad al indicador. Esto no fue posible para la República Checa, Portugal y Suiza. Los datos deben ser interpretados con cautela debido al muy pequeño número de casos.

El suicidio dentro de los primeros treinta días y un año desde el alta se establece vinculando el alta del hospital con un diagnóstico principal o los dos primeros diagnósticos secundarios con código de desórdenes de salud mental y comportamiento (ICD-10 códigos F10-F69 y F90-99), con suicidios asentados en registros de defunción (ICD-10: códigos X60-X84). En casos con varias admisiones durante el año de referencia, el período de seguimiento comienza con la última alta.

Para los indicadores de exceso de mortalidad, el numerador es la tasa de mortalidad general para personas entre 15 y 74 años de edad diagnosticadas con esquizofrenia o desorden bipolar. El denominador es la tasa de mortalidad total para la población general entre 15 y 74 años de edad. El número relativamente pequeño de personas con desorden bipolar que mueren en un año dado, puede causar variaciones sustanciales de un año a otro en algunos países. Los datos disponibles en la mayoría de los países no permitieron el cálculo de promedios de dos años.

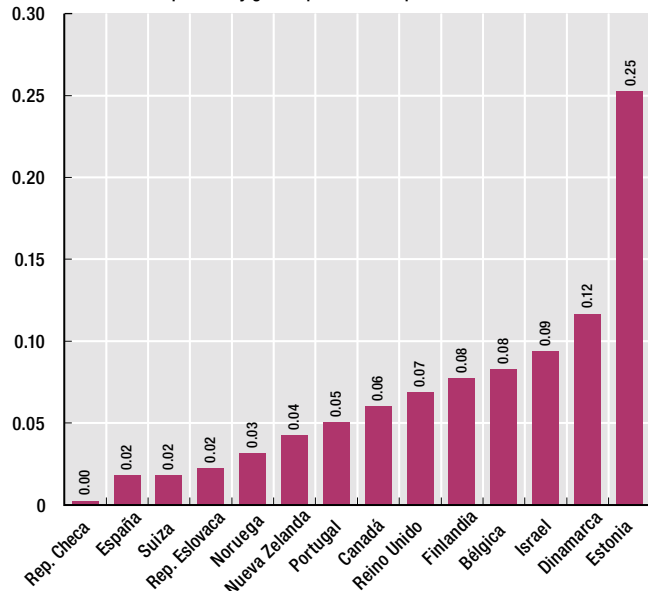
Las tasas han sido estandarizadas por edad y género a la estructura de población de la OCDE en 2010, para eliminar el efecto de diferentes estructuras de población entre países.

Referencias

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

8.21. Suicidio intrahospitalario de pacientes con desórdenes psiquiátricos, 2013 (o año más cercano)

Tasas estandarizadas por edad y género por cada 100 pacientes



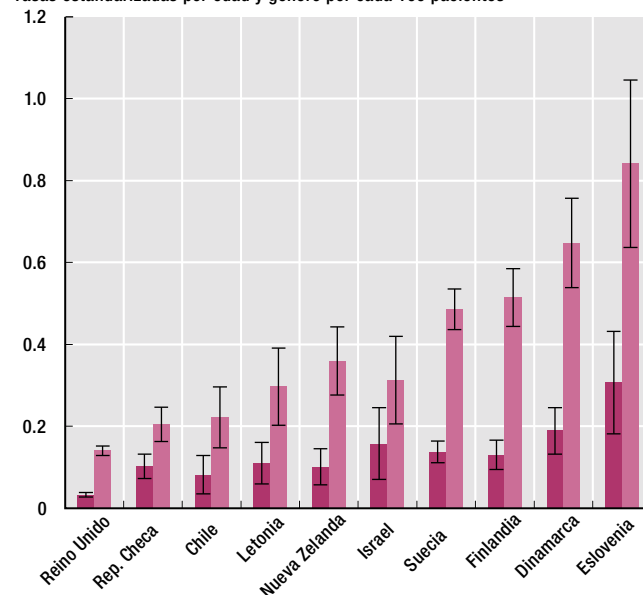
Nota: Promedio de tres años para la mayoría de los países.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281184>

8.22. Suicidio en los primeros 30 días a un año después de alta hospitalaria por un desorden psiquiátrico, 2012

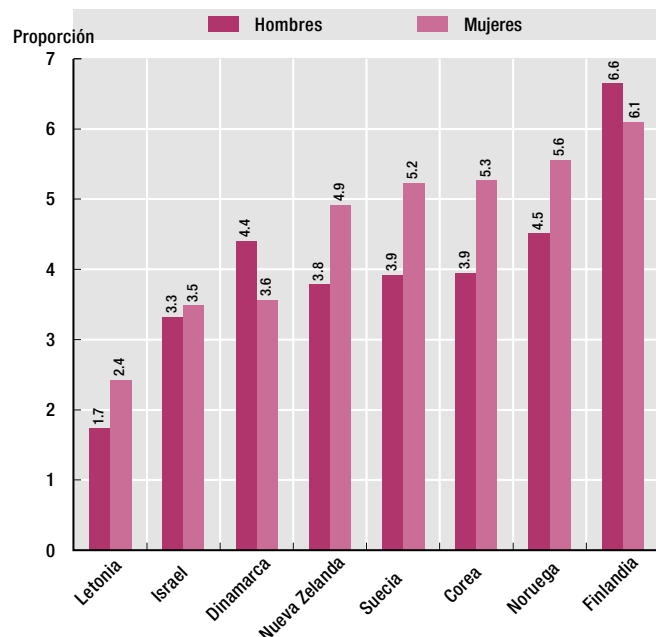
■ En los primeros 30 días desde el alta ■ En el primer año desde el alta

Tasas estandarizadas por edad y género por cada 100 pacientes



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281184>

8.23. Exceso de mortalidad por esquizofrenia, 2013 (o año más cercano)

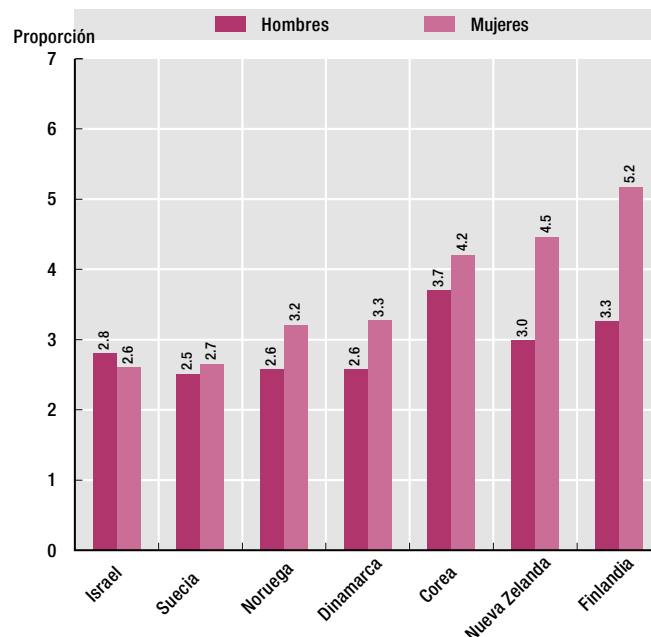


Nota: El exceso de mortalidad se compara con la tasa de mortalidad para la población en general.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281184>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

8.24. Exceso de mortalidad por desorden bipolar, 2013 (o año más cercano)



Nota: El exceso de mortalidad se compara con la tasa de mortalidad para la población en general.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281184>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer cervical

El cáncer cervical es altamente prevenible si los cambios precancerosos se detectan y tratan antes de que progresen. La principal causa de cáncer cervical, que contribuye con casi 95% de los casos, es la exposición al virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) por actividad sexual (IARC, 2005).

Los países siguen diferentes políticas con respecto a la prevención y diagnóstico oportuno de cáncer cervical. Alrededor de la mitad de los países de la OCDE cuentan con programas de detección para la población, pero varían la periodicidad y la edad de los grupos objetivo (OECD, 2013). Algunos países con baja incidencia de cáncer cervical como Israel y Suiza, no tienen un programa de detección organizado, pero las mujeres en grupos de edad elegibles pueden hacerse una citología cervical gratuita (prueba de Papanicolaou) cada tres años. La Organización Mundial de la Salud recomienda las vacunas contra HPV como parte de los programas nacionales de vacunación, primordialmente para niñas entre 9 y 13 años, en países donde la prevención del cáncer cervical es una prioridad de salud pública, pues su adopción es posible y sostenible financieramente, y el costo-efectividad ha sido evaluado (WHO, 2014). Hoy día la mayoría de los países de la OCDE tienen programas de vacunación contra HPV.

Las tasas de detección de cáncer cervical oscilaron entre 20.7% en México y 84.5% en los Estados Unidos en 2013, y se han incrementado de 57.0% a 61.6% en promedio en los países de la OCDE en la última década (Figura 8.25). El incremento en la cobertura fue particularmente grande en Corea, donde el programa de detección fue implantado en todo el país a mediados de los años 2000. Sin embargo, en aproximadamente la mitad de los países de la OCDE la cobertura de la detección disminuyó, lo que puede estar relacionado con la introducción de las vacunas contra HPV, que empezó a finales de los años 2000 (OECD, 2013).

La supervivencia es una de las principales medidas de la efectividad de sistemas de atención del cáncer, tomando en cuenta tanto la detección temprana de la enfermedad como la efectividad del tratamiento. Las tasas de supervivencia relativas de cinco años varían ampliamente, de 45.3% en Chile a 81.2% en Noruega en años recientes (Figura 8.26). Algunos países con cobertura de detección relativamente alta, como los Estados Unidos, Austria, el Reino Unido, Nueva Zelanda e Irlanda tienen menor supervivencia, pero cuatro de estos cinco países tienen menor mortalidad. Durante la última década, la supervivencia relativa de cinco años para cáncer cervical mejoró en muchos países.

Las tasas de mortalidad reflejan el efecto de la atención del cáncer en los últimos años, y el impacto de la detección, así como cambios en la incidencia. Las tasas de mortalidad por cáncer cervical disminuyeron en la mayoría de los países de la OCDE entre 2003 y 2013 (Figura 8.27). Sin embargo, en Grecia la tasa de mortalidad por cáncer cervical se incrementó sustancialmente en 47% durante el mismo período, aunque sigue estando debajo del promedio de la OCDE. La incidencia es baja y decrece a lo largo del tiempo, y es probable que Grecia pueda controlar la creciente carga de cáncer cervical proporcionando tratamiento más efectivo.

Definición y comparabilidad

Las tasas de detección se basan en encuestas o datos de entrevista directa, lo que puede influenciar los resultados. Los resultados de encuestas pueden ser afectados por problemas de inexactitud. Las cifras de programas frecuentemente se calculan para monitorear programas nacionales de detección y las diferencias en población objetivo y frecuencia de la detección pueden también causar variaciones en la cobertura entre países.

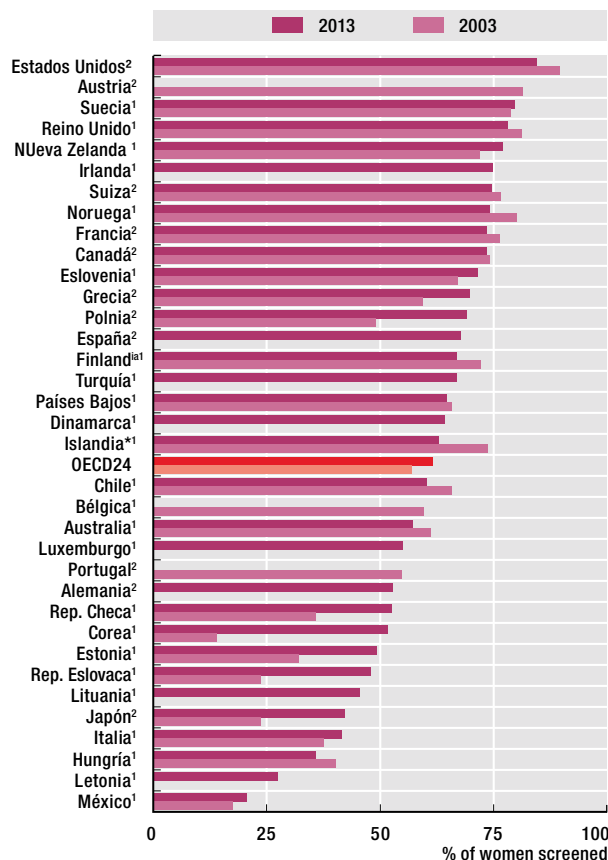
La supervivencia relativa es la proporción de la supervivencia observada de pacientes de cáncer en un período de tiempo específico después del diagnóstico, contra la supervivencia esperada en un grupo comparable de población general en términos de edad, género y período. Los datos de supervivencia para Chile, Alemania e Italia se basan en una muestra de pacientes. El número de países que monitorean y reportan supervivencia de cáncer se ha venido incrementando en años recientes, y un estudio internacional (Allemani et al., 2015) también muestra que una cantidad de países tienen registros de cáncer que permiten comparaciones internacionales de supervivencia.

Los países utilizan ya sea análisis de período o de cohorte para calcular la supervivencia de cáncer. El análisis de período genera un estimado actualizado de supervivencia de pacientes con cáncer utilizando períodos de incidencia y seguimiento más recientes que el análisis de cohorte, el cual utiliza información de supervivencia de un período de seguimiento completo de cinco años. Los períodos de referencia para diagnóstico y seguimiento varían entre países. La supervivencia de cáncer presentada ha sido estandarizada por edad utilizando la población del International Cancer Survival Standard (ICSS). Ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 3 para la definición, fuente y metodología empleados para tasas de mortalidad.

Referencias

- Allemani, C. et al. (2015), “Global Surveillance of Cancer Survival 1995-2009: Analysis of Individual Data for 25 676 887 Patients from 279 Population-based Registries in 67 Countries (CONCORD-2)”, *The Lancet*, Vol. 385, pp. 977-1010.
- IARC – International Agency for Research on Cancer (2005), “Cervix Cancer Screening”, IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10, International Agency for Research on Cancer, Lyon.
- OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- WHO (2014), “Human Papillomavirus Vaccines: WHO Position Paper, October 2014”, *Weekly Epidemiological Record* No. 43, 89, 465-492, Geneva.

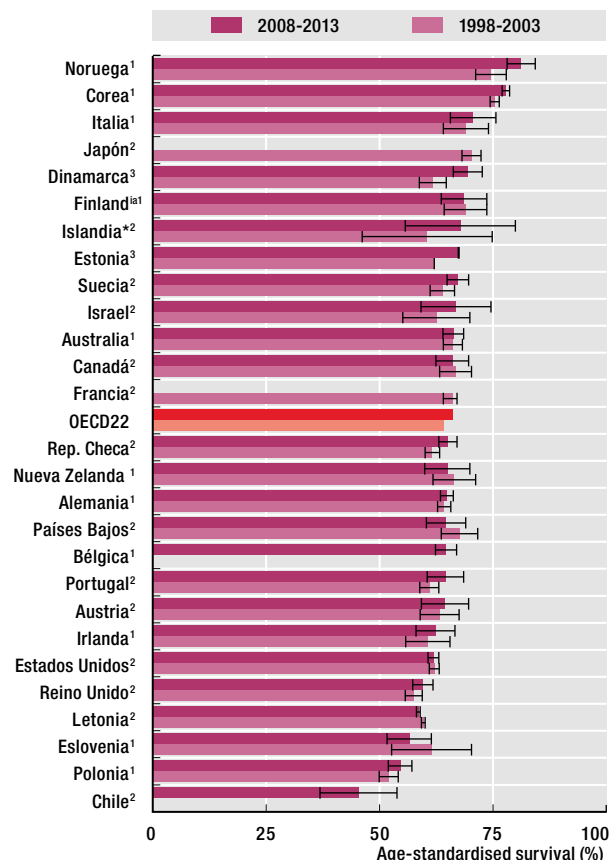
8.25. Detección de cáncer cervical en mujeres entre 20 y 69 años de edad, 2003 a 2013 (o años más cercanos)



1. Programa. 2. Encuesta. *Promedio de tres años

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281196>

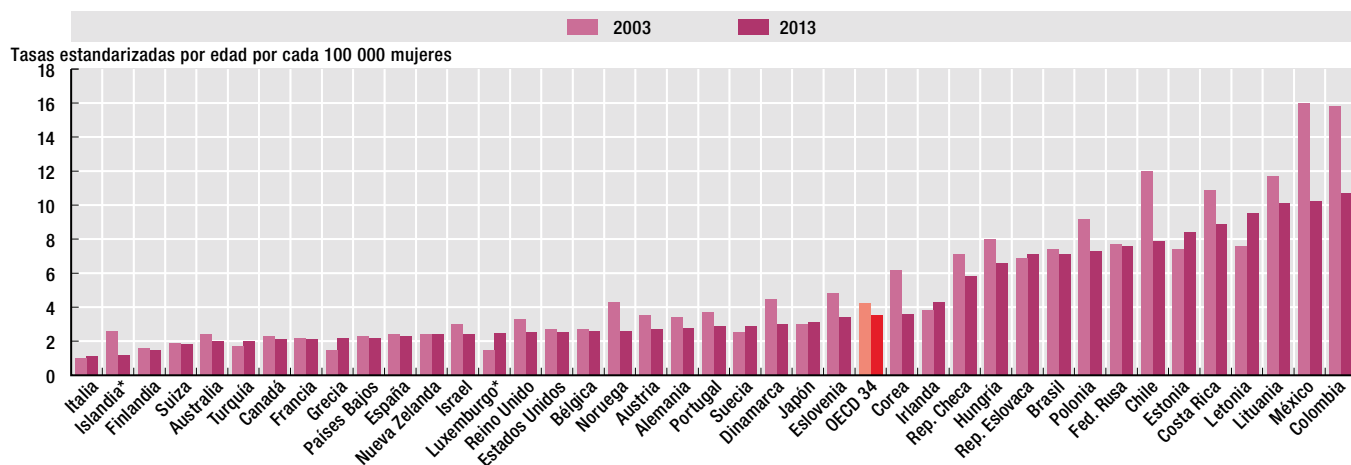
8.26. Tasa de supervivencia relativa de cinco años sin cáncer cervical, 1998-2003 y 2008-2013 (o períodos más cercanos)



1. Análisis de período. 2. Análisis de cohorte. 3. Diferentes métodos de análisis usados en diferentes años. *Promedio de tres años. Intervalos de confianza de 95% representados por H.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281196>

8.27. Mortalidad por cáncer cervical, 2003 a 2013 (o años más cercanos)



*Promedio de tres años.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281196>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer de mama

El cáncer de mama es el tipo más prevalente entre mujeres en todos los países de la OCDE. Una de cada nueve mujeres tendrá cáncer de mama en algún punto de su vida, y una de cada treinta morirá por la enfermedad. Los factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que una persona desarrolle la enfermedad incluyen edad, historia familiar de cáncer de mama, predisposición genética, factores reproductivos, terapia de reemplazo hormonal con estrógenos, y estilo de vida incluyendo obesidad, falta de actividad física, dieta y consumo de alcohol.

La mayoría de los países de la OCDE han adoptado programas de detección de cáncer de mama como una forma efectiva de detección temprana, aunque la periodicidad y los grupos objetivo de población varían entre países (OECD, 2013). Debido al reciente avance en resultados del tratamiento, y preocupaciones sobre resultados positivos falsos, diagnóstico y tratamiento excesivos, las recomendaciones de detección han sido reevaluadas en los últimos años. Tomando en cuenta los últimos hallazgos de investigaciones, la Organización Mundial de la Salud recomienda programas de detección a través de mamografías si las mujeres están en posibilidades de tomar una decisión informada sobre los beneficios y riesgos de una mamografía (WHO, 2014).

Las tasas de detección varían de menos de 20% en México a más de 80% en Finlandia, Eslovenia, Dinamarca y los Estados Unidos en 2013 (Figura 8.28). La cobertura de detección creció sustancialmente en países que tenían índices bajos hace una década. En México y Chile el incremento fue de más de diez veces, en Corea de más de cuatro, y de tres veces en la República Eslovaca y Lituania. Por otra parte, países que tenían las tasas más altas de detección a principios de los años 2000 tuvieron algunas reducciones, incluyendo Finlandia, los Estados Unidos, los Países Bajos, Irlanda y Noruega. En Irlanda el programa progresivo de detección inició en 2000, y alcanzó cobertura nacional en 2009, pero aún está en una etapa muy temprana para evaluar la tendencia de cobertura en el tiempo.

La supervivencia refleja tanto la oportunidad del diagnóstico como la mejora en los tratamientos de cáncer de mama. Todos los países de la OCDE han alcanzado el 80% de supervivencia relativa de cinco años, excepto Estonia, Polonia y Chile (Figura 8.29). La supervivencia relativa de personas con cáncer cervical y colorrectal también es la más baja para Polonia y Chile (ver indicadores “Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer cervical” y “Supervivencia y mortalidad por cáncer colorrectal”). En ambos países el acceso a la atención es limitado pues existen menos centros de cuidado de cáncer e instalaciones de radioterapia. En Chile algunos medicamentos para cáncer y otras tecnologías médicas no están totalmente disponibles, y no hay suficientes profesionales especializados, lo que resulta en largos tiempos de espera para el tratamiento de cáncer (OECD, 2013).

En la última década, la supervivencia relativa de cinco años al cáncer de mama ha mejorado en todos los países de la OCDE. La supervivencia relativa se ha incrementado considerablemente en algunos países de Europa del Este,

como Estonia, la República Checa y Letonia, aunque la supervivencia después del diagnóstico de cáncer de mama está aún por debajo del promedio de la OCDE. La mejora puede estar relacionada con el fortalecimiento de las acciones de gobierno para atención del cáncer en estos países. Por ejemplo, la República Checa intensificó los esfuerzos para la detección temprana de pacientes con cáncer de mama a través de la introducción de un programa en 2002, e implantó un Programa Nacional de Control de Cáncer en 2005 para mejorar la calidad de la atención y la supervivencia. La prestación de servicios fue reorganizada reduciendo el número de centros integrales de tratamiento de cáncer, con el objeto de optimizar la cobertura de población de cada uno, y asignando profesionales competentes y la inversión necesaria en cada centro. El modelo actual de prestación de servicios para cáncer se considera bien organizado y adecuadamente distribuido en todo el país, y en parte debido al acceso más equitativo, las variaciones en supervivencia de cáncer entre regiones se han reducido (OECD, 2013; OECD, 2014).

Las tasas de mortalidad han decrecido en la mayoría de los países de la OCDE en la última década (Figura 8.30). Esta reducción es reflejo de las mejoras en la oportunidad de la detección y el tratamiento de cáncer de mama. Los avances han sido sustanciales en la República Checa, Noruega y los Países Bajos, con una disminución de más de 20% en una década. Dinamarca también reporta una considerable reducción, pero su tasa de mortalidad estaba aún entre las más altas en 2013. Por otro lado, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en Corea, Turquía y Japón aumentó en la última década, y aunque sigue siendo la menor entre países de la OCDE, la incidencia de cáncer de mama se ha duplicado o más en la última década.

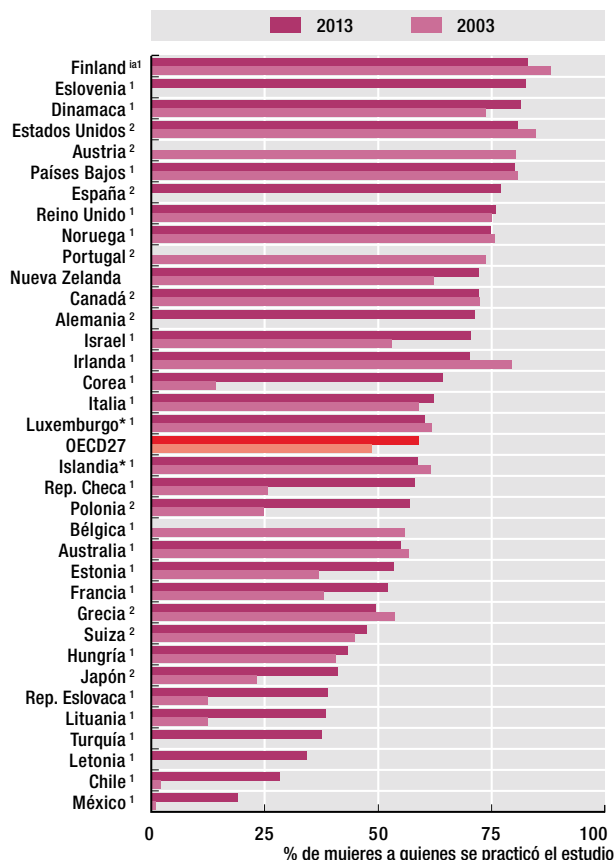
Definición y comparabilidad

Las tasas de detección y la supervivencia se han definido en el indicador “Detección, supervivencia y mortalidad por cáncer cervical” en el Capítulo 8. Ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 3 para la definición, fuente y metodología empleados para tasas de mortalidad.

Referencias

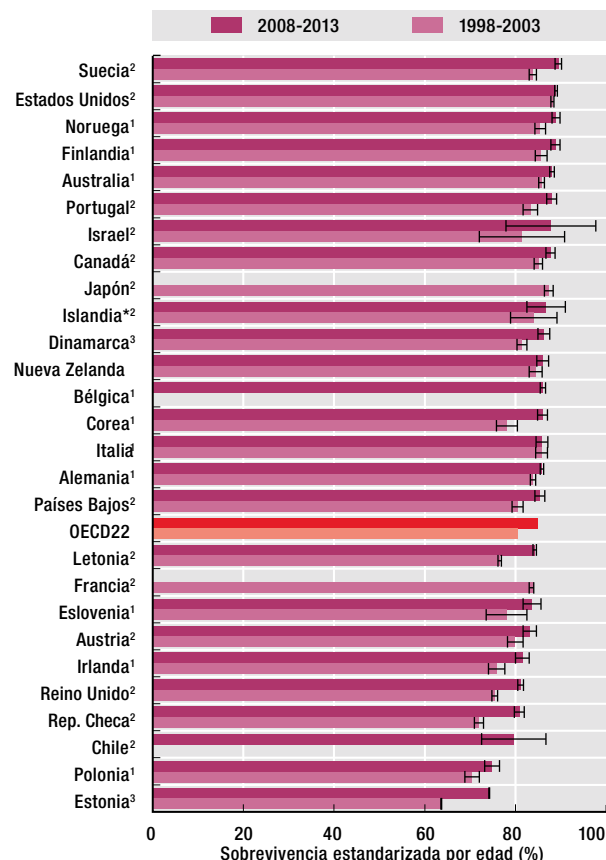
- OECD (2014), OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>.
- OECD (2013), Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- WHO (2014), “WHO Position Paper on Mammography Screening”, Geneva.

8.28. Estudios de mamografía en mujeres de 59 a 69 años de edad, 2000 a 2013 (o años más cercanos)



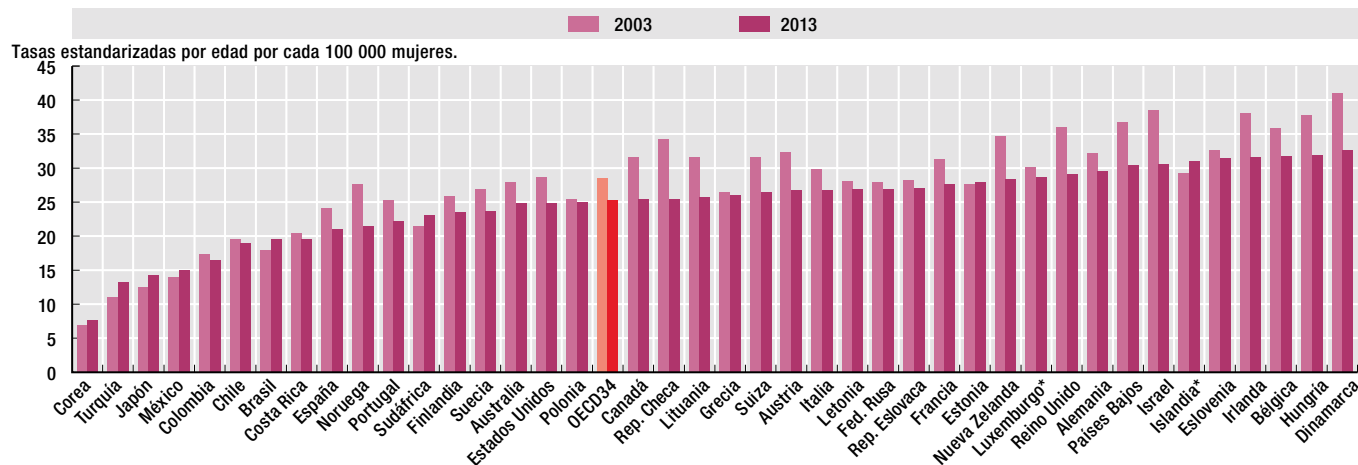
1. Programa. 2. Encuesta. *Promedio de tres años.
Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281202>

8.29. Supervivencia relativa de cinco años a cáncer de mama, 1998-2003 y 2008-2013 (o períodos más cercanos)



1. Análisis de período. 2. Análisis de cohorte. 3. Diferentes métodos de análisis usados en diferentes años. *Promedio de tres años. Intervalos de confianza de 95% de representados por H.
Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281202>

8.30. Mortalidad por cáncer de mama en mujeres, 2003 a 2013 (o años más cercanos)



*Promedio de tres años.
Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281202>

Sobrevivencia y mortalidad por cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer más comúnmente diagnosticado, después del cáncer de próstata y de pulmón en hombres, y el segundo más común después del de mama para mujeres en todos los países de la OCDE. La incidencia de cáncer colorrectal es alta en Corea, la República Eslovaca, Hungría, Dinamarca y los Países Bajos, con 40 casos o más por cada 100 000 habitantes; y es baja en México, Grecia, Chile y Turquía, con menos de la mitad de este índice. En todos los países, la incidencia es significativamente más alta para hombres que para mujeres. Existen varios factores de mayor riesgo para algunos individuos, incluyendo la edad, colitis ulcerativa, historia familiar o personal de cáncer colorrectal o pólipos, y factores de estilo de vida como una dieta alta en grasa y baja en fibra, ausencia de actividad física, obesidad, y consumo de tabaco y alcohol.

Además de los estudios de detección de cáncer cervical y de mama, la detección de cáncer colorrectal es cada vez más disponible, y un número creciente de países han implantado programas gratuitos de detección para la población, siendo el objetivo la población entre 50 y 60 años de edad (OECD, 2013). Se están empleando diferentes métodos (es decir, prueba de sangre oculta en heces, colonoscopia y sigmoidoscopia flexible), en parte por no haber certeza de la relación costo-beneficio de los estudios de detección (Lansdorp-Vogelaar et al., 2010). Hay diferentes métodos disponibles en los programas de detección de algunos países. En la mayoría de los que disponen de la prueba de sangre oculta en heces, el estudio se puede hacer cada dos años. La frecuencia de las pruebas es menor con la colonoscopia y la sigmoidoscopia flexible, generalmente cada diez años, lo que dificulta la comparación de la cobertura de detección entre países.

Los avances en el diagnóstico y tratamiento de cáncer colorrectal, incluyendo técnicas quirúrgicas más avanzadas, radioterapia y quimioterapia combinada, y su mayor y más oportuno acceso han contribuido al incremento de la sobrevivencia en la última década. Todos los países de la OCDE tuvieron avances en la sobrevivencia relativa de cinco años para cáncer colorrectal, la cual se incrementó en promedio de 55.8% a 62.2% para pacientes con cáncer colorrectal durante 1998-2003 a 2008-2013 respectivamente (Figura 8.31). Polonia, Estonia y la República Checa también han tenido mejoras considerables, pero la sobrevivencia al cáncer en estos países sigue siendo la más baja entre los países de la OCDE, de menos de 55%. Corea e Israel tuvieron la más alta sobrevivencia, por encima de 70%.

En la mayoría de los países de la OCDE, la sobrevivencia al cáncer colorrectal es superior para mujeres, pero en Chile, Corea, Israel, Japón, Portugal, Austria y los Países Bajos, la sobrevivencia para hombres es ligeramente superior (Figura 8.32). La mayor diferencia de género se presenta en Estonia, con sobrevivencia relativa de cinco años de 48.4% para hombres y 55.9% para mujeres.

Eslovenia, Letonia y Suecia también tienen diferencias comparativamente grandes.

En la mayoría de los países se registró una menor mortalidad por cáncer colorrectal en años recientes, con una reducción de la tasa promedio para todos los países de la OCDE de 27.4 a 24.2 muertes por cada 100 000 habitantes entre 2003 y 2013 (Figura 8.33). La reducción fue particularmente notable en la República Checa, Austria y Australia, de más de 25%. Las principales excepciones a esta tendencia general fueron Turquía, Brasil, Chile y México, donde la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal se incrementó en más de 10% en la última década, aunque sigue estando muy por debajo del promedio de la OCDE. A pesar de los avances, los países de Europa Central y del Este, particularmente Hungría, la República Eslovaca, Eslovenia y la República Checa siguen teniendo tasas de mortalidad más altas que otros países de la OCDE.

En todos los países el cáncer colorrectal sigue siendo una importante causa de muerte para hombres y mujeres (Ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 8) y los países tendrán que redoblar esfuerzos para promover no solo el diagnóstico oportuno y el tratamiento efectivo, sino también un estilo de vida saludable para reducir los factores de riesgo (Ver “Determinantes no médicos” en el Capítulo 4).

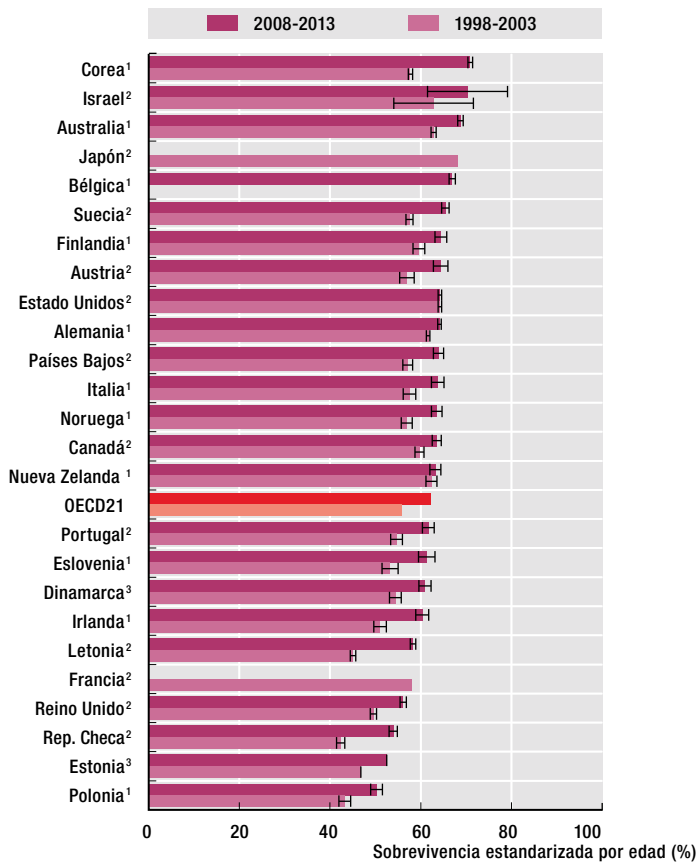
Definición y comparabilidad

Las tasas de sobrevivencia y mortalidad se definen en el indicador “Detección, sobrevivencia y mortalidad por cáncer cervical” en el Capítulo 8. Ver el indicador “Mortalidad por cáncer” en el Capítulo 3 para la definición, fuente y metodología empleadas en el cálculo de tasas de mortalidad. Las tasas de sobrevivencia y mortalidad por cáncer colorrectal se basan en ICD-10 códigos C18-C21 (colon, intersección rectosigmoide, recto y ano).

Referencias

- Lansdorp-Vogelaar, I., A.B. Knudsen and H. Brenner (2010), “Cost-effectiveness of Colorectal Cancer Screening – An Overview”, Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, Vol. 24, pp. 439- 449.
- OECD (2013), Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.

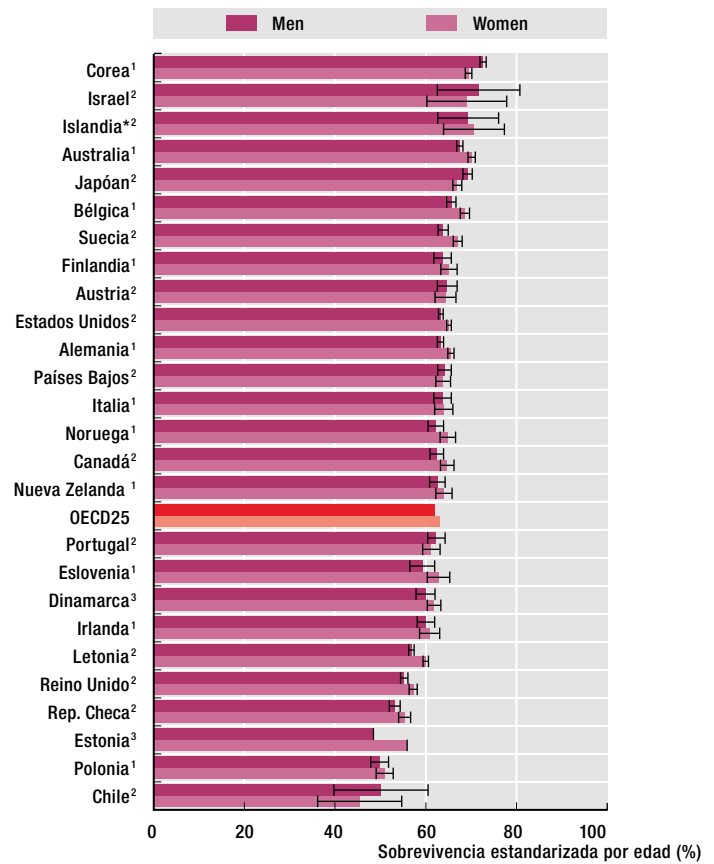
8.31. Cáncer colorrectal, sobrevivencia relativa de cinco años, 1998-2003 y 2008-13 (o períodos más cercanos)



1. Análisis de período. 2. Análisis de cohorte. Intervalos de confianza de 95% de representados por H

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281219>

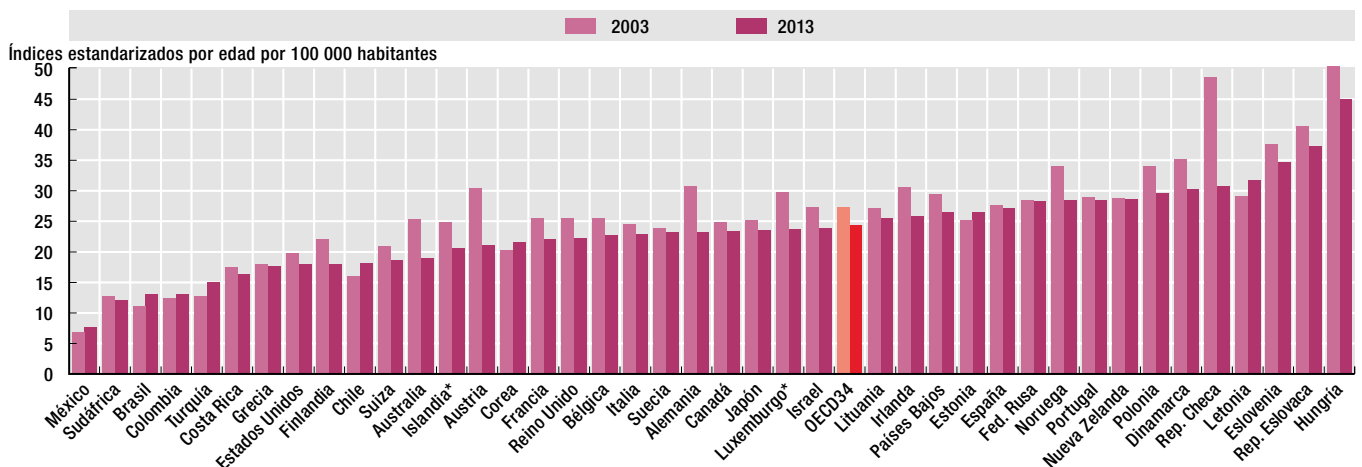
8.32. Cáncer colorrectal, sobrevivencia relativa de cinco años por género, 1998-2003 y 2008-13 (o períodos más cercanos)



1. Análisis de período. 2. Análisis de cohorte. 3. Diferentes métodos de análisis usados en diferentes años. *Promedio de tres años. Intervalos de confianza de 95% representados por H.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281219>

8.33. Mortalidad por cáncer colorrectal, 2003 a 2013 (o años más cercanos)



*Promedio de tres años

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281219>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Programa de vacunación infantil

Todos los países de la OCDE han establecido programas de vacunación con base en su interpretación de los riesgos y beneficios de cada vacuna. Las Figuras 8.34 y 8.35 muestran que la vacunación general de niños contra sarampión, difteria, tétanos y tosferina (DTP, por sus siglas en inglés) es alta en países de la OCDE. En promedio, 95% de los niños reciben la vacunación recomendada para DTP y 94% reciben la vacuna contra sarampión de acuerdo a los programas nacionales de vacunación. Los índices de vacunación para DTP están debajo de 90% solamente en Indonesia, Austria, México, India y Sudáfrica. Los índices de vacunación para sarampión están debajo de 90% en Dinamarca, Francia, México, Indonesia, Austria, India y Sudáfrica.

Aun cuando los índices nacionales de cobertura son altos en muchos países, algunos grupos de población siguen estando expuestos a algunas enfermedades. Por ejemplo, los Estados Unidos reportaron 189 casos de sarampión entre el 1 de enero y el 18 de septiembre de 2015. La mayoría de los casos estuvieron vinculados con un parque de diversiones en California. Los centros para prevención y control de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) reportaron que la mayoría de los casos de sarampión en 2015 fueron personas sin vacunar. En el año previo se reportaron más de 650 casos de sarampión en los Estados Unidos, el número más alto de casos desde que la eliminación del sarampión fue documentada en 2000. Muchos de los casos se asociaron con un brote mayor originado en Filipinas (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). En julio de 2015, se reportó la primera muerte relacionada con sarampión desde 2003 en los Estados Unidos (Washington State Department of Health, 2015).

En partes de Europa también se reportaron muchos casos de sarampión en 2015. Durante 12 meses hasta junio de 2015, se reportaron más de 4000 casos en 30 países. Más de la mitad se reportaron en Alemania, y más de 400 casos en Italia. En febrero de 2015 se reportó la muerte de un niño de 18 meses de edad en Alemania. En la mayoría de estos casos en Europa también se trataba de personas sin vacunar (European Centre for Disease Prevention and Control, 2015). Es posible que se requieran programas de actualización para niños mayores para evitar el riesgo, o responder a los brotes de sarampión. En el Reino Unido se llevó a cabo una campaña de este tipo en 2013.

La Figura 8.36 muestra el porcentaje de niños de un año de edad vacunados contra hepatitis B. El virus de hepatitis B se transmite por contacto con sangre o fluidos corporales de una persona infectada. Una pequeña proporción de las infecciones de hepatitis B se vuelven crónicas, y los pacientes están en riesgo de morir de cáncer o cirrosis hepática. Desde 1982 existe una vacuna que se considera 95% efectiva en la prevención de la infección y sus consecuencias crónicas. En vista de que una alta proporción de las infecciones crónicas se adquieren durante la primera infancia, la Organización Mundial de la Salud recomienda que todos los infantes reciban su primera dosis de vacuna contra hepatitis B tan pronto como sea posible al nacer, preferiblemente en las primeras 24 horas (WHO, 2015). La mayoría de los países han adoptado la recomendación de incorporar la vacuna contra hepatitis B como parte integral de su programa nacional de vacunación infantil.

En todos los países de la OCDE, la cobertura promedio de vacunación contra hepatitis B para niños de un año de edad es de 92%. En países como China, la República Checa y Corea alcanza el 99%. Sin embargo, varios países no requieren la aplicación de vacunas a los niños, y por lo tanto sus índices de vacunación son significativamente más bajos que los de otros países. Por ejemplo, en Dinamarca, Suecia y el Reino Unido, la vacunación contra hepatitis B no es parte del programa general de vacunación, pero se proporciona a grupos de alto riesgo, como niños de madres que están infectadas con el virus de la hepatitis B. Otros países de la OCDE que no incluyen la hepatitis B en sus programas de vacunación infantil son Islandia, Finlandia, Hungría, Japón, Eslovenia y Suiza. En Canadá, no todas las jurisdicciones vacunan a los niños contra hepatitis B, y algunas lo hacen en edad escolar.

Definición y comparabilidad

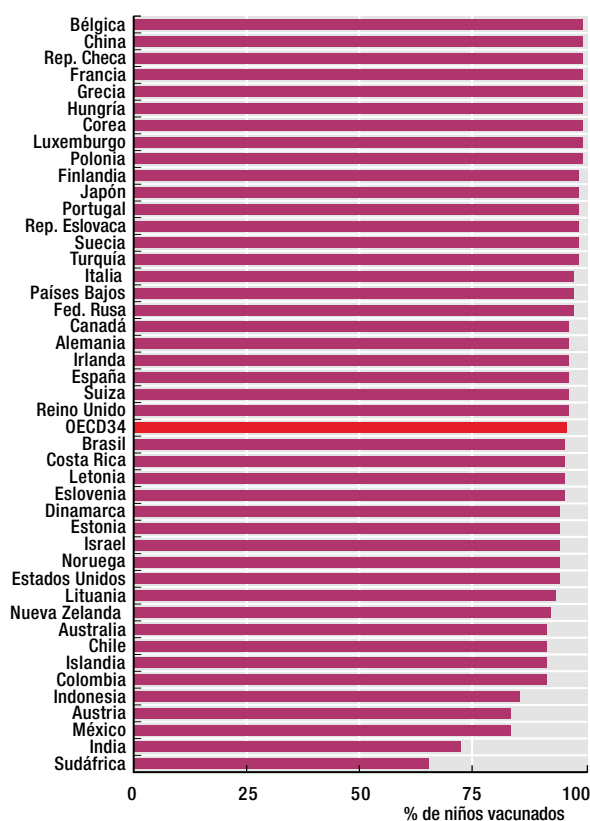
Los índices de vacunación reflejan el porcentaje de niños que reciben las vacunas correspondientes en el tiempo recomendado. La edad en que se completa el esquema de vacunación difiere entre países. Para aquellos donde se recomienda la primera dosis de vacuna después del primer año, el indicador se calcula como la proporción de niños de menos de dos años de edad que han recibido la vacuna. De esta forma, los indicadores se basan en las políticas de cada país.

Algunos países administran combinaciones de vacunas (por ejemplo, DTP para difteria, tétanos y tosferina) mientras otros administran las vacunas por separado. Algunos países determinan la vacunación con base en encuestas, y otros en datos de entrevista directa, lo que puede influenciar los resultados.

Referencias

- Centers for Disease Control and Prevention (2015), Measles Cases and Outbreaks, disponible en: www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html (accessed 12/10/2015).
- European Centre for Disease Prevention and Control (2015), "Surveillance Report: Measles and Rubella Monitoring", July 2015.
- Washington State Department of Health (2015), "Measles Led to Death of Clallam Co. Woman; First in US in a Dozen Years", disponible en: www.doh.wa.gov/Newsroom/2015NewsReleases/15119WAMEaslesRelatedDeath.
- WHO (2015), "Hepatitis B", Fact Sheet No. 204, Geneva.

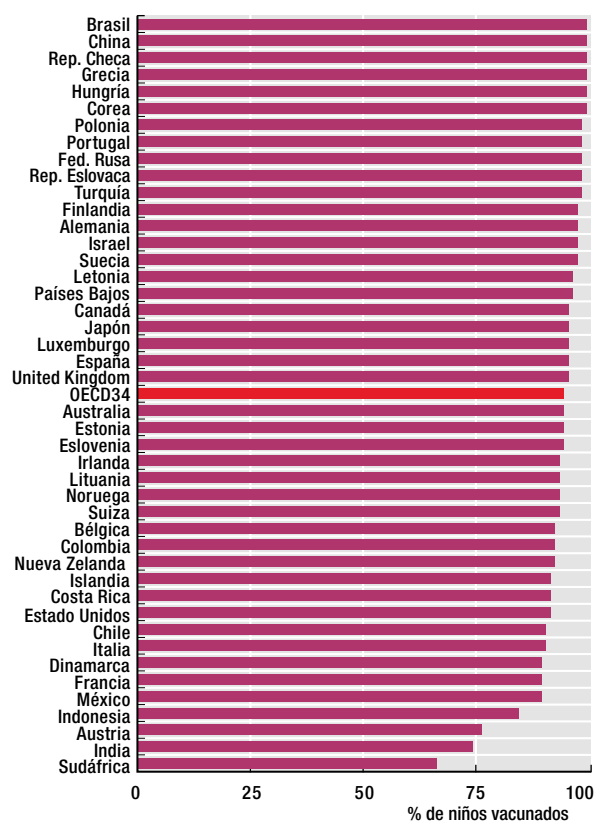
8.34. Vacunación contra difteria, tétanos y tosferina, niños de 1 año de edad, 2013



Fuente: WHO/UNICEF.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281226>

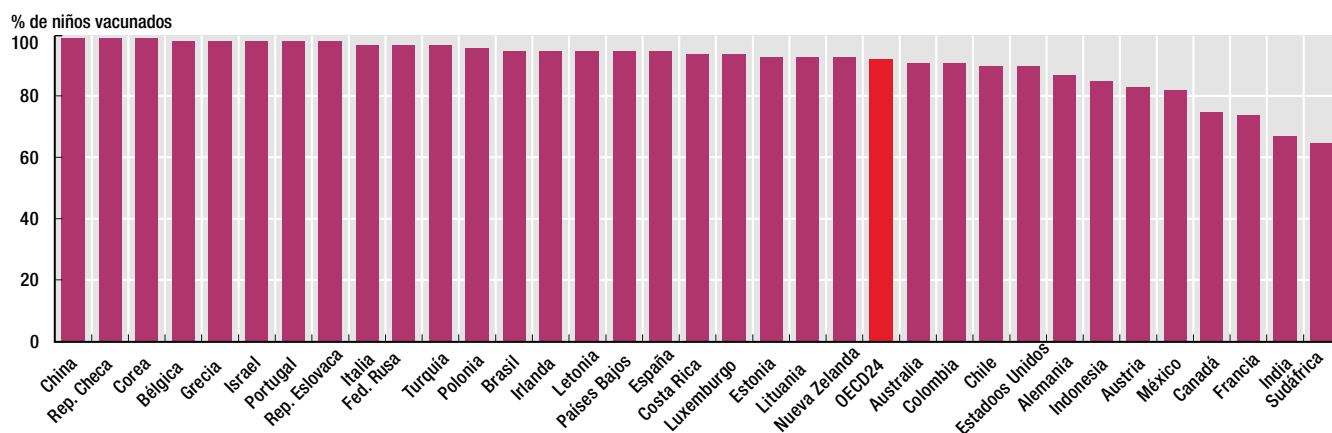
8.35. Vacunación contra sarampión, niños de 1 año de edad, 2013



Fuente: WHO/UNICEF.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281226>

8.36. Vacunación contra hepatitis B, niños de 1 año de edad, 2013



Fuente: WHO/UNICEF.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281226>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Vacuna contra influenza para adultos mayores

La influenza es una enfermedad infecciosa común que afecta a 5%-10% de adultos y 20%-30% de niños. Se calcula que se presentan de 3 a 5 millones de casos de enfermedades severas relacionadas con la influenza cada año en el mundo, y de 250 000 a 500 000 muertes (WHO, 2014). La influenza también puede tener un impacto mayor en sistemas de salud. En los Estados Unidos se estima que cada año más de 200 000 personas son hospitalizadas por enfermedades respiratorias y cardiacas asociadas con infecciones virales de influenza estacional (Thompson et al., 2004). En ciertas épocas del año la influenza puede poner a los sistemas de salud bajo considerable presión. Por ejemplo, en Ontario, Canadá, la tasa promedio anual de visitas a departamentos de urgencias atribuibles a influenza estacional es de 500 por cada 100 000 habitantes. Esta tasa se incrementó a un estimado de 1 000 por cada 100 000 habitantes durante la pandemia de H1N1 en 2009 (Schanzer et al., 2013).

En 2003 los países participantes en la Asamblea Mundial de Salud (World Health Assembly) establecieron una meta compromiso de alcanzar una cobertura de al menos 50% de vacunación contra influenza para la población de la tercera edad en 2006, y de 75% en 2010. La Figura 8.37 muestra que en 2013 la tasa promedio de vacunación contra influenza en la OCDE para personas de 65 años de edad y mayores fue de 48%. Las tasas de vacunación pueden ser tan bajas como 1.1% en Estonia, donde la vacuna de influenza se recomienda, pero no es gratuita. Solo cuatro países han alcanzado el objetivo de 75%: México, Corea, Chile y el Reino Unido. Australia se acercó al objetivo.

La Figura 8.38 muestra que entre 2003 y 2013, la tasa de vacunación contra la influenza entre la población de la tercera edad ha permanecido estable en promedio entre el grupo de países de la OCDE que tienen información sobre la tendencia en este período, pero existe una tendencia uniforme entre países. En algunos, como Nueva Zelanda, Israel, Alemania, Dinamarca, la República Checa y el Reino Unido, el porcentaje de la población de 65 años de edad y mayores vacunados contra influenza ha aumentado, mientras que se ha reducido en otros países como los Países Bajos, España, Francia, la República Eslovaca y Eslovenia. En junio de 2009 la Organización Mundial de la Salud declaró una pandemia de influenza. Se estima que el virus de la influenza H1N1 (también conocido como “gripe porcina”) infectó entre 11% y 18% de la población global (Kelly et al., 2011). México estuvo en el centro de la pandemia, al ser uno de los primeros países donde la gripe porcina fue detectada, y donde las tasas de mortalidad fueron supuestamente más altas que las de muchos otros países. La alta tasa de vacunación estacional que aún se observa en México puede ser resultado de la experiencia con H1N1 en ese país. Sin embargo, en otros países, el aumento de vacunación contra H1N1 fue menor de lo que se esperaba, a pesar de que la vacuna fue incluida en la mayoría de los programas de vacunación en 2009-10.

Esto puede deberse en parte a la menor preocupación por la amenaza del virus H1N1 entre la población general una vez que la vacuna estaba disponible. Hay estudios que han mostrado que el factor más importante para que las personas se vacunen contra H1N1 es la exposición previa a la vacuna de influenza estacional, lo que ha llevado a algunos investigadores a argumentar que el aumento de los índices de vacunación contra influenza estacional podrían facilitar la aceptación de vacunas en pandemias potenciales en el futuro (Nguyen et al., 2011).

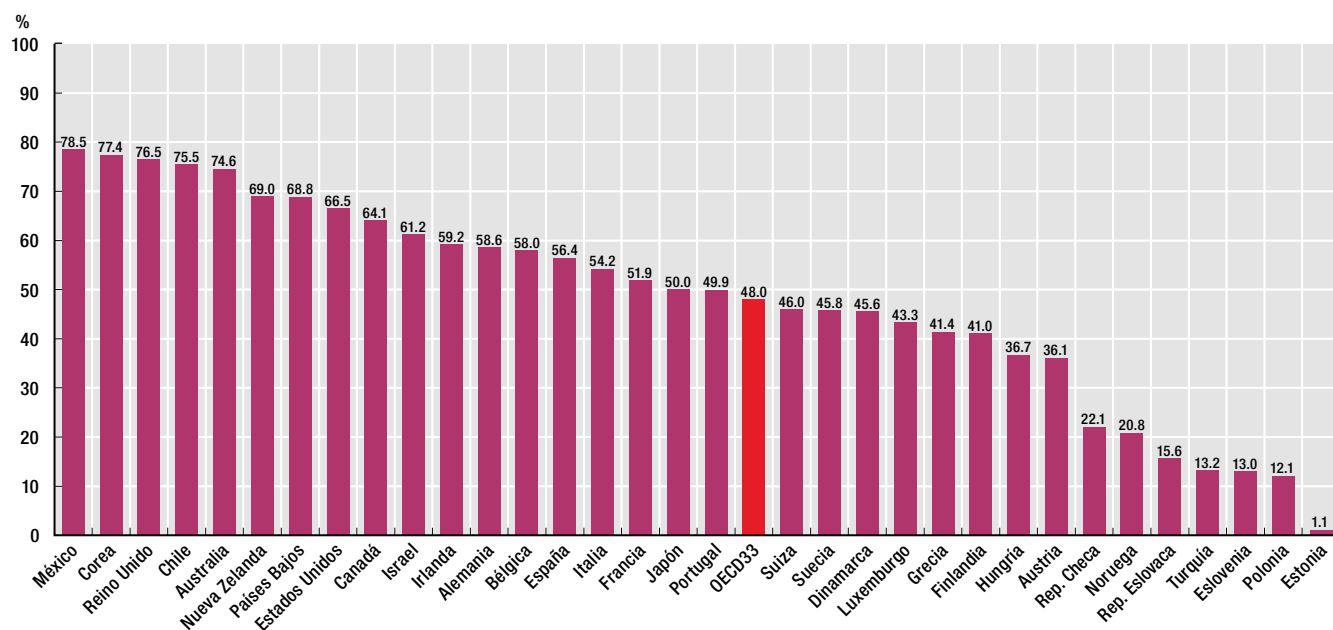
Definición y comparabilidad

El índice de vacunación se refiere al número de personas de 65 años de edad y mayores que han recibido una dosis anual de vacuna contra influenza, dividido entre el total de la población de 65 años y mayores. En algunos países las cifras se refieren a personas mayores de 60 años de edad. La mayor limitante en términos de comparabilidad de los datos se deriva del uso de diferentes fuentes de información, ya sea encuestas o programas, que están sujetos a diferentes tipos de errores y sesgos. Por ejemplo, los datos de encuestas de población pueden reflejar variación debida a problemas de inexactitud e irregularidad de administración.

Referencias

- Kelly, H. et al. (2011), “The Age-specific Cumulative Incidence of Infection with Pandemic Influenza H1N1 2009 Was Similar in Various Countries Prior to Vaccination”, *PLoS One*, Vol. 6, No. 8:e21828.
- Nguyen, T. et al. (2011), “Acceptance of A Pandemic Influenza Vaccine: A Systematic Review of Surveys of the General Public”, *Infection and Drug Resistance*, Vol. 4, pp. 197-207.
- Schanzer, D.L., B. Schwartz and M.J. Mello (2013), “Impact of Seasonal and Pandemic Influenza on Emergency Department Visits, 2003-2010, Ontario, Canada”, *Academic Emergency Medicine*, Vol. 20, No. 4, pp. 388-397.
- Thompson, W.W. et al. (2004), “Influenza-Associated Hospitalizations in the United States”, *Journal of American Medical Association*, Vol. 292, No. 11, pp. 1333-1340.
- WHO (2014), “Influenza (Seasonal)”, *Fact Sheet No. 211*, disponible: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/ (accessed 23/06/2015).

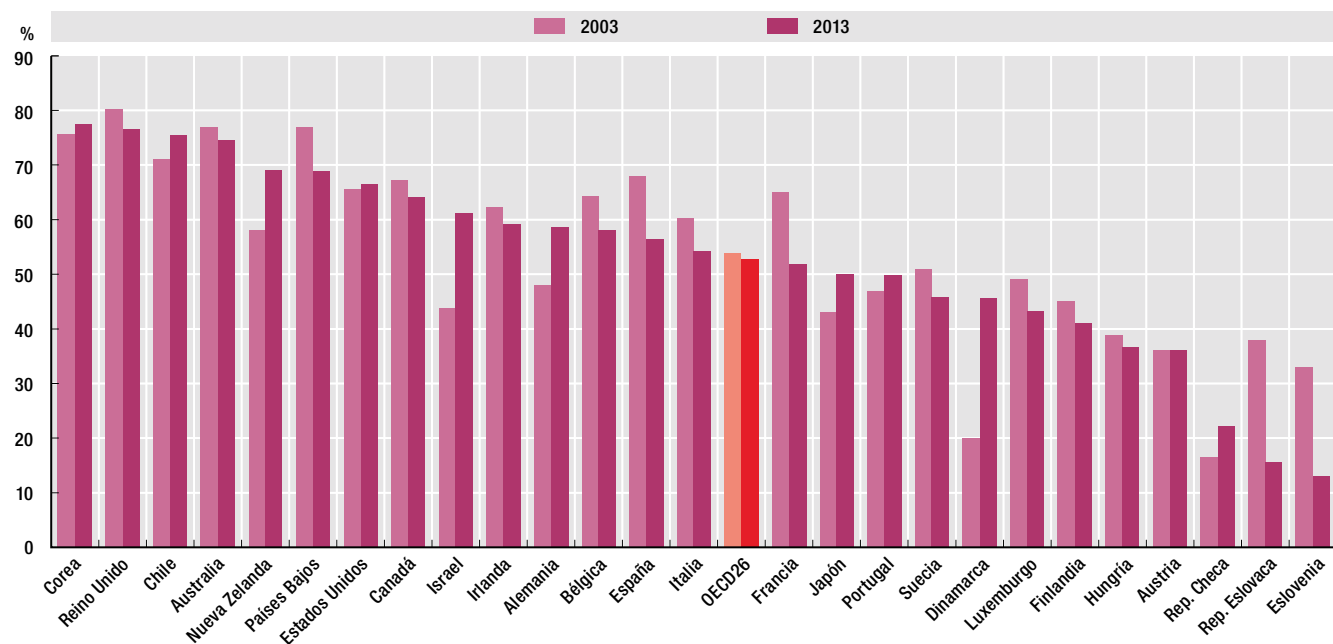
8.37. Cobertura de vacunación contra influenza, población de 65 años de edad y mayores, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281235>

8.38. Cobertura de vacunación contra influenza, población de 65 años, 2003 y 2013 (o años más cercanos)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281235>

8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Experiencias de pacientes con la atención ambulatoria

La prestación de servicios de salud que respondan a las necesidades de los pacientes y se enfoquen en ellos, es cada vez más importante en las políticas de salud en los países de la OCDE. La medición y monitoreo de la experiencia de los pacientes otorga a éstos y al público en general mayor poder, los involucra en las decisiones sobre la atención y regulaciones, y proporciona conocimiento sobre el grado en el que saben sobre el cuidado de la salud y controlan el tratamiento que reciben. En todos los países es cada vez más común usar al derechohabiente como una fuente directa de información para el monitoreo, planeación y toma de decisiones sobre el sistema, y los esfuerzos que se han hecho para medir y monitorear las experiencias de los pacientes han generado mejoras en la calidad del servicio (Fujisawa and Klazinga, próxima publicación).

Desde mediados de los años 90 se han hecho esfuerzos para institucionalizar la medición y monitoreo de las experiencias de los pacientes. En muchos países, se han establecido organizaciones responsables o se ha asignado esta labor a instituciones existentes. Se desarrollaron instrumentos de encuesta para regular la recopilación de información sobre la experiencia de los pacientes, y procedimientos estandarizados para análisis y reporte de datos. Un número creciente de países recaba no solamente Mediciones de Experiencia Reportadas por el Paciente (PREMs – Patient-Reported Experience Measures), sino también Mediciones de Resultados Reportados por el Paciente (PROMs – Patient-Reported Outcome Measures) que recopila información sobre la percepción de los pacientes de su estado general de salud, incluyendo movilidad, dolor/incomodidad y ansiedad/depresión, antes y después de una intervención médica específica como reemplazo de cadera y rodilla.

Un número creciente de países usa datos reportados por el paciente para guiar las mejoras en calidad de los sistemas de salud. Los datos de experiencia de pacientes se incluyen en reportes nacionales periódicos de sistemas de salud o sitios web públicos, que muestran las diferencias entre proveedores, regiones y a través del tiempo. Corea, Noruega, Suecia y el Reino Unido utilizan las mediciones de experiencia de pacientes en mecanismos de pago, o para asignación de fondos, de manera de promover la mejora de la calidad y la atención centrada en el paciente. Australia, Canadá, la República Checa, Dinamarca y Francia las usan para informes de inspección, regulación y/o acreditación del servicio. Las mediciones reportadas por pacientes también se usan en algunas jurisdicciones canadienses, Dinamarca, Francia y los Países Bajos para retroalimentación específica para mejoras de calidad de proveedores. En Inglaterra, los PROMs y la retroalimentación de los pacientes sobre su experiencia se usan para informar la elección de los pacientes e incentivar la mejora del servicio. Por ejemplo, los datos de PROM para pacientes que se someterán a procedimientos como reemplazo de cadera y rodilla, se usan para análisis comparativo de hospitales. El uso de PROMs también puede habilitar potencialmente un cambio en la gestión de los recursos de sistemas de salud de un modelo de volumen a un modelo de valor (Canadian Institute for Health Information, 2015).

Los pacientes generalmente reportan experiencias positivas sobre comunicación y autonomía en el sistema de salud ambulatorio. En todos los países la mayoría de los pacientes reportan experiencias positivas en cuanto al tiempo de atención con el médico.

(Figura 8.39), qué tan fáciles de comprender son las explicaciones (Figura 8.40), oportunidades para hacer preguntas o expresar preocupaciones (Figura 8.41) así como involucramiento en el cuidado y decisiones de tratamiento (Figura 8.42). Para estos cuatro aspectos de la experiencia de pacientes, Bélgica y Luxemburgo tienen altas calificaciones, con más de 95% de los pacientes con experiencias positivas. Polonia tiene calificaciones más bajas, con menos de uno de cada dos pacientes que reportan haber tenido oportunidad de hacer preguntas o sentirse involucrados en las decisiones sobre su tratamiento durante la consulta. La proporción de pacientes con experiencias positivas ha disminuido desde 2010 en Australia, Francia, los Países Bajos y Suiza, aunque países con tasas menores como Suecia y Polonia han mejorado algunos aspectos de las experiencias de los pacientes en años recientes (Commonwealth Fund, 2010).

Definición y comparabilidad

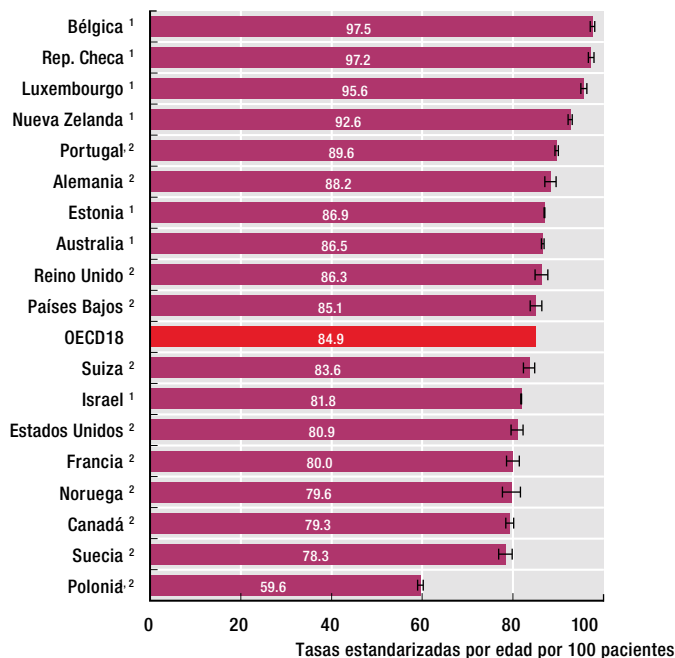
Para poder medir y monitorear la experiencia general del paciente en el sistema de salud, la OCDE recomienda recolectar datos al respecto con cualquier médico en escenarios ambulatorios. Un número creciente de países ha atendido esta recomendación y han estado recabando datos sobre la experiencia del paciente a través de encuestas representativas de la población nacional, aunque Japón y Portugal recolectan datos representativos de los usuarios del servicio de salud a nivel nacional. Algunos países recaban la información con médicos de cabecera. Para aproximadamente la mitad de los países presentados se usaron las encuestas internacionales de política de salud 2010 y 2013 (International Health Policy Surveys) del Commonwealth Fund, aunque existen cuestionamientos sobre el tamaño de las muestras y las tasas de respuesta. Los datos de esta encuesta se refieren a la experiencia de los pacientes con médicos de cabecera, más que con cualquier otro médico.

Las tasas han sido estandarizadas por edad y género a la estructura de población de la OCDE en 2010, para eliminar el efecto de diferentes estructuras de población entre países.

Referencias

- CIHI – Canadian Institute for Health Information (2015), “CIHI Proms Forum, Background Document”, www.cihi.ca/proms.
- Commonwealth Fund (2010), “2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries”, Chartpack, Commonwealth Fund, Nueva York.
- Fujisawa, R. and N. Klazinga (forthcoming), “Measuring Patient Experiences (PREMs): Progress Made by the OECD and its Member Countries 2006-2015”, OECD Health Working Papers, París.

8.39. Tiempo que el médico pasa con el paciente en consulta, 2013 (o año más cercano)



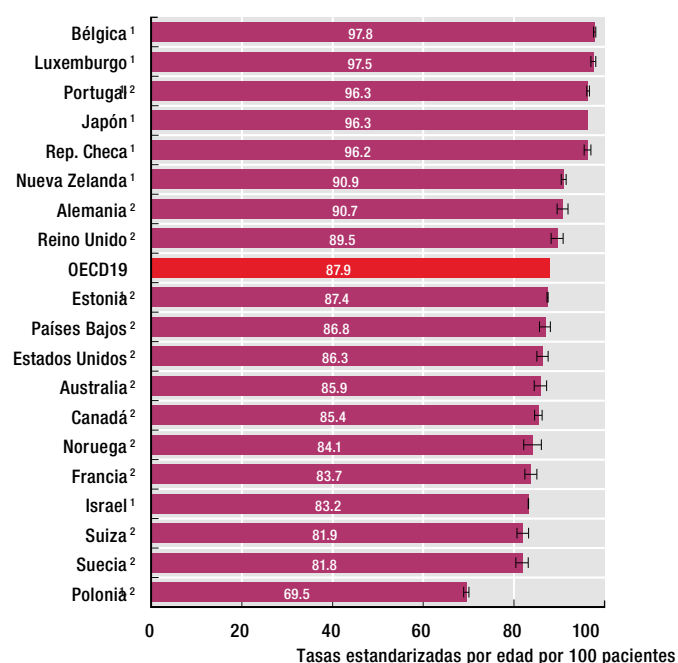
Nota: Intervalos de confianza de 95% representados por H.

1. Fuentes nacionales 2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con médico de cabecera.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 y otras fuentes nacionales

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281241>

8.40. Instrucciones del médico fáciles de comprender, 2013 (o año más cercano)



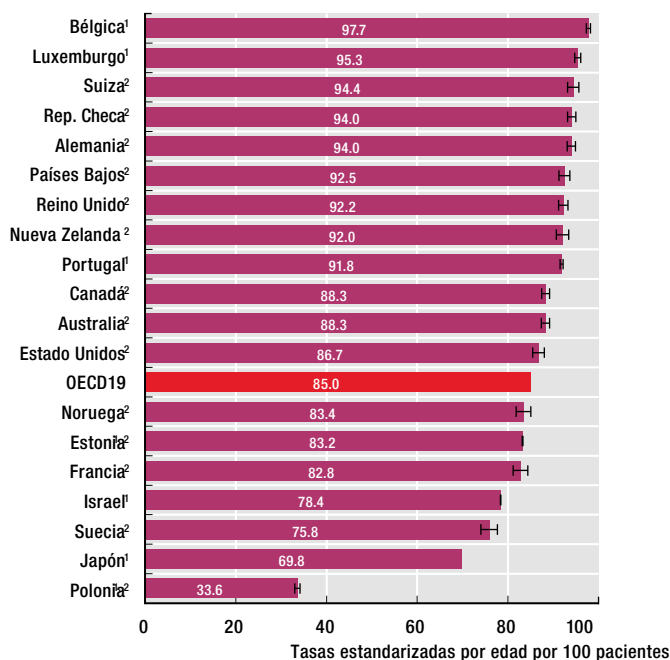
Nota: Intervalos de confianza de 95% representados por H.

1. Fuentes nacionales 2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con médico de cabecera.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 y otras fuentes nacionales

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281241>

8.41. Médicos que permiten al paciente hacer preguntas y exponer preocupaciones, 2013 (o año más cercano)



Nota: Intervalos de confianza de 95% representados por H.

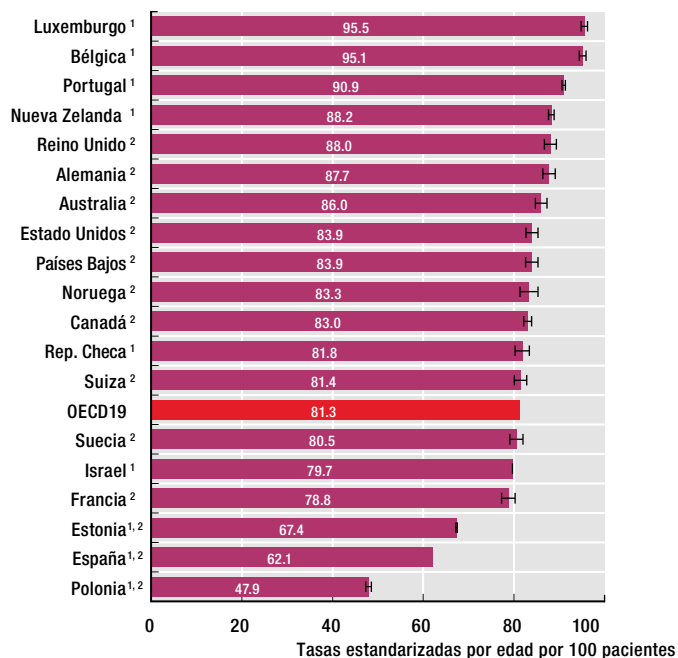
1. Fuentes nacionales 2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con médico de cabecera.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 y otras fuentes nacionales

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281241>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

8.42. Médicos que involucran al paciente en decisiones sobre el cuidado y tratamiento, 2013 (o año más cercano)



Nota: Intervalos de confianza de 95% representados por H.

1. Fuentes nacionales 2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes con médico de cabecera.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 y otras fuentes nacionales

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281241>



2013 - \$423.8M





9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Gasto en salud per cápita

Gasto en salud con respecto al PIB

Gasto en salud por función

Financiamiento de los servicios de salud

Gasto por enfermedad y edad

Inversión de capital en el sector salud

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Gasto en salud per cápita

La cantidad que cada país gasta en salud, tanto para servicios individuales como colectivos, y cómo varía el gasto a lo largo del tiempo, puede ser el resultado de una variedad de factores sociales y económicos, así como de la estructura organizacional y de financiamiento del sistema de salud del país.

En 2013, el gasto en salud siguió siendo mayor en los Estados Unidos que en los demás países de la OCDE por un amplio margen, equivalente a 8 713 dólares por cada residente en el país (Figura 9.1). Este nivel de gasto en salud en los Estados Unidos es dos y media veces mayor al promedio de todos los países de la OCDE (3 453 dólares) y casi 40% mayor que el de Suiza, que ocupa el segundo lugar (ajustado por la diferencia en poder adquisitivo – ver el recuadro “Definición y comparabilidad”). En comparación con otros países del Grupo de los 7 (G7), en los Estados Unidos se gasta en salud alrededor del doble por persona que en Alemania, Canadá y Francia. Entre los países que gastan menos de la mitad del promedio de la OCDE están muchos de los miembros de la OCDE de Europa Central, como Hungría y Polonia, además de Chile. México y Turquía tienen los menores gastos en salud per cápita, con niveles de menos de un tercio del promedio de la OCDE. Entre los países socios clave, el gasto en salud per cápita en China e India fue de 13% y 4% del promedio de la OCDE respectivamente en 2013.

La figura 9.1 muestra también la distribución del gasto en salud per cápita de fuentes públicas y privadas (ver el indicador “Financiamiento de los servicios de salud”). En general, la clasificación según el gasto público per cápita sigue siendo comparable con la del gasto total. Aún cuando el sector privado en los Estados Unidos sigue jugando un papel dominante en el financiamiento, el gasto público en salud per cápita es mayor que el de todos los demás países de la OCDE, con excepción de Noruega y los Países Bajos.

El gasto en salud per cápita en la OCDE aumentó ligeramente en 2013, continuando con la tendencia de los últimos años. Este incremento ligero se presenta cuando el gasto en salud se detuvo después de la crisis financiera y económica global. Entre 2009 y 2013 el crecimiento promedio del gasto anual en salud en la OCDE fue de 0.6%, en contraste con 3.4% en el período 2005 – 2009 (Figura 9.2). Ha habido una diferencia en el crecimiento del gasto en salud entre Europa y el resto de la OCDE, con algunos países europeos enfrentando reducciones dramáticas en gasto en salud desde 2010.

En varios países han habido algunos cambios significativos en las tasas de crecimiento anual del gasto en salud en los años antes y durante la crisis financiera. Los incrementos anuales se han revertido en Grecia (5.4 vs. -7.2%) e Irlanda (5.3% vs. -4.0%) y han disminuido en la gran mayoría de los países de la OCDE. Solo seis países -Hungría, México, Suiza, Israel, Japón y Chile- tuvieron crecimiento promedio mayor después de la crisis que antes del 2009.

Chile, Corea y Turquía tuvieron incrementos en el gasto en salud de más de 5% en términos reales en 2013. En Chile y Corea este nivel de crecimiento en el gasto ha sido

constante desde 2009. Los estimados preliminares para 2014 apuntan a una ligera baja en el gasto en salud en Japón, después del fuerte crecimiento reciente.

En los Estados Unidos el gasto en salud creció 1.5% en 2013, menos de la mitad de la tasa de crecimiento anual promedio antes de 2009. Los más recientes pronósticos de los Centros de Medicare y Servicios Medicaid apuntan a un crecimiento mayor en 214, a medida que más norteamericanos tienen cobertura de seguro médico (Keehan et al., 2015).

Canadá ha tenido un período sostenido de crecimiento limitado desde 2010, en contraste con el crecimiento anual promedio de 3.5% entre 2005 y 2009. Con el estimado de crecimiento del gasto en salud por debajo del crecimiento económico, el gasto en salud con respecto al PIB también ha disminuido de 10.6% en 2009 a 10.2% en 2013.

Definición y comparabilidad

El gasto en salud mide el consumo final de bienes y servicios de salud (es decir, gasto corriente en salud). Esto incluye el gasto tanto de fuentes públicas como privadas en bienes y servicios médicos, salud pública y programas de prevención y administración, pero excluye el gasto en inversiones.

Para comparar los niveles de gasto entre países, los gastos per cápita en salud se convierten a una divisa común (dólares de los Estados Unidos), y son ajustados por las diferencias en poder adquisitivo de la moneda nacional. En todos los sectores de la economía (PIB) la paridad del poder adquisitivo (PPP, por sus siglas en inglés) se usa como el factor de conversión más disponible y confiable.

Para el cálculo de tasas de crecimiento en términos reales, se usan deflatores del PIB para todos los sectores de la economía. En algunos países (por ejemplo, Francia y Noruega), existen deflatores específicos para salud basados en metodologías nacionales, pero éstos no se emplean debido a su limitada comparabilidad.

Nota: Actualmente se está implantando en Irlanda un proyecto para reportar con mayor detalle el gasto en salud y datos financieros, en línea con las guías internacionales. No existe información para 2013, pero se harán revisiones y los indicadores estarán disponibles una vez concluido el proyecto.

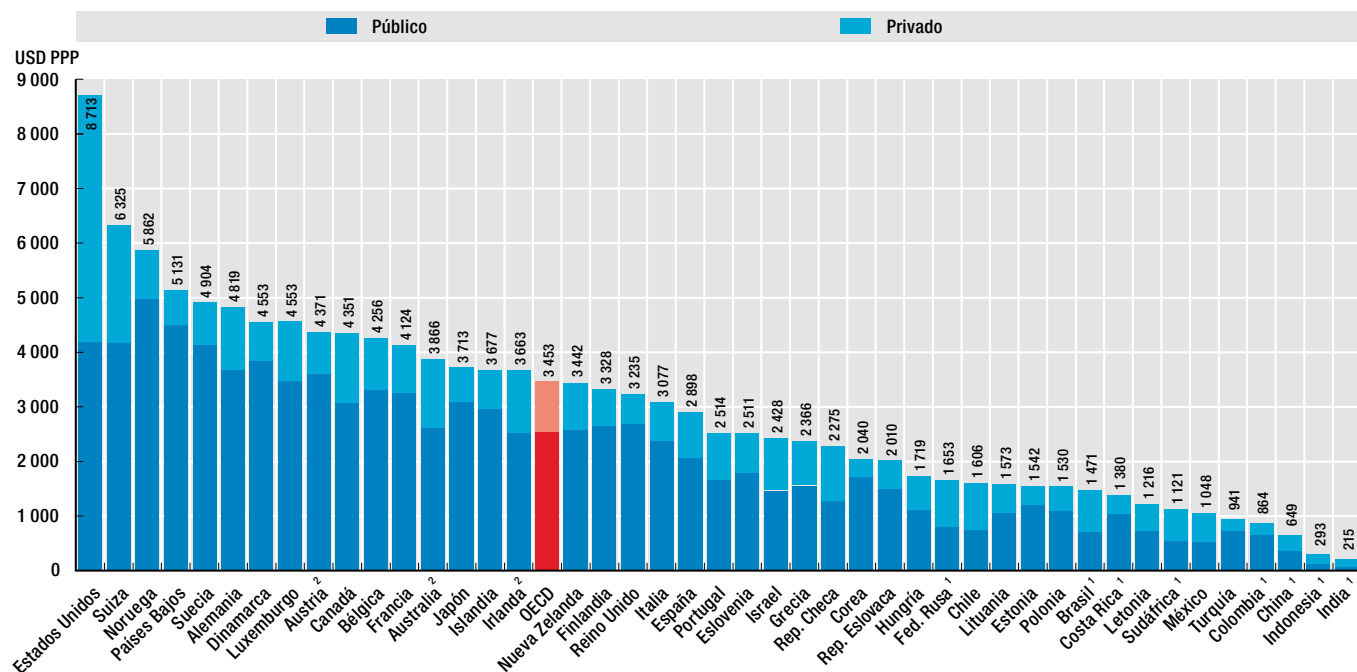
Referencias

Keehan, S.P. et al. (2015), “National Health Expenditure Projections, 2014-24: Spending Growth Faster Than Recent Trends”, *Health Affairs*, Vol. 34, No. 8, pp. 1407-1417.

9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Gasto en salud per cápita

9.1. Gasto en salud per cápita, 2013 (o año más cercano)



Nota: El gasto excluye las inversiones, a menos que se indique otra cosa.

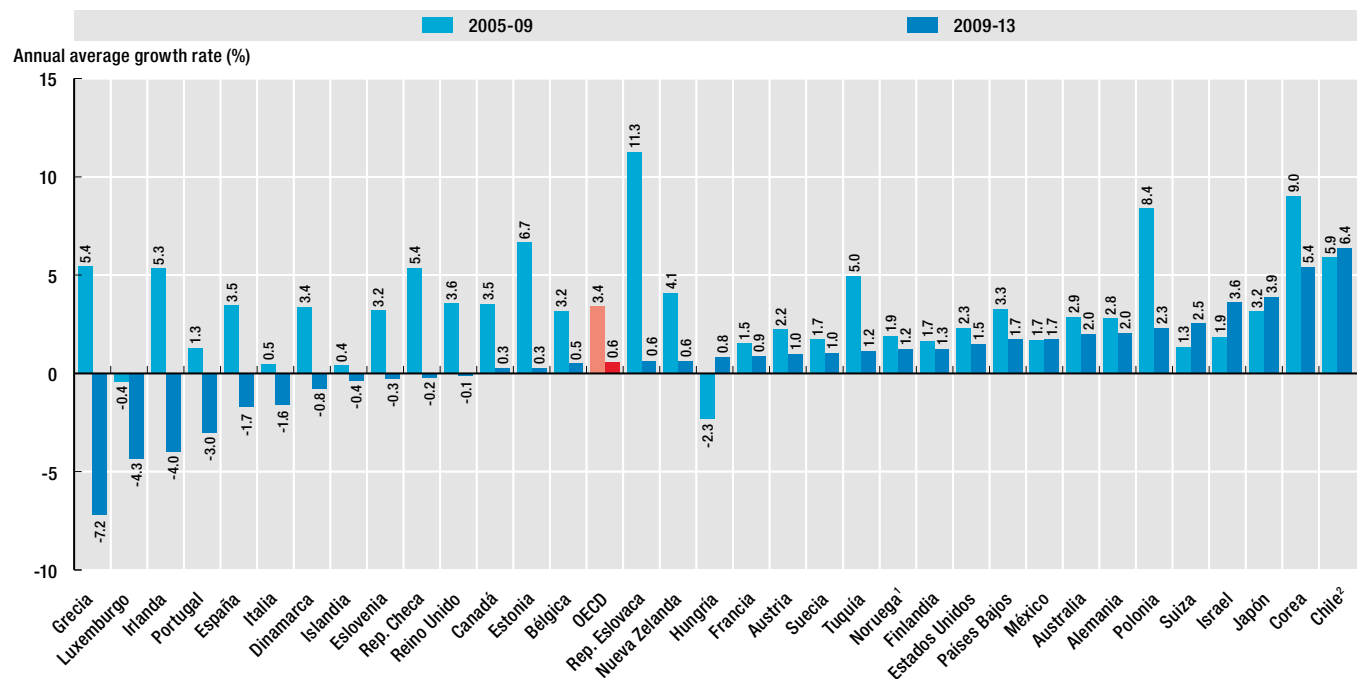
1. Incluye inversiones.

2. Datos de 2012.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281252>

9.2. Tasa de crecimiento promedio anual per cápita del gasto en salud, términos reales, 2005 a 2013 (o años más cercanos)



1. El índice de precios PIB de Noruega continental es usado como deflactor. 2. El índice de precios al consumidor (CPI, por sus siglas en inglés), se usa como deflactor.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281252>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>



9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Gasto en salud con respecto al PIB

La diferencia entre la cantidad que un país gasta en salud en relación con el gasto en todos los demás bienes y servicios en la economía, puede depender de fluctuaciones en la proporción de gasto en salud en sí mismo, así como en crecimiento de la economía en total. Los años 2000 se caracterizaron por un período de crecimiento en el gasto en salud por encima del total de la economía, de modo que como proporción del PIB tuvo un marcado incremento en muchos países de la OCDE. Sin embargo la crisis económica que inició en 2008 generó un incremento inicial seguido de una reducción en la proporción del gasto en salud con respecto al PIB en muchos países de la OCDE.

El gasto en salud representó en promedio 8.9% del PIB (excluyendo inversión) en los países de la OCDE en 2013, igual que en 2012, y ligeramente mayor que el 8.8% en 2011 (Figura 9.3). Si se incluye la inversión de capital (ver el indicador “Inversión de capital en el sector salud”), se estima que el gasto en salud como proporción del PIB fue de 9.3% en promedio en 2013.

En 2013 el gasto en salud de los Estados Unidos fue de 16.4% del PIB, permaneciendo muy por encima del promedio de la OCDE y más de cinco puntos porcentuales por encima de un grupo de países de altos ingresos, todos ellos en alrededor de 11%, que incluye los Países Bajos, Suiza, Suecia, Alemania y Francia. Casi la mitad de los países de la OCDE gastaron entre 8% y 10% del PIB en servicios de salud. México y Estonia asignaron alrededor de 6% del PIB a la salud, alrededor de dos tercios del promedio de la OCDE, mientras que Turquía reportó el menor gasto en salud con apenas algo más del 5% del PIB. Entre los países socios clave, China e India gastaron 5.6% y 4% del PIB respectivamente en 2013, mientras que el gasto de Brasil (9.1%) y Sudáfrica (8.9%) fue cercano al promedio de la OCDE (todos incluyendo inversión).

La proporción de gasto en salud con respecto al PIB creció marcadamente en 2009 para alcanzar un promedio de 9%, por encima del 8.3% en 2008 cuando las condiciones económicas generales se deterioraban aceleradamente, pero el gasto en salud seguía creciendo o se mantenía en muchos países. En el consiguiente contexto de reducción de déficit público, las reducciones consecuentes en el gasto público en salud resultaron en una inicial disminución de la proporción del PIB, que se estabilizó más adelante a medida que el crecimiento en el gasto en salud se ha alineado con el crecimiento económico en muchos países (Figuras 9.4 y 9.5).

Los Estados Unidos han mantenido la proporción de gasto en salud con respecto al PIB consistentemente en 16.4% desde 2009, en contraste con el marcado incremento previo donde creció en casi dos puntos porcentuales entre 2005 y 2009. Canadá también experimentó un crecimiento constante durante la segunda mitad de los años 2000 para alcanzar un máximo en 2009. Desde entonces, con un gasto en salud menor al crecimiento económico, la proporción con respecto al PIB ha decrecido gradualmente. En cambio, Japón ha visto la proporción del gasto en salud con respecto al PIB aumentar continuamente sobre el promedio de la OCDE en 2005 a más del 10% del PIB en 2013, como resultado de una política deliberada de incremento en el gasto público en salud.

En Europa, Francia y Alemania también han visto la proporción del gasto en salud con respecto al PIB estabilizarse desde 2009 a medida que se ha alineado con el crecimiento económico. Otros países europeos como Portugal e Irlanda observaron bajas en el crecimiento del gasto en salud mucho mayores que el PIB, lo que resultó en un rápido decremento de la proporción, después del aumento importante que experimentó antes de 2009 cuando el gasto en salud superó significativamente al crecimiento económico. En Grecia, donde ha habido recortes importantes en el gasto en salud, la proporción de éste con respecto al PIB ha fluctuado, pero en general ha permanecido en niveles similares a los de mediados de los años 2000, con condiciones adversas para la economía en general.

Definición y comparabilidad

Ver el indicador “Gasto en salud per cápita” donde se define el gasto en salud.

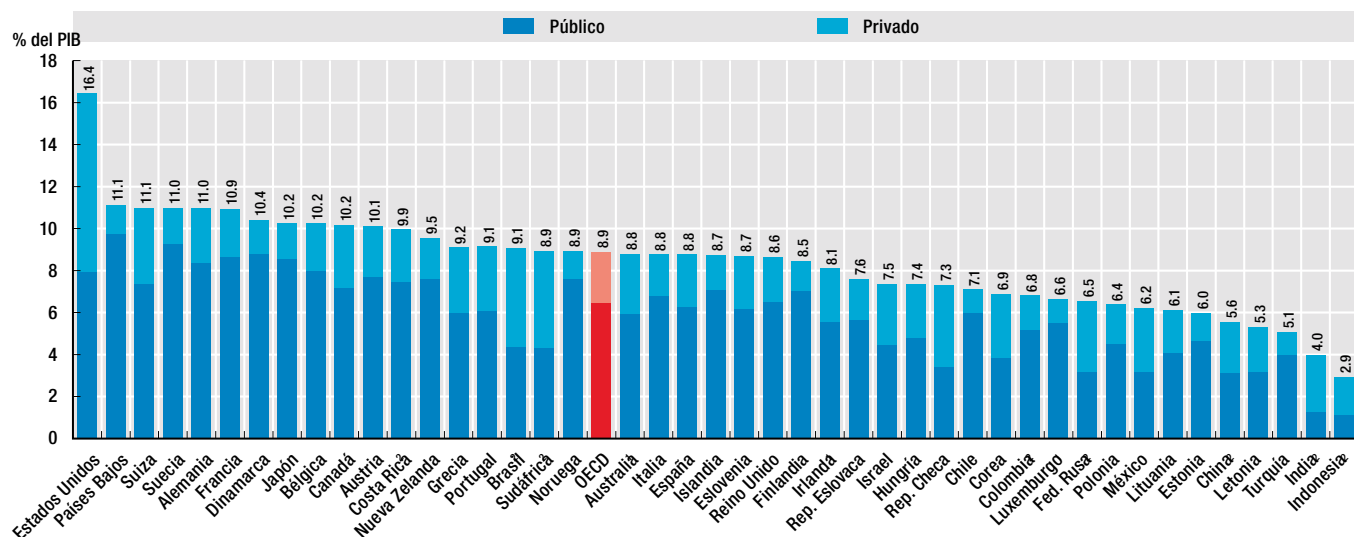
El Producto Interno Bruto (PIB, o GDP, por sus siglas en inglés) es igual al consumo final más la formación de capital bruto más exportaciones netas. El consumo final de los hogares incluye bienes y servicios usados por las familias o la comunidad para satisfacer sus necesidades individuales. Incluye el gasto final de consumo de los hogares, el gobierno general e instituciones sin fines de lucro que dan servicio a las familias.

En países como Irlanda y Luxemburgo, donde una proporción importante del PIB se refiere a ingresos por exportación que no están disponibles para consumo nacional, el Producto Nacional Bruto (PNB, GNI, por sus siglas en inglés) puede ser una medida más apropiada que el PIB.

9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Gasto en salud con respecto al PIB

9.3 Gasto en salud como proporción del PIB, 2013 (o año más cercano)



Nota: El gasto excluye las inversiones, a menos que se indique otra cosa.

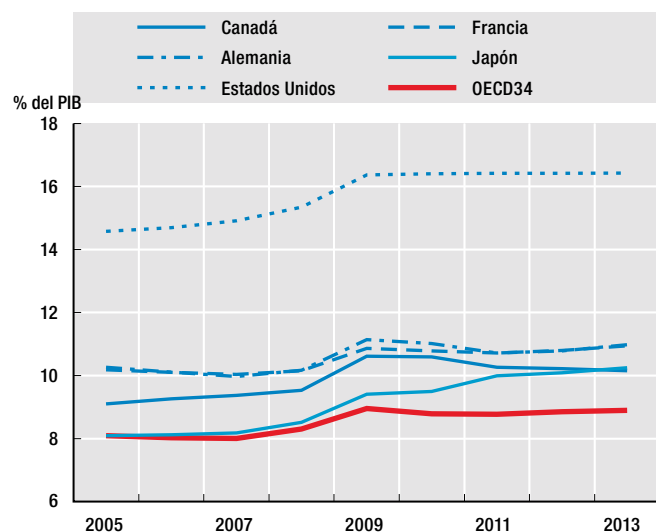
1. Datos de 2012.

2. Incluye inversiones.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

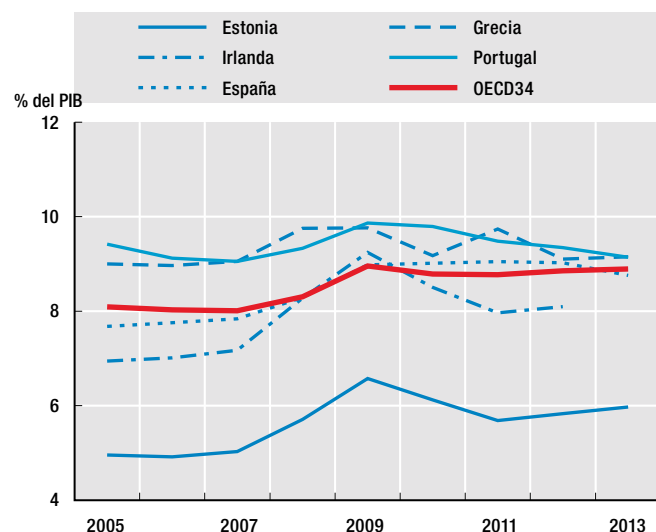
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281263>

9.4. Gasto en salud como proporción del PIB, selección de países del G7, 2005-13



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281263>

9.5. Gasto en salud como proporción del PIB, selección de países europeos, 2005-13



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281263>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Gasto en salud por función

La combinación del gasto en atención hospitalaria y consulta externa cubre la mayor parte del gasto en salud en los países de la OCDE – casi dos tercios del gasto corriente promedio en 2013 (Figura 9.6). Otro 20% del gasto en salud se asignó a productos médicos (principalmente medicamentos), 12% se destinó a cuidados de largo plazo y el restante 6% a servicios colectivos, como salud pública y servicios de prevención, así como administración.

Grecia tiene la más alta proporción de gasto en atención hospitalaria (incluyendo guarderías en hospitales) entre los países de la OCDE: representó 42% del total de gasto en salud en 2013, mayor que el 36% en 2009, como consecuencia de decrementos mayores en el gasto de consulta externa y medicamentos. En Polonia, Francia y Austria, este sector también tiene un papel importante, pues el gasto en atención hospitalaria representa más de un tercio de los costos totales. Aún cuando los Estados Unidos consistentemente reportan el gasto en consulta externa como la mayor proporción (y en consecuencia la atención hospitalaria como la menor), debe notarse que las cifras incluyen remuneraciones de médicos que cobran de manera independiente a los pacientes por atención en el hospital. Otros países con una alta proporción de gasto en consulta externa son Portugal e Israel (48% y 46%).

La otra categoría importante del gasto en salud son los productos médicos. En la República Eslovaca y Hungría, los productos médicos representaron la categoría de mayor gasto, con 36% y 33% del gasto total en salud respectivamente. La proporción del gasto en productos médicos también es alta en Grecia y México, alrededor de 30%. En contraste, en Dinamarca y Noruega el gasto en productos médicos representa solo 10-11% del gasto total en salud.

También existen diferencias entre los países en el gasto en cuidados de largo plazo (ver el indicador “Gasto en cuidados de largo plazo” en el Capítulo 11). Países como Noruega, los Países Bajos, Suecia y Dinamarca, que han establecido arreglos especiales para la población de la tercera edad y dependiente, asignan alrededor de una cuarta parte o más del gasto total a cuidados de largo plazo. En muchos países de Europa del Sur o del Centro, con un sector de cuidados de largo plazo más informal, el gasto en este rubro representa una proporción mucho menor del gasto total.

La disminución del gasto en salud que se ha experimentado en muchos países de la OCDE en años recientes ha afectado todas las categorías de gasto, pero en grados variables (Figura 9.7). El gasto en medicamentos se ha recortado anualmente en casi 2%, después de tener incrementos anuales del 2% en los años previos a la crisis – aún bajo para el anteriormente fuerte crecimiento del gasto en medicamentos en los años 90 y principios de los años 2000 (ver el indicador “Gasto en medicamentos” en el Capítulo 10). A pesar de que inicialmente los presupuestos de salud pública se delimitaron y protegieron, el gasto en prevención fue negativo en alrededor de la mitad de los países de la OCDE desde 2009. En general, el gasto en cuidados preventivos se contrajo en -0.3% anualmente, después de registrar tasas de crecimiento muy altas durante el período 2005-09 (5.6%). Parte del retroceso en el crecimiento del gasto puede ser explicado por

la epidemia de influenza H1N1, que generó importantes gastos únicos en vacunación en muchos países durante 2009.

Mientras que el gasto en cuidados de largo plazo, atención hospitalaria y consulta externa ha seguido creciendo, las tasas se han reducido significativamente desde 2009. El crecimiento del gasto en consulta externa se redujo en más de la mitad en general (1.7% vs. 3.9%), pero ha seguido siendo positivo en tres cuartas partes de los países de la OCDE. Algunos gobiernos decidieron proteger el gasto para atención primaria y servicios de primera línea mientras buscaban posibilidades de recortarlo en otros rubros en el sistema. La tasa de crecimiento anual promedio de la atención hospitalaria se redujo a una cuarta parte de lo que solía ser, de 2.4% a valores negativos entre 2009 y 2013 en una docena de países de la OCDE. Entre las medidas más frecuentemente empleadas en los países de la OCDE para balancear el presupuesto en salud están reducir los salarios en hospitales públicos, posponer el reemplazo de personal y retrasar la inversión en infraestructura hospitalaria.

Definición y comparabilidad

El System of Health Accounts (SHA, por sus siglas en inglés) (OECD, 2000; OECD, Eurostat y WHO, 2011) define los límites del sistema de salud. El gasto corriente en salud comprende la atención personal (cuidados curativos, cuidados de rehabilitación, cuidados de largo plazo, servicios complementarios y productos médicos) y servicios colectivos (prevención y servicios de salud pública y administración). Los cuidados curativos, de rehabilitación y de largo plazo también pueden ser clasificados según el modo de producción (atención hospitalaria, ambulatoria, consulta externa y cuidados en casa). En cuanto a los cuidados de largo plazo, solamente los aspectos relacionados con la salud son normalmente reportados como gasto, aunque en algunos países es difícil separar claramente los aspectos sociales y de salud de los cuidados de largo plazo. Algunos países con servicios integrales de cuidados de largo plazo enfocados en cuidado social, pueden estar en un lugar sorprendentemente bajo según los datos de SHA debido a la exclusión del aspecto social. Por ejemplo, una revisión continua de los límites de cuidados de largo plazo en Japón según SHA, probablemente indicará un incremento significativo en gasto en salud con base en SHA 2011 por publicar en 2016. De esta forma, los estimados del gasto en cuidados de largo plazo son una de las principales limitantes de comparabilidad entre países.

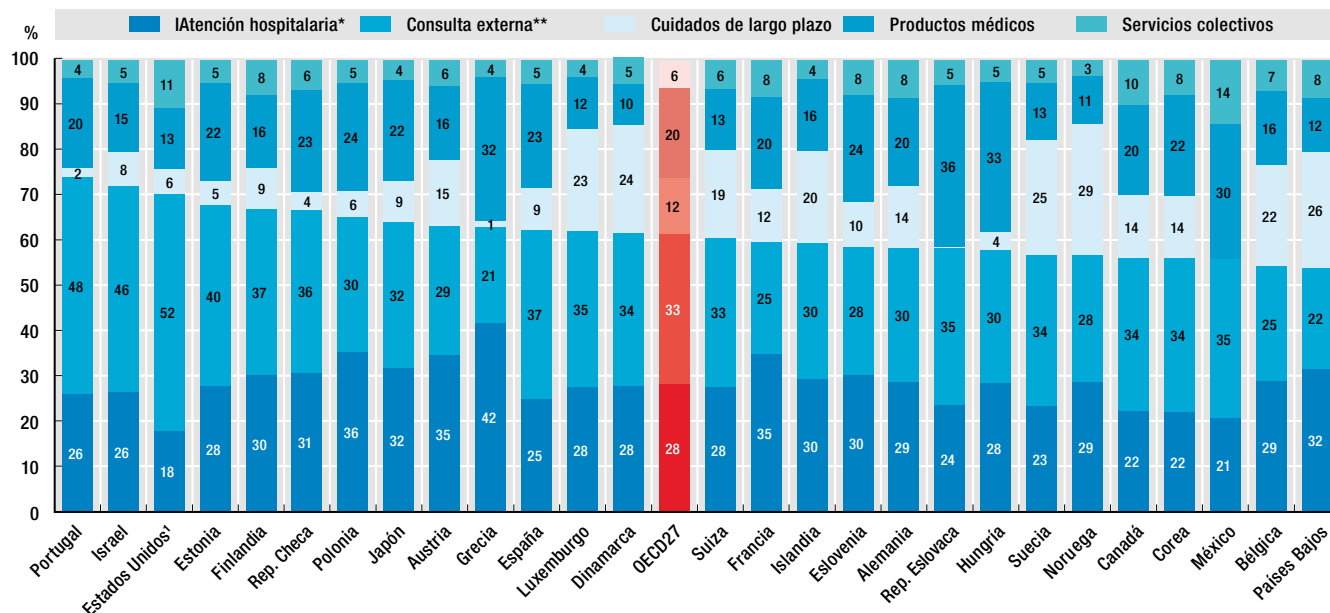
Referencias

- OECD (2000), A System of Health Accounts OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181809-en> .
- OECD, Eurostat and WHO (2011), A System of Health Accounts, 2011 Edition, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en> .

9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Gasto en salud por función

9.6 Gasto corriente en salud por función, 2013 (o año más cercano)



Nota: Los países están clasificados según la proporción que representa el cuidado curativo-de rehabilitación del gasto actual en salud.

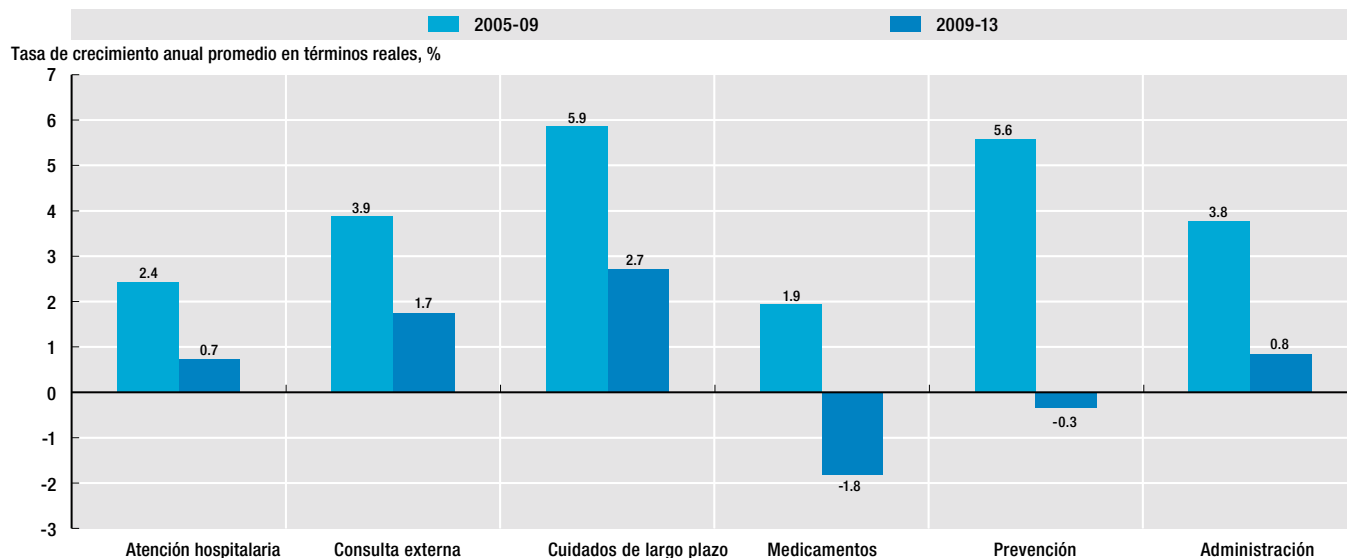
*se refiere a cuidado curativo-de rehabilitación en escenarios de hospitalización y guardería. **Incluye cuidados en el hogar y servicios complementarios.

1. Los servicios hospitalarios proporcionados por médicos independientes se incluyen en consulta externa en los Estados Unidos.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281277>

9.7 Tasa de crecimiento del gasto per cápita en salud para una selección de funciones, promedio de la OCDE, 2005-2013



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281277>

9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Financiamiento de los servicios de salud

En los países de la OCDE los servicios de salud son financiados por una mezcla de gasto público y privado. En algunos países el gasto público en salud está limitado en su mayor parte al gasto del gobierno utilizando ingresos tributarios. En otros los fondos de seguridad social financian la mayor parte del gasto en salud. El financiamiento privado consiste principalmente de pagos realizados por las familias (ya sea como pagos individuales o como parte de algún acuerdo de co-pago), así como diferentes formas de seguros de gastos médicos privados.

En casi todos los países de la OCDE el sector público es la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. Alrededor de tres cuartas partes del gasto en salud fue financiado con fondos públicos en 2013 (Figura 9.8). En Dinamarca, Suecia y el Reino Unido, los gobiernos centrales, regionales o locales financiaron más del 80% del total del gasto en salud. En la República Checa, Francia, Luxemburgo, Japón y Alemania, la seguridad social financió 70% o más del total del gasto en salud. Solamente en Chile y los Estados Unidos la proporción de gasto público en salud fue menor al 50%. En estos países, una gran proporción del gasto en salud es financiado ya sea directamente por los hogares (Chile) o con seguros privados (Estados Unidos).

Los servicios de salud compiten por recursos públicos con sectores como educación, defensa y vivienda. La proporción de presupuesto público asignado a la salud se determina por un número de factores incluyendo el tipo de sistema de salud y cuidado de largo plazo, la composición demográfica de la población, y las prioridades relativas del presupuesto. En promedio, el 15% del total del gasto público se dedicó a servicios de salud en 2013 (Figura 9.9). Sin embargo, existen importantes variaciones entre los países miembros de la OCDE. En países como Nueva Zelanda y Suiza, alrededor de una quinta parte del gasto público se destina a servicios de salud, mientras que en Hungría y Grecia esta asignación es de solo el 10%.

Las tendencias generales del gasto en salud son en buena medida determinadas por las tendencias en gasto público. Un fuerte crecimiento pre-crisis resultó en una tasa de incremento anual de casi 4% en el promedio de gasto en servicios de salud (Figura 9.10). En 2010 el crecimiento en el gasto público en servicios de salud se detuvo y se redujo en muchos países. Desde entonces, el crecimiento del gasto ha sido muy lento, con frecuencia en línea con el crecimiento económico general.

Después de los fondos públicos, la principal fuente de financiamiento tiende a ser el gasto de bolsillo. En promedio las familias financiaron directamente el 19% del gasto en salud en 2013. Esta proporción sobrepasó el 30% en México, Corea, Chile y Grecia, y fue de 10% o menor en Francia y el Reino Unido. El gasto de bolsillo ha seguido creciendo desde 2009, aunque a un ritmo menor, en parte como resultado de las medidas de gastos compartidos introducidas por varios países. Las medidas incluyen el incremento de los co-pagos y de los umbrales de reembolso por medicamentos, la reducción de los beneficios para tratamiento dental, aumento de los cargos a usuarios por hospitalización, introducción de gastos compartidos para ciertas actividades en atención primaria, y eliminación de derechos de cobertura pública para grupos específicos de la población.

Los seguros médicos privados (PHI, por sus siglas en inglés) pueden tener diferentes roles en los sistemas de salud. En los Estados Unidos y Chile prestan cobertura por servicios de atención primaria para una buena parte de la población, mientras que complementan la cobertura pública para la inmensa mayoría de la población en países como Francia, Bélgica y Eslovenia. En otros países como Australia e Irlanda, sirven como doble seguridad pues ofrecen acceso a un número mayor de proveedores. El gasto en seguros privados representa solo el 6% del gasto total en salud en la OCDE, pero es una proporción considerable en varios países, particularmente en los Estados Unidos (35%) y Chile (20%). Aunque el gasto en salud a través de seguros privados disminuyó de forma significativa en el período 2009-11, entre 2011 y 2013 creció 2.9% – también como respuesta a la transferencia de costos y la pérdida de cobertura en algunos países.

Definición y comparabilidad

El financiamiento de los servicios de salud puede ser analizado desde el punto de vista de las fuentes de donde proviene (hogares, empleadores y gobierno), esquemas de financiamiento (por ejemplo, seguro obligatorio o voluntario), y los agentes de financiamiento (organizaciones que gestionan los esquemas de financiamiento). El término “financiamiento” se emplea en el sentido de esquemas de financiamiento según se define en el System of Health Accounts (OECD, 2000; OECD, Eurostat and WHO, 2011). El financiamiento público incluye el gasto del gobierno en general, y los fondos de seguridad social. El financiamiento privado comprende el gasto de bolsillo de los hogares, seguros médicos privados y otros fondos privados (ONGs y corporaciones privadas). El gasto de bolsillo es el realizado directamente por los pacientes. Incluye los gastos compartidos, y para algunos países, estimados de pagos informales a proveedores de servicios de salud.

El gasto público total se usa según lo define el System of National Accounts, e incluye como componentes principales el consumo intermedio, la compensación de empleados, interés, beneficios sociales, transferencias sociales en especie, subsidios, otros gastos corrientes y de capital pagados por los gobiernos federales, regionales y locales, así como fondos de seguridad social.

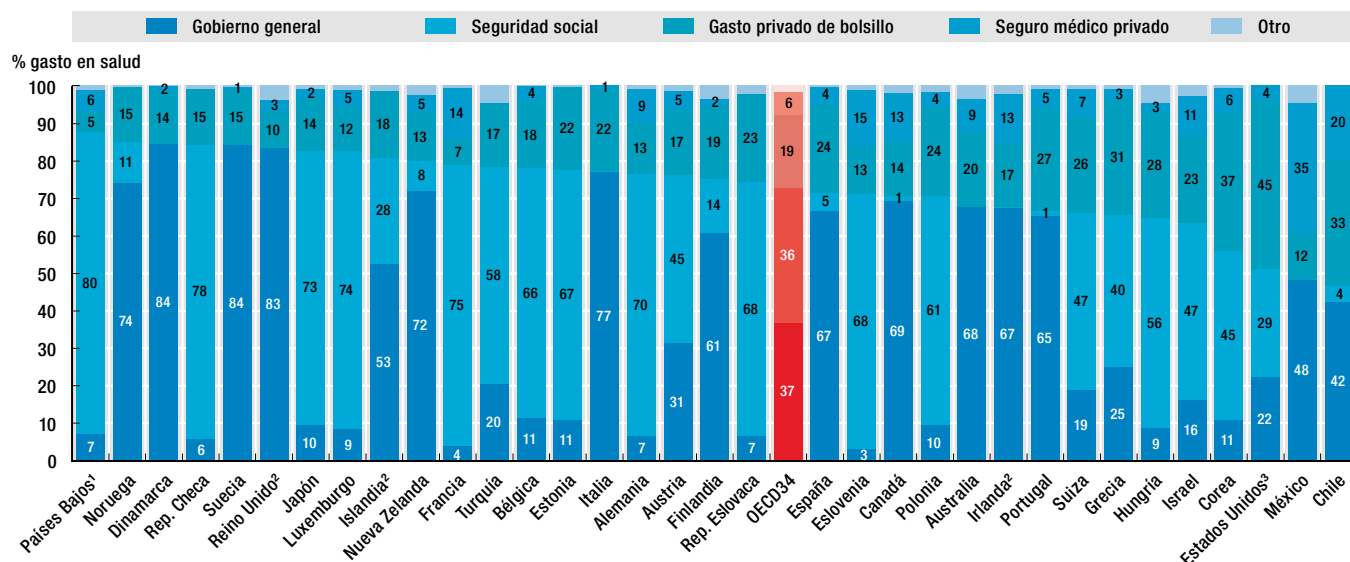
Referencias

- OECD (2000), A System of Health Accounts, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181809-en>.
- OECD, Eurostat and WHO (2011), A System of Health Accounts, 2011 Edition, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Financiamiento de los servicios de salud

9.8 Gasto en servicios de salud por tipo de financiamiento, 2013 (o año más cercano)

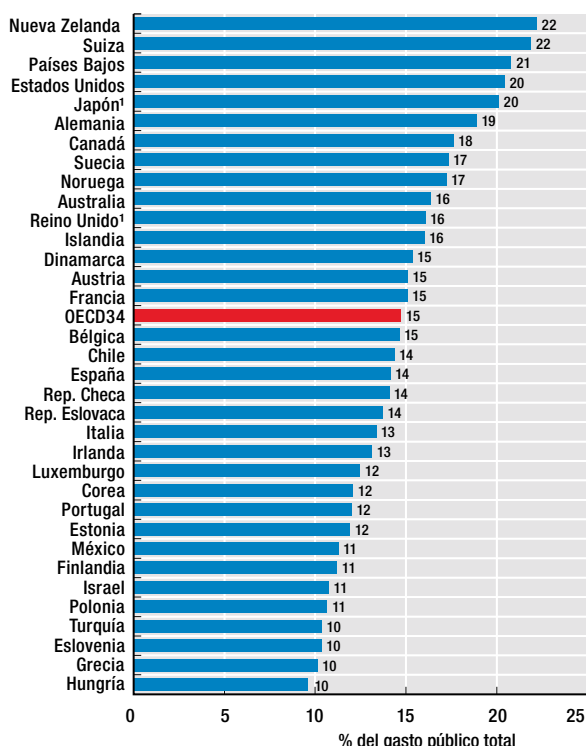


1. Los Países Bajos reportan los costos compartidos obligatorios en seguro de gastos médicos y en el Exceptional Medical Expenses Act como seguridad social, y no como gasto privado de bolsillo, lo que resulta en una subestimación de la proporción de gasto de bolsillo.
2. Los datos se refieren al gasto total en salud (=gasto corriente en salud + formación de capital)
3. La seguridad social se reporta junto con gobierno general.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281280>

9.9. Gasto en salud como proporción del gasto público total, 2013 (o año más cercano)



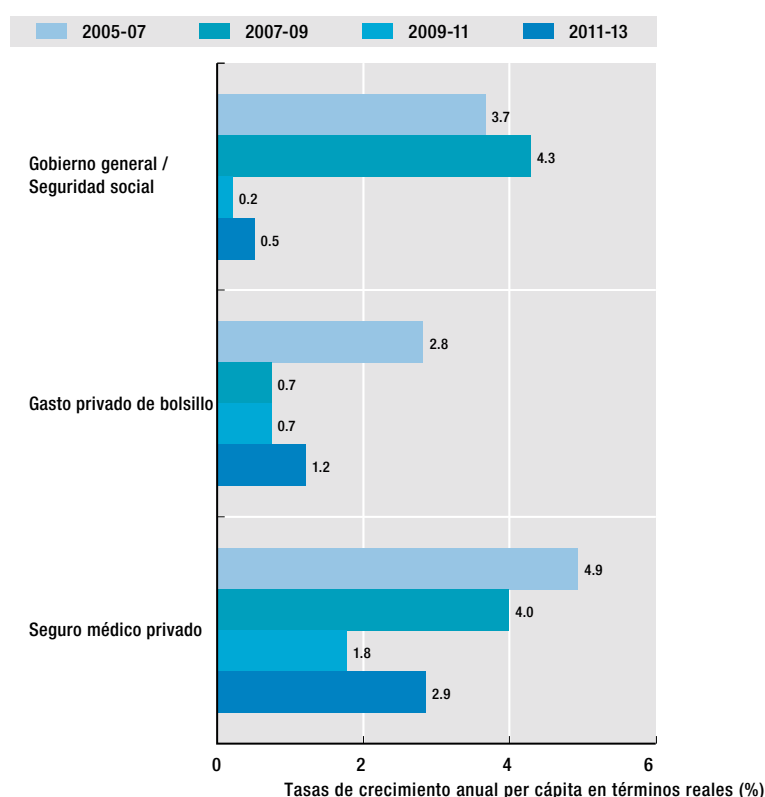
1. Los datos se refieren al gasto total en salud (=gasto corriente en salud + formación de capital)

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; OECD National Accounts; Eurostat Statistics Database; IMF World Economic Outlook Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281280>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

9.10. Crecimiento del gasto en salud por fuente de financiamiento, 2005 - 2013



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281280>

Gasto por enfermedad y edad

La asignación del gasto en servicios de salud por enfermedad y edad es importante para los encargados de políticas de salud pues les permite analizar la distribución de recursos en el sistema de salud. Esta información también tiene un papel importante en la evaluación del impacto del envejecimiento de la población en el gasto y el cambio de patrones de enfermedades. Además, la vinculación de gasto en salud por enfermedad a medidas apropiadas de rendimiento (por ejemplo, altas hospitalarias por enfermedad) y resultados (por ejemplo, índices de sobrevivencia después de un infarto o cáncer), permite monitorear el desempeño de sistemas de salud a nivel de enfermedades (Heijink et al., 2006).

La Figura 9.11 muestra la distribución de gasto de hospitalización en siete categorías principales de diagnóstico que representan entre el 60% y el 80% del gasto en hospitalización para cuidados agudos en el grupo de países. Las enfermedades circulatorias contribuyen con la más alta proporción de gasto de hospitalización en todos los países excepto Corea y los Países Bajos, donde el gasto en cáncer y en desórdenes mentales y de conducta respectivamente, son las categorías más importantes. Las diferencias entre países pueden estar influenciadas por varios factores que incluyen la estructura demográfica y patrones de enfermedad, así como arreglos institucionales y guías clínicas para el tratamiento de diferentes enfermedades. Por ejemplo, en los Países Bajos, los desórdenes mentales y de conducta representan alrededor de 23% del total del gasto en hospitalización, aproximadamente el doble de los niveles de Alemania, Finlandia y Japón. Esto puede explicarse parcialmente por el gran número de hospitales de cuidados psiquiátricos agudos con períodos de estadía promedio muy largos (OECD, 2015). De manera similar, en Japón los períodos de hospitalización mayores al promedio por enfermedades circulatorias específicas como accidente cerebrovascular, pueden explicar que más del 22% del gasto de hospitalización se asigne al tratamiento de enfermedades circulatorias. Las altas hospitalarias relacionadas con enfermedades circulatorias representan el 12% del total de altas en Japón, una proporción similar a la de otros países. La Figura 9.12 compara el gasto en alta hospitalaria por enfermedades circulatorias y cáncer. Generalmente el costo por alta entre estas dos categorías principales es similar en todos los países, excepto Japón, donde el gasto por alta por enfermedades circulatorias es más del doble del correspondiente a cáncer. Japón tiene el gasto más alto por alta por enfermedades circulatorias en comparación con los demás países, debido principalmente al período de hospitalización, mientras que los Países Bajos tienen el gasto más elevado por alta por tratamiento de cáncer.

Los diferentes patrones de costo pueden responder al menos en parte a factores demográficos. La asignación de gasto corriente en salud por grupo de edad en la República Checa, Corea y los Países Bajos en la Figura 9.13

muestra que la proporción de gasto aumenta con la edad después de un máximo inicial de gasto asociado al nacimiento y enfermedades de la infancia. La proporción de gasto corriente en salud permanece relativamente constante hasta los 50 a 54 años de edad, antes de incrementarse fuertemente a medida que la gente envejece. Como resultado, una proporción significativa de gasto corriente en salud está destinada a la población de 65 años de edad y mayores, quienes consumen en promedio alrededor del 60% del gasto corriente en salud en los tres países. Adicionalmente, en Corea y los Países Bajos más del 20% del gasto corriente en salud se destina a quienes tienen 85 años de edad y mayores, proporción que es mucho menor en la República Checa. Esto puede explicarse por el nivel menor de gasto en cuidados de largo plazo en la República Checa.

Definición y comparabilidad

El gasto por enfermedad y edad asigna gasto corriente en salud según las características de los pacientes. Las guías que se han desarrollado proponen categorías de enfermedades de acuerdo a ICD-10. Para asegurar la comparabilidad entre países, los gastos también están vinculados con el marco del System of Health Accounts (SHA) y se ha propuesto una metodología común que promueve una asignación de gastos vertical con base en el diagnóstico principal. Las principales cuestiones de comparabilidad se relacionan con el tratamiento de recursos no asignados y no relacionados con enfermedades específicas. En el primer caso se debe a limitaciones de datos (frecuentemente en consulta externa y gasto en medicamentos), y en el segundo principalmente al gasto en prevención y administración. Debe notarse que las gráficas cubren gasto asignado solamente, por lo que se deben considerar algunas limitaciones por país. En Canadá se excluye Quebec y hospitales psiquiátricos; en la República Checa se refiere únicamente el gasto del Health Insurance Fund; en Alemania se refiere al gasto total en hospitales; y en los Países Bajos al cuidado curativo en general y los hospitales de especialidades.

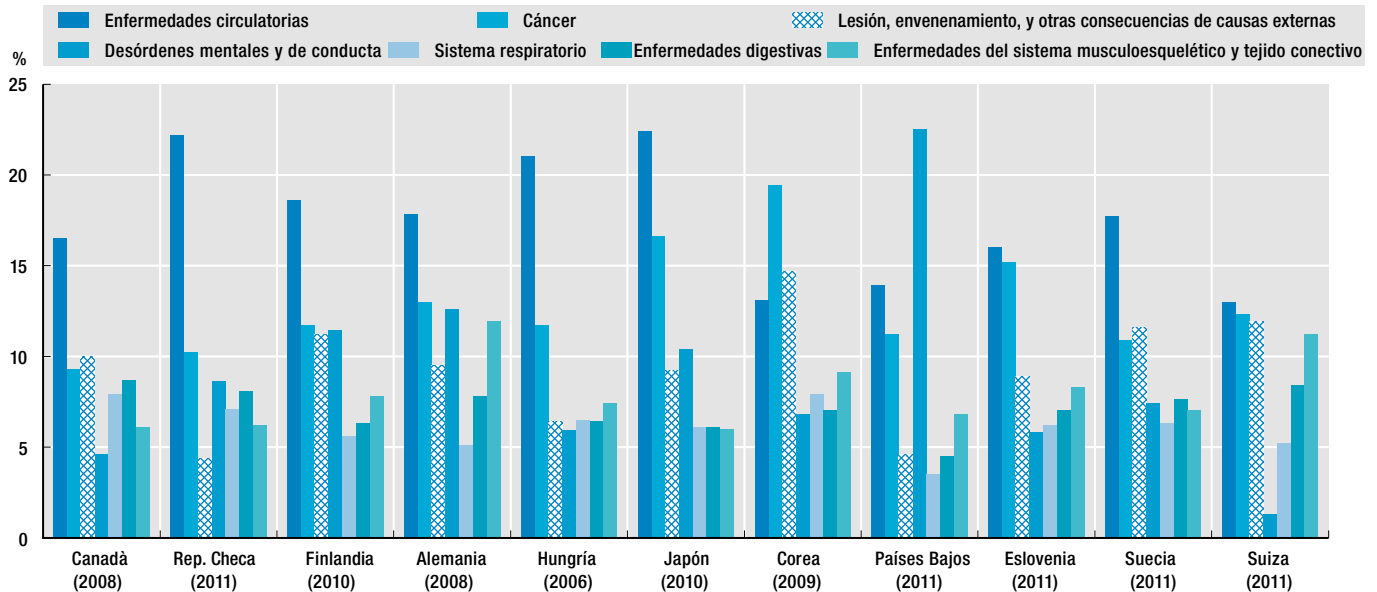
Referencias

- Heijink, R., M.A. Koopmanschap and J.J. Polder (2006), International Comparison of Cost of Illness RIVM, Bilthoven.
- OECD (2015), Addressing Dementia: The OECD Response OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en>.

9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Gasto por enfermedad y edad

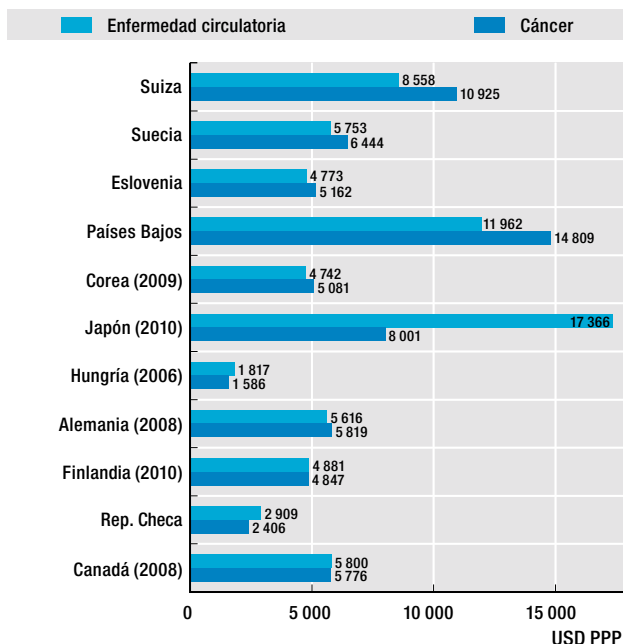
9.11. Proporción de gasto en hospitalización por categorías principales de diagnóstico, 2011 (o año más cercano)



Fuente: OCDE Expenditure by Disease, Age and Gender Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281298>

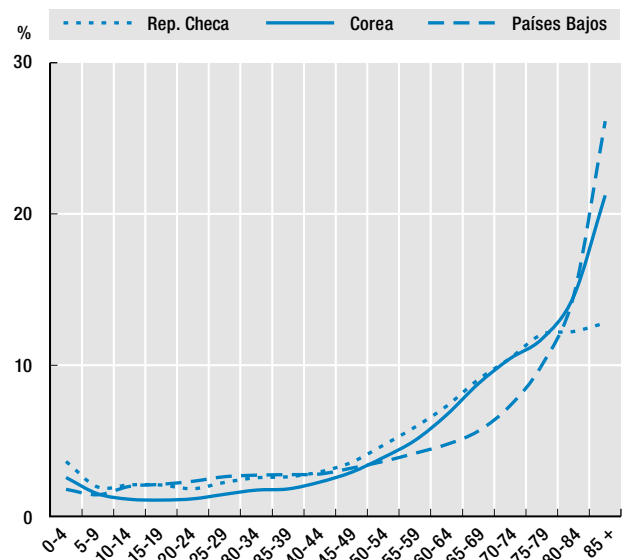
9.12. Gasto por alta hospitalaria para dos categorías de diagnóstico, 2011 (o año más cercano)



Fuente: OCDE Expenditure by Disease, Age and Gender Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281298>

9.13. Proporción de gasto corriente en salud por grupo de edad, 2011 (o año más cercano)



Fuente: OCDE Expenditure by Disease, Age and Gender Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281298>



9. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Inversión de capital en el sector salud

La información sobre la suma que un sistema de salud invierte en hospitales, tecnología médica y otros equipos es muy relevante para análisis y definición de políticas. Aunque los sistemas de salud siguen siendo un sector con gran intensidad de mano de obra, el capital ha sido cada vez más importante como un factor de producción de servicios de salud en las últimas décadas. Esto se ilustra, por ejemplo, por la creciente importancia del equipo terapéutico y de diagnóstico, o la expansión de las tecnologías de información, cómputo y telecomunicaciones en el cuidado de la salud en los últimos años. La disponibilidad de estadísticas en inversión de capital es esencial para el análisis de la capacidad de producción de un sistema de salud (es decir, si su capacidad es apropiada, deficiente o excesiva), que a su vez informa la implantación de políticas (por ejemplo, si existe un exceso de capacidad, el costo marginal de la expansión de la cobertura será menor que si el sistema de salud ya tiene dificultades para cubrir la demanda actual).

Los países de la OCDE invirtieron en promedio alrededor de 0.45% de su PIB en 2013 en términos de gasto de capital en el sector salud. Esta cifra se compara con el promedio de 8.9% del PIB en la OCDE por el gasto corriente en servicios de salud y productos médicos (ver el indicador “Gasto en Salud en relación con el PIB”). Como ocurre con el gasto corriente, hay diferencias entre países tanto en los niveles actuales de inversión como en las tendencias observadas recientemente.

En el límite superior de la escala está Bélgica, que gastó más de 0.8% del PIB en inversión de capital en 2013, seguida de un grupo de países que incluye a Francia, Alemania y los Estados Unidos, todos con un gasto mayor al 0.6% del PIB. Alrededor de la mitad de los países de la OCDE se sitúan en una banda relativamente angosta, 25% por encima o por debajo del promedio, del Reino Unido a Australia. En el límite inferior, Turquía, Chile y Hungría gastaron alrededor de la mitad del promedio de la OCDE, mientras que Grecia, Islandia y México gastaron alrededor de 0.1% del PIB en infraestructura y equipo en el sector salud.

Los datos de National Accounts dan una idea del tipo de activos y gasto de capital. El gasto de capital puede variar de año a año, pero en general en el sector salud hay un balance entre el gasto en construcción (por ejemplo, construcción de hospitales y otras instalaciones sanitarias) y gasto en equipo (equipo médico, ambulancias y equipo de cómputo). Juntos representan 85% de la inversión de capital. El restante 15% corresponde a productos de propiedad intelectual – resultado de investigación, desarrollo e innovación, lo que puede variar significativamente entre países.

En paralelo con el gasto corriente en salud, la inversión de capital ha sido afectada por la crisis económica global, y los desembolsos en infraestructura del sistema y equipos con frecuencia son reducidos o pospuestos. En general, la inversión de capital creció de manera importante hasta el 2008 -la inversión de capital anual fue 22% mayor que en 2005 en promedio en términos reales. Durante los siguientes tres años, el desembolso anual se redujo casi 15%, y desde 2011 la inversión de capital ha crecido nuevamente (Figuras 9.15 y 9.16).

Las diferencias entre países también reflejan las tendencias en gasto corriente. Fuera de Europa la inversión en el sector salud ha resultado en general menos afectada por la crisis económica. Por ejemplo, Australia y Corea reportan inversión de capital 40% mayor en 2013 en comparación con 2005.

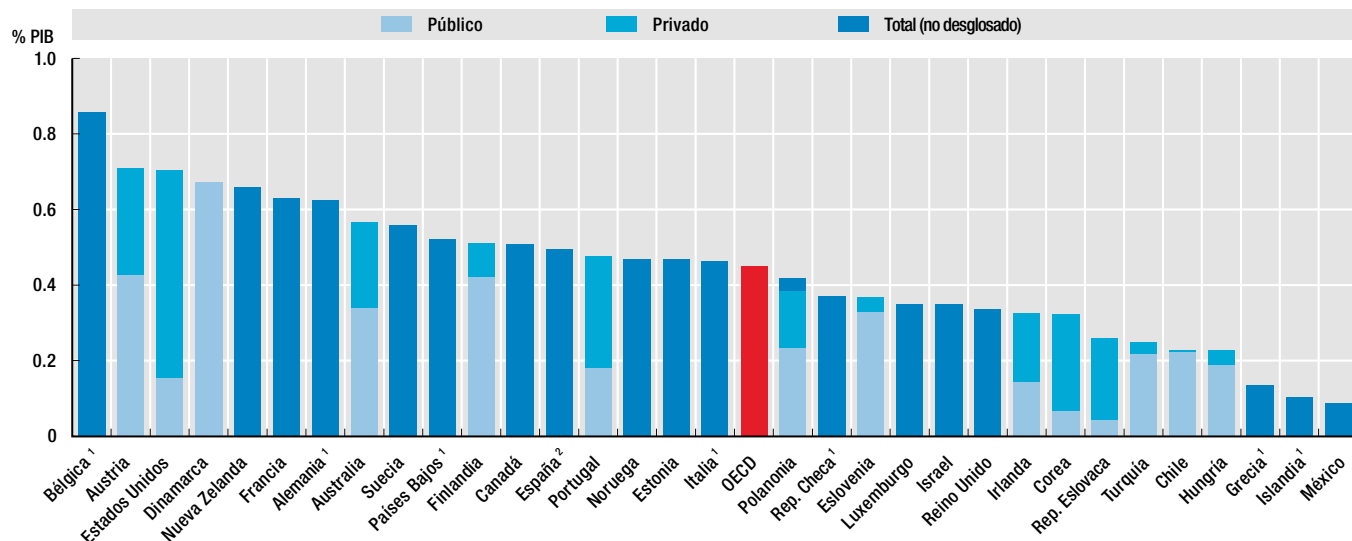
Varios países europeos han tenido severas reducciones de inversión de capital. Las cifras para Grecia muestran que el desembolso en 2013 fue menos del 40% del nivel de 2005, con una aceleración en la caída en 2010. De forma similar España experimentó un cambio radical después de 2008, con inversión de capital en 2012 a la mitad del nivel de 2005.

Definición y comparabilidad

La formación bruta de capital fijo en el sistema de salud se mide por el valor total de los activos fijos que los proveedores de servicios de salud han adquirido durante el ejercicio contable (menos el valor de activos enajenados) que se usan repetidamente o continuamente durante más de un año en la producción de servicios de salud. El desglose de los activos incluye infraestructura (por ejemplo, hospitales, clínicas, etc.), maquinaria y equipo (incluyendo equipo de diagnóstico y cirugía, ambulancias y equipo de cómputo), así como software y bases de datos.

Muchos países reportan la formación bruta de capital fijo bajo el System of Health Accounts. También se reporta bajo National Accounts desglosada por sector industrial según el International Standard Industrial Classification (ISIC) Rv. 4 usando la Sección Q: actividades de salud humana y trabajo social, o la División 86: actividades de salud humana. El primero es normalmente más amplio que los límites de la SHA, y el segundo es más limitado.

9.14. Formación bruta de capital fijo en el sector salud como proporción del PIB, 2013 (o año más cercano)



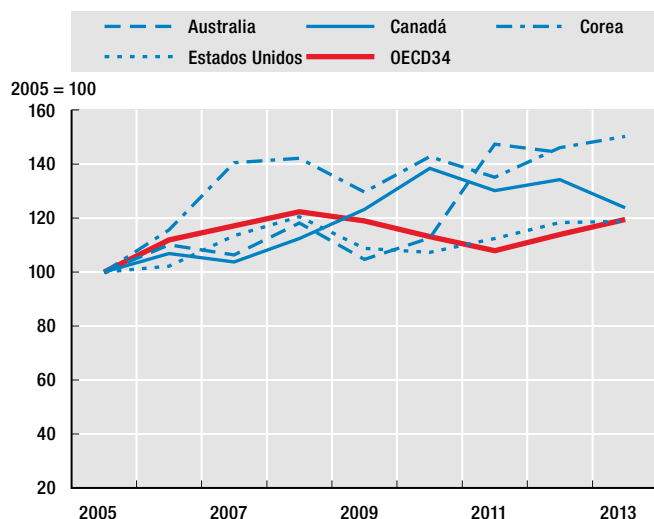
1. Se refiere a formación bruta de capital fijo en ISIC 86: actividades de salud humana (ISIC Rev. 4).

2. Se refiere a formación bruta de capital fijo en ISIC Q: actividades de salud humana y trabajo social (Rev. 4).

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; OECD National Accounts Database.

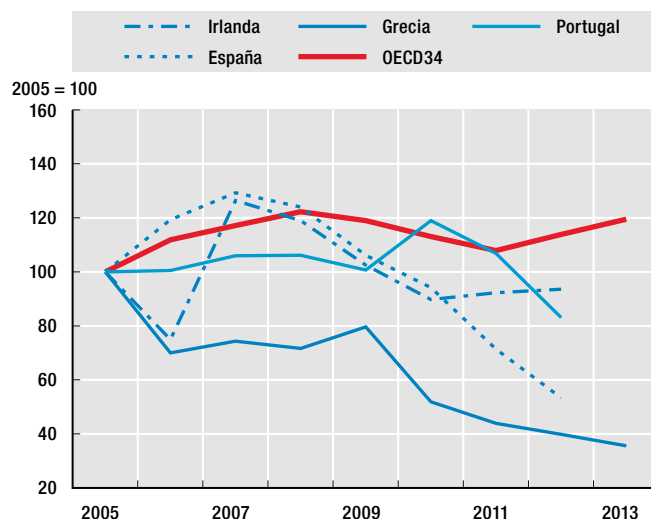
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281305>

9.15. Formación bruta de capital fijo, selección de países no europeos, 2005-13



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281305>

9.16. Formación bruta de capital fijo, selección de países europeos, 2005-13



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281305>





10. SECTOR FARMACÉUTICO

Gasto en medicamentos

Financiamiento del gasto en medicamentos

Farmacias y farmacéuticos

Consumo de medicamentos

Participación del mercado de genéricos

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

Gasto en medicamentos

Los medicamentos juegan un papel importantísimo en el sistema de salud y los encargados de la formulación de políticas deben balancear el acceso de los pacientes a medicamentos innovadores y efectivos con las limitaciones de los presupuestos de salud, al tiempo de generar incentivos adecuados para que los fabricantes sigan desarrollando nuevas generaciones de medicamentos. Después de la atención hospitalaria y consulta externa, los medicamentos ocupan el tercer lugar en importancia en el gasto en salud y representaron una sexta parte (17%) del gasto en salud promedio en todos los países de la OCDE en 2013, sin tomar en cuenta el gasto en medicamentos en hospitales.

El gasto total en medicamentos al por menor en los países de la OCDE fue de alrededor de 800 mil millones de dólares en 2013. Sin embargo, existen grandes variaciones en el gasto en medicamentos per cápita entre países, lo que refleja diferencias en volumen, patrones de consumo y precios de medicamentos (Figura 10.1). Con un gasto en medicamentos de más de 1 000 dólares per cápita en 2013, los Estados Unidos gastaron por mucho, más que ningún otro país, y duplicaron el promedio de la OCDE. Japón (752 dólares), Grecia (721 dólares) y Canadá (713 dólares) también gastaron significativamente más en medicamentos que otros países de la OCDE. En el límite inferior de la escala, Dinamarca (240 dólares) tuvo niveles de gasto relativamente bajos, menos de la mitad del promedio de los países de la OCDE. Es importante resaltar que estas cifras se refieren únicamente a medicamentos al por menor; es decir, medicamentos administrados directamente a pacientes con una receta médica o compras de medicamentos de libre acceso (OTC, por sus siglas en inglés). También se administran medicamentos a pacientes hospitalizados, pero no están incluidos en este apartado. Según las cifras disponibles para algunos países de la OCDE, éstos podrían aumentar en promedio 10 a 20% el gasto al por menor, pero hay variaciones por las diferentes prácticas de dispensación y presupuestarias (Belloni et al., próxima publicación).

Alrededor del 80% del gasto total en medicamentos al por menor se destina a medicamentos de prescripción, y el resto a OTCs. Los OTC son medicamentos que se pueden adquirir sin una receta y sus costos generalmente son absorbidos por los pacientes. En algunos casos los OTCs también pueden ser reembolsados por pagadores públicos. Dependiendo de la legislación de cada país, los OTCs pueden venderse en lugares que no sean farmacias, por ejemplo, en supermercados, otras tiendas o en Internet. En Austria, España y Polonia, la proporción de medicamentos OTC es relativamente alta – en el caso de Polonia representa la mitad del gasto en medicamentos.

Durante los 90 y principios de los años 2000, un incremento en el gasto en medicamentos al por menor representó una contribución importantísima al aumento

del gasto en salud en general (Figura 10.2).

El crecimiento anual promedio real en el gasto en medicamentos fue mayor que el crecimiento total de gasto en salud – más de 5% en promedio cada año entre 1990 y 2004, en comparación con un crecimiento promedio del gasto en salud de menos de 4% al año. Sin embargo, en la segunda mitad de los años 2000 se presentó una caída importante en el crecimiento del gasto promedio en medicamentos que se intensificó con la crisis económica global. En este período, los encargados de la formulación de políticas en muchos países de la OCDE tuvieron que controlar el gasto público en medicamentos en un esfuerzo por limitar el gasto público total (ver el indicador “Financiamiento del gasto en medicamentos”). De esta forma, varios países introdujeron una serie de medidas: recortes de precios (negociados con los fabricantes, introducción de precios de referencia, aplicación de descuentos obligatorios, disminución de los márgenes de las farmacias, reducción del impuesto al valor agregado aplicable a los medicamentos), promoción del uso de genéricos, reducción del tamaño de los empaques, reducción de la cobertura (excluyendo medicamentos reembolsables), e incremento en co-pagos para las familias.

Definición y comparabilidad

El gasto en medicamentos considera el gasto en medicamentos de prescripción y auto-medicación, conocidos como medicamentos OTC o de libre acceso. En algunos países, otros productos médicos perecederos también se incluyen. Los medicamentos consumidos en hospitales y otros escenarios de atención a la salud se han excluido. El gasto final en medicamentos incluye márgenes de distribuidor y farmacia, e impuesto al valor agregado. También incluye la remuneración de los farmacéuticos cuando esta última se separa el precio de los medicamentos. El gasto total en medicamentos se refiere en la mayoría de los países al gasto “neto”; es decir, ajustado por posibles rebajas pagadas por los fabricantes, distribuidores o farmacias.

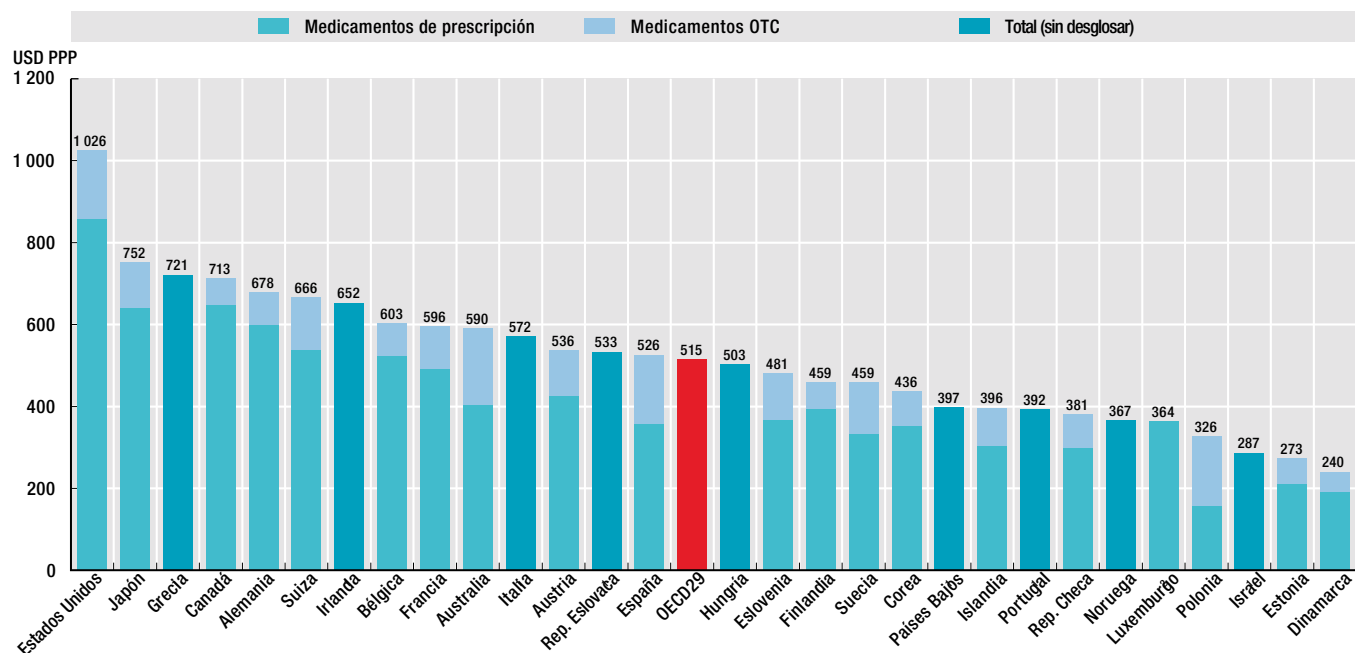
Referencias

Belloni, A., D. Morgan and V. Paris (forthcoming), “Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges”, OECD Working Paper, OECD Publishing, París.

10. SECTOR FARMACÉUTICO

Gasto en medicamentos

10.1. Gasto en medicamentos per cápita, 2013 (o año más cercano)

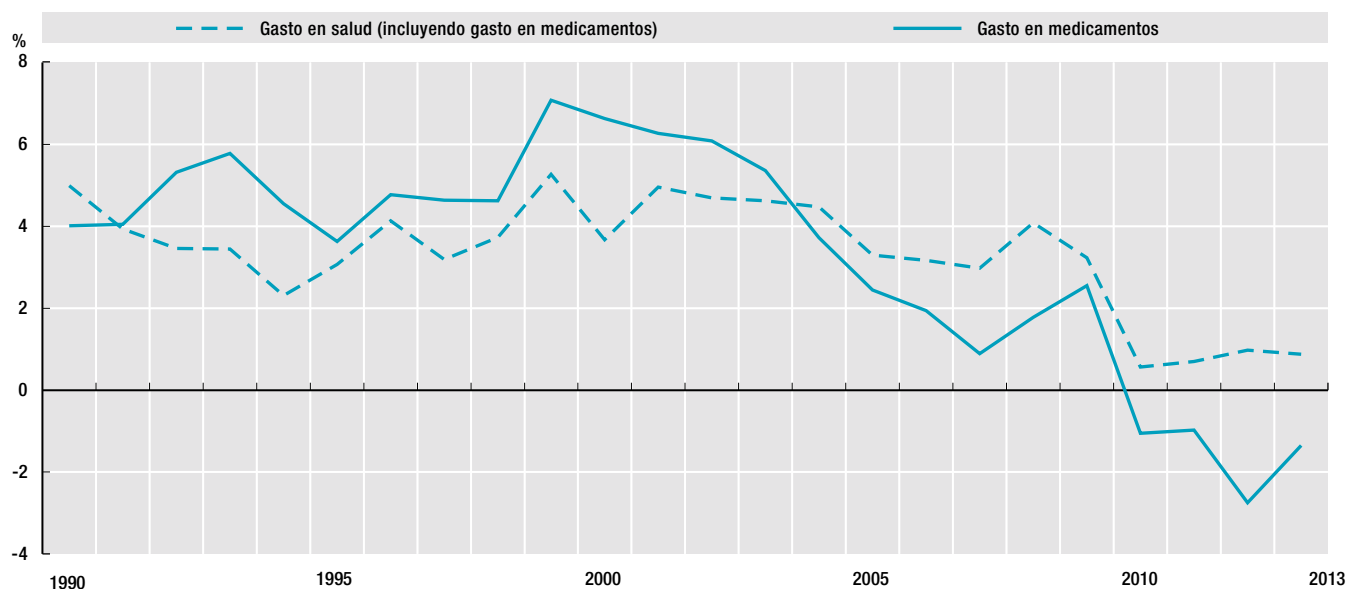


1. Incluye productos médicos perecederos (lo que resulta en una sobre-estimación de entre 5 y 10%).
2. Excluye el gasto en medicamentos OTC.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281318>

10.2. Crecimiento anual del gasto en medicamentos y gasto total en salud per cápita, en términos reales, promedio de la OCDE, 1990-2013



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281318>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

Financiamiento del gasto en medicamentos

En todos los países de la OCDE los medicamentos son financiados conjuntamente con gasto público y privado. Los esquemas que operan con fondos de tributación o seguridad social cubren una cantidad significativa de medicamentos de prescripción en la mayoría de los países, que algunas veces es complementada con seguros médicos privados. Típicamente los pacientes tienen que cubrir una parte del costo de medicamentos de prescripción por su cuenta, aunque existen algunas exenciones para segmentos vulnerables de la población como los niños, ancianos y pacientes que sufren algunas enfermedades crónicas. Los medicamentos de libre acceso normalmente son financiados completamente por las familias.

El gasto en medicamentos representa alrededor de 1.4% del PIB en promedio en los países de la OCDE, y oscila entre 0.5% en Dinamarca a 2.8% en Grecia (Figura 10.3). Los fondos públicos representan un poco menos del 60% en promedio -un poco menos de 1% del PIB en los países de la OCDE. Esta participación es bastante más alta en Japón (1.5%) y Grecia (1.9%), y mucho menor en Dinamarca y Noruega (0.3% en ambos países). La proporción más alta de gasto privado en relación al PIB se presenta en Hungría y los Estados Unidos (1.3% en ambos), y también en Canadá (1.0%).

La protección pública contra el costo de los medicamentos no está tan desarrollada como para otros servicios de salud como hospitalización y consulta externa (Figura 10.4). En los países de la OCDE en promedio, el sector público cubrió una proporción mucho mayor de los costos de servicios de salud (79%) en comparación con los medicamentos (57%) en 2013. Este es el caso para todos los países excepto Grecia, donde la cobertura pública para medicamentos es más alta (67% vs. 64%). La cobertura pública para medicamentos es alta en países como Francia, Japón y Alemania, donde abarca 70% o más del costo total. Las fuentes privadas de financiamiento deben cubrir más de la mitad del gasto total en medicamentos en ocho países de la OCDE con coberturas públicas muy limitadas, siendo las menores las de Polonia (32%), los Estados Unidos (34%) y Canadá (36%). Sin embargo, en los Estados Unidos y Canadá los seguros médicos privados juegan un papel muy importante en la cobertura de parte de los costos de medicamentos para los pacientes. Polonia reporta un gasto privado muy alto en medicamentos de libre acceso.

El crecimiento del gasto público en medicamentos ha permanecido por debajo del crecimiento del gasto total en servicios de salud en la última década (ver el indicador "Gasto en medicamentos") y las tasas de crecimiento han decrecido marcadamente en comparación con los años anteriores a la crisis (Figura 10.5). Entre 2009 y 2013, el gasto público en medicamentos se redujo en 3.2% en promedio en los países de la OCDE, cuando en el período 2005-09 se había incrementado en 2.7% cada año. La reducción fue particularmente acentuada en Portugal (-11.1%), Dinamarca (-10.4%) e Islandia (-9.9%). Grecia y los Países Bajos tuvieron también severos retrocesos en el crecimiento del gasto público en

medicamentos después de la crisis, en comparación con el período anterior a la misma. La reducción en el gasto público en medicamentos no ha estado restringida a Europa, también ha ocurrido en Canadá y Australia (-2.1% en ambos países). En cambio, Japón sigue teniendo incrementos sustanciales cada año (4.9%).

La reducción del gasto público en medicamentos en la mayoría de los países de la OCDE se logró con una variedad de medidas políticas (ver el indicador "Gasto en medicamentos"), incluyendo reformas cuyo objetivo ha sido transferir algo de la carga del gasto en medicamentos de los fondos públicos a pagadores privados. Estas medidas han incluido la supresión de productos (es decir, excluirlos del reembolso) y la introducción o aumento de cargos al paciente por medicamentos de prescripción al por menor (Belloni et al., próxima publicación). En años recientes las medidas de esta naturaleza se han adoptado en alrededor de doce países de la OCDE. Irlanda, por ejemplo, introdujo una cuota de 50 centavos por prescripción a derechohabientes de Medical Card en 2010, que se incrementó posteriormente. Al mismo tiempo, el umbral de reembolso mensual por medicamentos aumentó 20%, a 120 euros para quienes no tienen Medical Card, con otros incrementos posteriores. Como resultado de estas medidas, la participación de financiamiento privado de medicamentos ha crecido sustancialmente en varios países. En España, 39% del costo de medicamentos fue cubierto por el gasto de bolsillo en 2013, a diferencia del 24% de 2009. En Grecia e Islandia la proporción de gasto en medicamentos pagado por las familias directamente, aumentó en 10 puntos porcentuales o más desde 2009.

Definición y comparabilidad

La definición de gasto en medicamentos y sus posibles limitaciones se encuentran en el indicador correspondiente. La definición de gasto "público" y "privado" se encuentra en el indicador de financiamiento de servicios de salud.

El término servicios de salud se refiere a hospitalización y consulta externa (incluyendo casos ambulatorios), cuidados de largo plazo y servicios auxiliares.

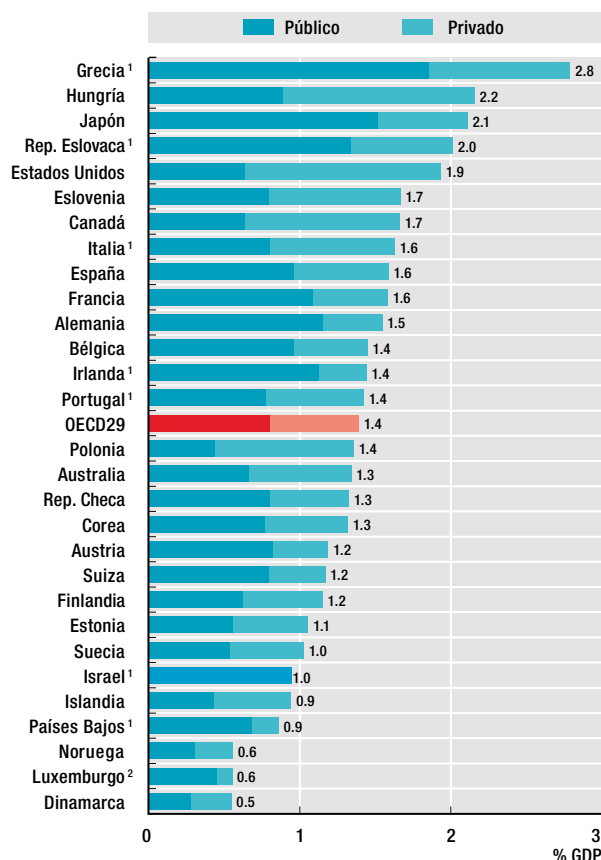
Referencias

Belloni, A., D. Morgan and V. Paris (forthcoming), "Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges", OECD Working Paper, OECD Publishing, París.

10. SECTOR FARMACÉUTICO

Financiamiento del gasto en medicamentos

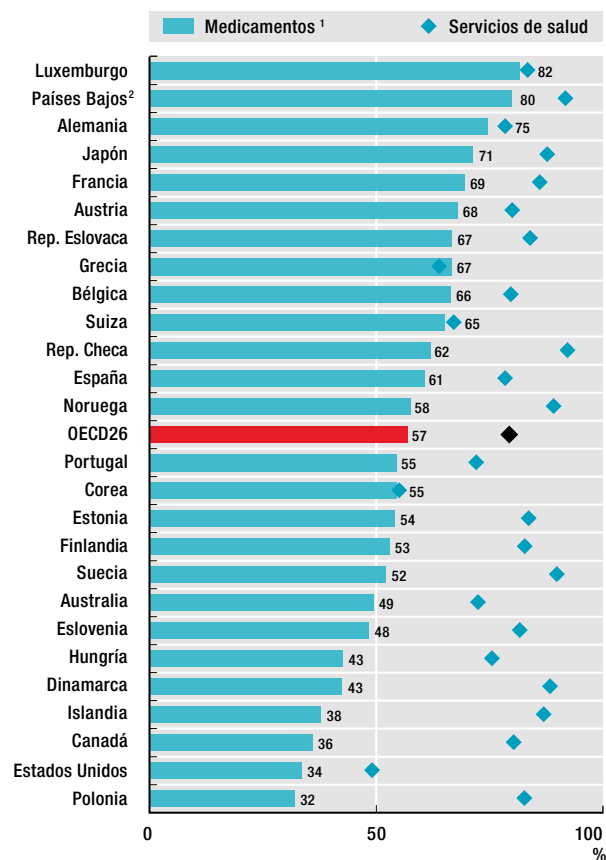
10.3. Gasto en medicamentos como proporción del PIB, 2013 (o año más cercano)



1. Incluye productos médicos perecederos.
2. Excluye gasto en medicamentos OTC

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281325>

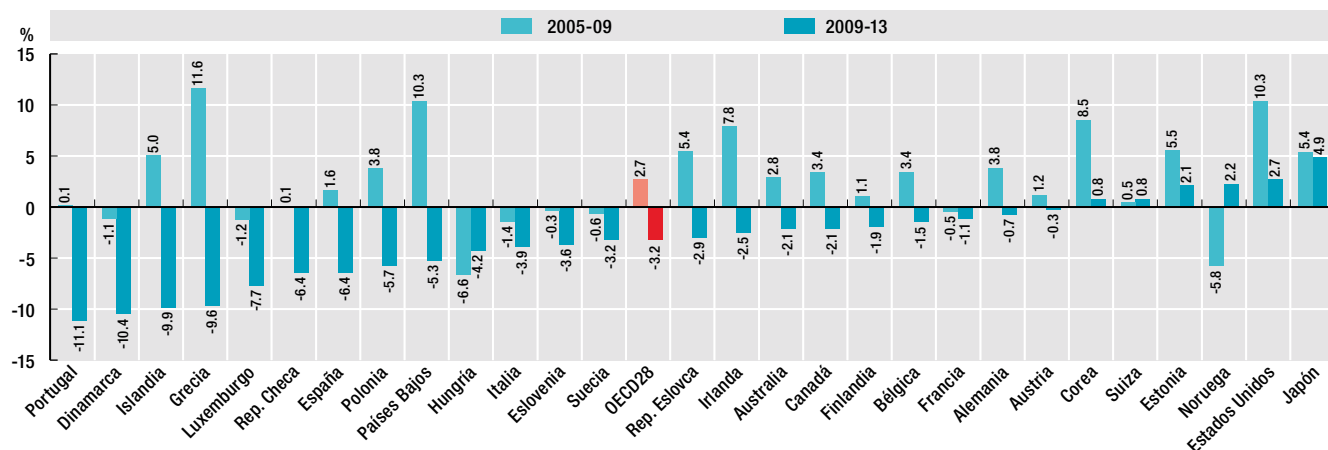
10.4. Proporción pública del gasto en servicios y productos para la salud, 2013 (o año más cercano)



1. Incluye productos médicos perecederos.
2. Las proporciones para los Países Bajos están sobre-estimadas pues incluyen los co-pagos obligatorios de los pacientes a aseguradoras.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281325>

10.5. Crecimiento anual promedio en gasto público en medicamentos¹ per cápita, en términos reales, 2005-09 y 2009-13 (o períodos más cercanos)



1. Incluye productos médicos perecederos.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281325>

Los farmacéuticos ayudan a la gente a obtener los medicamentos, y a que éstos se usen de forma apropiada y segura. El papel de los farmacéuticos en la comunidad ha cambiado en años recientes y aunque siguen despachando medicamentos en farmacias, cada vez dan más atención directa a los pacientes (por ejemplo, vacunas contra influenza en Irlanda), tanto en farmacias, como siendo parte de equipos integrales de salud.

Los países de la OCDE tienen en general entre 50 y 130 farmacéuticos por cada 100 000 habitantes. Japón tiene por mucho la más alta densidad de farmacéuticos, el doble del promedio de la OCDE, y la menor se presenta en Turquía, Chile y los Países Bajos (Figura 10.6). Entre 2000 y 2013 el número de farmacéuticos per cápita se ha incrementado en casi todos los países de la OCDE, excepto en Suiza. El incremento más rápido se ha presentado en Portugal, Irlanda, Japón, España y Hungría.

El fuerte incremento en el número de farmacéuticos en Japón puede atribuirse en buena medida a los esfuerzos del gobierno de separar más claramente la prescripción del despacho de medicamentos. Tradicionalmente la vasta mayoría de los medicamentos de prescripción en Japón eran despachados directamente por los médicos. A lo largo de los años el gobierno japonés ha tomado medidas para impulsar la separación de éstas funciones. La Ley del Servicio Médico fue modificada primeramente en 1997 y después en 2006 para reconocer a las farmacias de la comunidad como establecimientos proveedores de bienes y servicios para la salud. Después de estas modificaciones, el porcentaje de prescripciones despachadas por farmacéuticos creció de menos del 40% del total de prescripciones en 2000 a 67% en 2013, y el número de farmacias comunitarias creció de 48 252 a 57 071 (Japanese Pharmaceutical Association, 2015).

La mayoría de los farmacéuticos trabajan en farmacias comunitarias, pero algunos también trabajan en hospitales, la industria, la investigación y la docencia (FIP, 2015). Por ejemplo, en Canadá en 2012, más del 75% de los farmacéuticos profesionalmente activos trabajaban en farmacias comunitarias, y alrededor de 25% trabajaban en hospitales y otros establecimientos sanitarios (CIHI, 2013). En Japón, alrededor del 55% de los farmacéuticos trabajaban en farmacias comunitarias en 2012, alrededor de 20% en hospitales o clínicas, y el 25% restante en otros establecimientos (Japanese Pharmaceutical Association, 2015).

El número de farmacias comunitarias varía enormemente entre países de la OCDE (Figura 10.7), lo que puede explicarse según el papel más o menos activo que jueguen el gobierno y las agencias en la planeación; por el modelo de remuneración usado en el país, y por los diferentes canales de distribución de medicamentos. Además de las farmacias comunitarias, los medicamentos pueden ser despachados en farmacias de hospitales (a pacientes hospitalizados y de consulta externa), o pueden ser entregados directamente por los médicos en algunos países. Por ejemplo, el número relativamente bajo de farmacias comunitarias en los Países Bajos puede ser explicado en parte por el hecho de que los pacientes pueden también comprar sus medicamentos de prescripción directamente con los médicos (Vogler et al., 2012). En este país existen alrededor de 400 médicos generales que venden medicamentos, facilitando el acceso a los mismos especialmente en áreas rurales donde la farmacia más cercana puede estar muy lejos (RIVM, 2014). Dinamarca tiene unas cuantas farmacias comunitarias, pero son muy grandes, incluyendo cadenas de farmacias y unidades suplementarias anexas a la principal (Vogler et al., 2012).

La variedad de productos y servicios proporcionados por las farmacias varía entre países. En la mayoría de los países europeos, por ejemplo, las farmacias pueden también vender cosméticos, suplementos alimenticios, dispositivos médicos y productos homeopáticos, y en algunos países las farmacias pueden también vender anteojos de lectura y juguetes didácticos (Martins et al., 2015). Dependiendo de la legislación de cada país, las farmacias pueden proveer servicios como administración de vacunas, revisión de los usos de un medicamento, despacho de dosis únicas, sustitución de receta con productos genéricos, ser punto de atención para pruebas, administración de medicamento, o programas de intercambio de agujas, así como para disposición final de medicamentos, etc.,

Definición y comparabilidad

El término farmacéuticos profesionalmente activos se define como el número de farmacéuticos que cuentan con autorización para ejercer y proporcionar servicios directamente a clientes/pacientes. Pueden ser empleados o independientes, y trabajar en farmacias comunitarias, hospitales y otros escenarios. Los asistentes de farmacia y otros empleados normalmente se excluyen.

En Irlanda las cifras incluyen a todos los farmacéuticos registrados en la Pharmaceutical Society of Ireland, y posiblemente incluyen a farmacéuticos que no están activos.

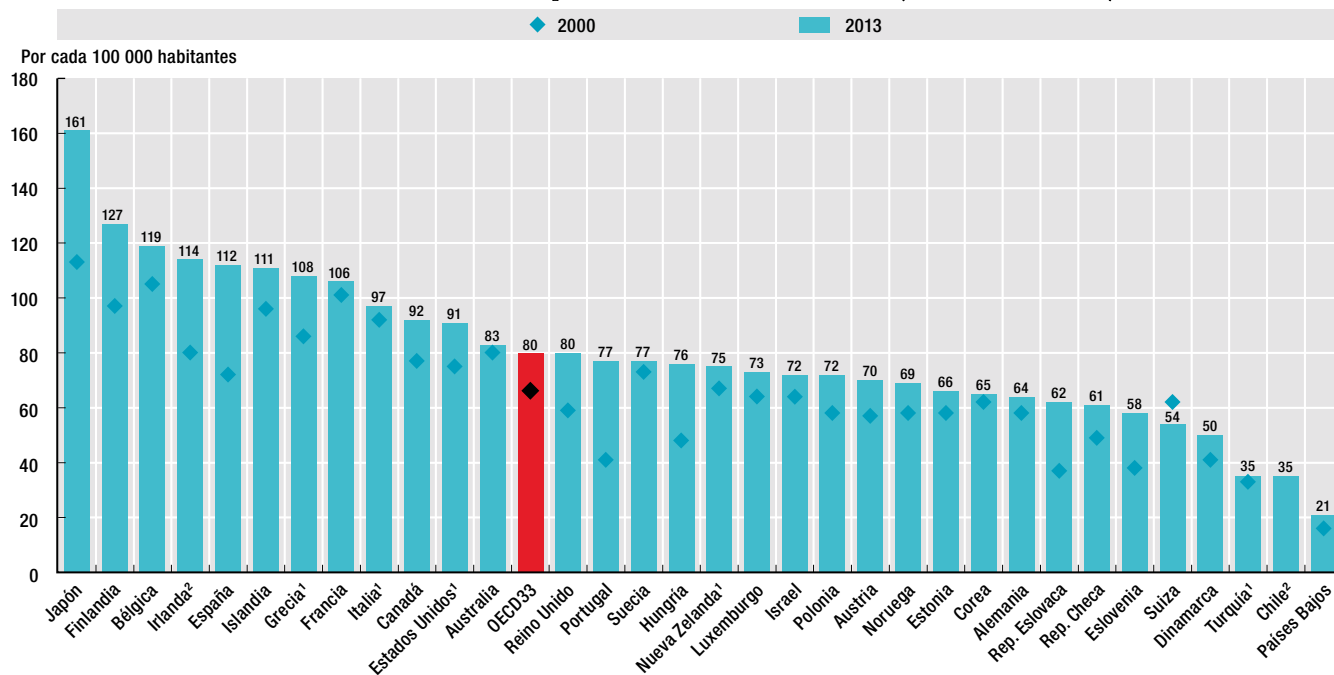
Adicionalmente, incluyen asistentes de farmacia, asistentes farmacéuticos y médicos que despachan medicamentos (aproximadamente 140 en 2007), lo que resulta en una sobre-estimación en comparación con los datos proporcionados por otros países. En Islandia también se incluye a los asistentes de farmacia.

Las farmacias comunitarias son establecimientos que según las previsiones y definiciones legales locales pueden proveer servicios de farmacia en comunidades. El número de farmacias comunitarias reportadas es el número de establecimientos donde se despacharon medicamentos bajo la supervisión de un farmacéutico.

Referencias

- CIHI – Canadian Institute for Health Information (2013), Pharmacist Workforce, 2012 – Provincial/Territorial Highlights, Ottawa, Canadá.
- FIP – International Pharmaceutical Federation (2015), Global Trends Shaping Pharmacy – Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services The Hague.
- Japan Pharmaceutical Association (2015), Annual Report of JPA 2014-2015, Tokio.
- Martins, S.F et al. (2015), “The Organizational Framework of Community Pharmacies in Europe”, International Journal of Clinical Pharmacy, Mayo 28.
- RIVM – National Institute for Public Health and the Environment (2014), The Dutch National Atlas of Public Health, Bilthoven.
- Vogler, S. et al. (2012), “Impact of Pharmacy Deregulation and Regulation in European Countries”, Viena.

10.6. Farmacéuticos profesionalmente activos, 2013 (o año más cercano)



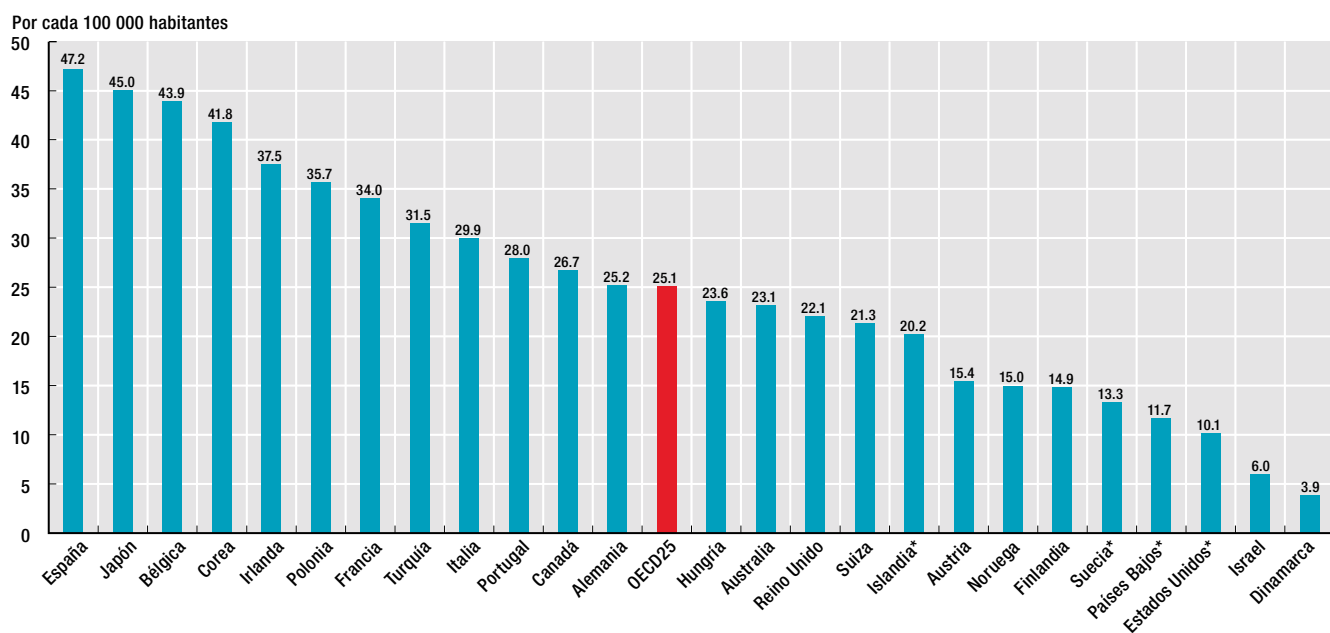
1. Los datos incluyen no solo a farmacéuticos proporcionando servicios directamente a pacientes, sino también a quienes trabajan en el sector salud como investigadores, en empresas farmacéuticas, etc.

2. Los datos se refieren a todos los farmacéuticos autorizados para ejercer (lo que resulta en una fuerte sobre-estimación del número de farmacéuticos profesionalmente activos).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281337>

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

10.7. Farmacias comunitarias, 2015 (o año más cercano)



* Estimados

Fuente: FIP (2015), Global Trends Shaping Pharmacy – Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services. 2013 – 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281337>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

En general el consumo de fármacos sigue aumentando, en parte por una creciente demanda de medicamentos para tratar enfermedades crónicas y propias del envejecimiento, y por cambios en las prácticas clínicas. Esta sección analiza el consumo de cuatro categorías de medicamentos: antihipertensivos, anti-colesterol, anti-diabéticos y antidepresivos. El consumo se mide en dosis diarias definidas (DDD) (ver el recuadro “Definición y comparabilidad”).

El consumo de antihipertensivos casi se ha duplicado en los países de la OCDE entre 2000 y 2013. Ha sobrepasado el triple en Estonia y se ha cuadruplicado en Luxemburgo (Figura 10.8). El más alto se presenta en Alemania y Hungría, casi cinco veces el nivel de Corea y Turquía. Estas variaciones reflejan las diferencias en la prevalencia de presión arterial alta y en la práctica clínica. En 2008, 16% de la población de Corea tenía presión arterial alta, contra 26% en Alemania y 37% en Hungría, mientras que el número promedio de DDD prescritas por paciente hipertenso era menor en Corea (0.5) que en Hungría (1.1) y Alemania (1.2) (OECD, 2015).

El uso de medicamentos para bajar el colesterol es más del triple de 2000 a 2013 en los países de la OCDE (Figura 10.9). La República Eslovaca, el Reino Unido y Australia tuvieron el más alto consumo per cápita en 2013, con niveles más de 40% mayores que el promedio de la OCDE. Las guías clínicas de prescripción para tratamientos anti-colesterol se han actualizado varias veces desde los años 90, recomendando análisis más completos, tratamiento más temprano y dosis más altas, lo que explica en parte el crecimiento observado durante este período.

El uso de antidiabéticos casi se ha duplicado entre 2000 y 2013 en los países de la OCDE (Figura 10.10). Este crecimiento puede ser explicado por una prevalencia creciente de diabetes, principalmente vinculada a la mayor prevalencia de obesidad (ver el indicador de sobrepeso y obesidad en el Capítulo 4), que es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de diabetes tipo 2. En 2013, el más alto consumo de antidiabéticos se presentó en Finlandia, Alemania y el Reino Unido.

El consumo de antidepresivos se ha incrementado considerablemente en la mayoría de los países de la OCDE desde 2000 (Figura 10.11). Esto puede reflejar una menor brecha en el tratamiento de depresión, aunque hay variaciones significativas en el consumo de antidepresivos entre países. Islandia reportó el nivel más alto de consumo de antidepresivos en 2013, el doble del promedio de la OCDE, seguido de Australia, Portugal y Canadá. Chile, Corea y Estonia reportaron niveles bajos de consumo.

El nivel de consumo de antidepresivos depende de la prevalencia de depresión en cada país, y de cómo ésta es diagnosticada y tratada. Esto a su vez depende de la disponibilidad de otras terapias, guías locales, y comportamiento de prescripción (OECD, 2014; Moore et al., 2009). Estos factores varían entre países. En Inglaterra y Francia, el incremento en el consumo de antidepresivos se ha asociado con mayor tiempo de duración de tratamientos con medicamentos (Grandfils and Sermet, 2009; Moore et al., 2009).

En los lugares donde el consumo de antidepresivos es muy bajo -Corea, Chile y Estonia- es posible que no se estén cubriendo las necesidades. En otros países con consumo particularmente alto de antidepresivos, es necesario evaluar que tan apropiados son los patrones de prescripción y la disponibilidad de tratamientos alternativos para la depresión.

Definición y comparabilidad

La dosis diaria definida (DDD), es la dosis diaria promedio de mantenimiento de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Se asignan DDDs a cada principio activo en una clase terapéutica por un consenso internacional de expertos. Por ejemplo, la DDD para aspirina oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria de mantenimiento para tratar dolor en adultos. Las DDDs no necesariamente reflejan la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Las DDDs pueden ser agregados en una misma o varias clases terapéuticas de la Clasificación Anatómica Terapéutica (Anatomic Therapeutic Classification-ATC, por sus siglas en inglés). Para mayor detalle consultar www.whocc.no/atcdd.

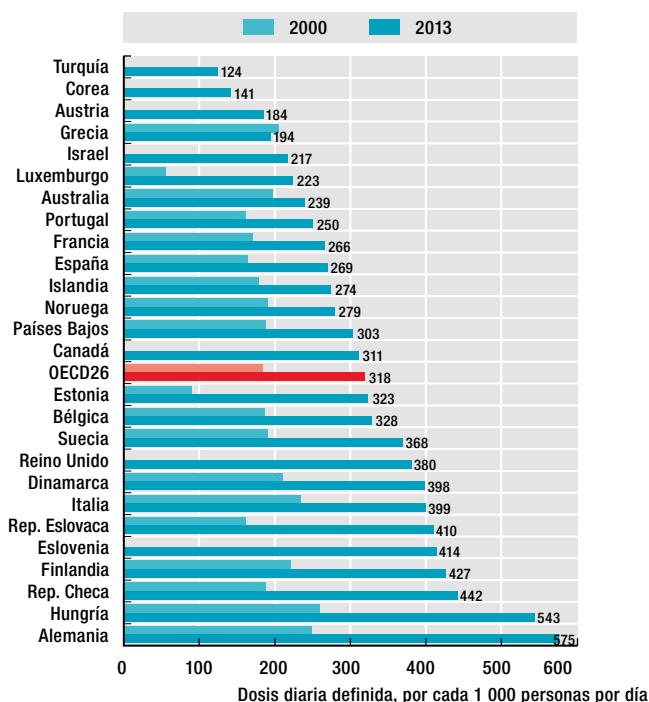
El volumen de consumo de medicamentos para la hipertensión presentado en la Figura 10.8 se refiere a la suma de cinco categorías ATC2 que pueden ser prescritas para tratar la hipertensión (antihipertensivos, diuréticos, agentes beta bloqueadores, bloqueadores de canal de calcio y los que actúan en el sistema renina-angiotensina).

Los datos generalmente se refieren al consumo en consulta externa solamente, excepto en la República Checa, Estonia, Italia y Suecia, donde incluyen también consumo en hospital. Los datos para Canadá se refieren solamente a tres provincias (British Columbia, Manitoba y Saskatchewan). Los datos para España se refieren a consumo en consulta externa de medicamentos de prescripción cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (seguridad pública). Los datos para Luxemburgo son subestimados debido a la inclusión parcial de productos con múltiples ingredientes activos.

Referencias

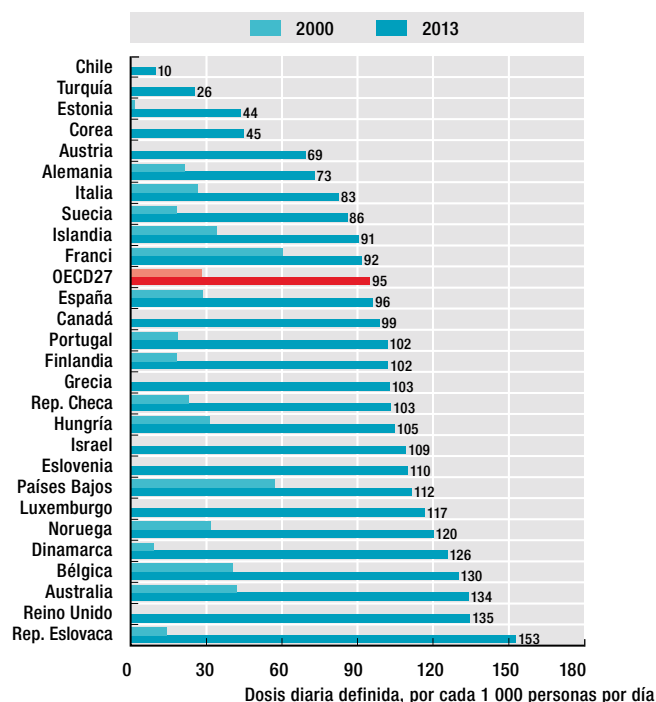
- Grandfils, N. and C. Sermet (2009), “Evolution 1998-2002 of the Antidepressant Consumption in France, Germany and the United Kingdom”, Document de travail IRDES, No. 21, París.
- Moore, M. et al. (2009), “Explaining the Rise in Antidepressant Prescribing: A Descriptive Study Using the General Practice Research Database”, British Medical Journal, Vol. 339:b3999.
- 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>.
- OECD (2014), Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.

10.8. Consumo de medicamentos antihipertensivos, 2000 y 2013 (o años más cercanos)



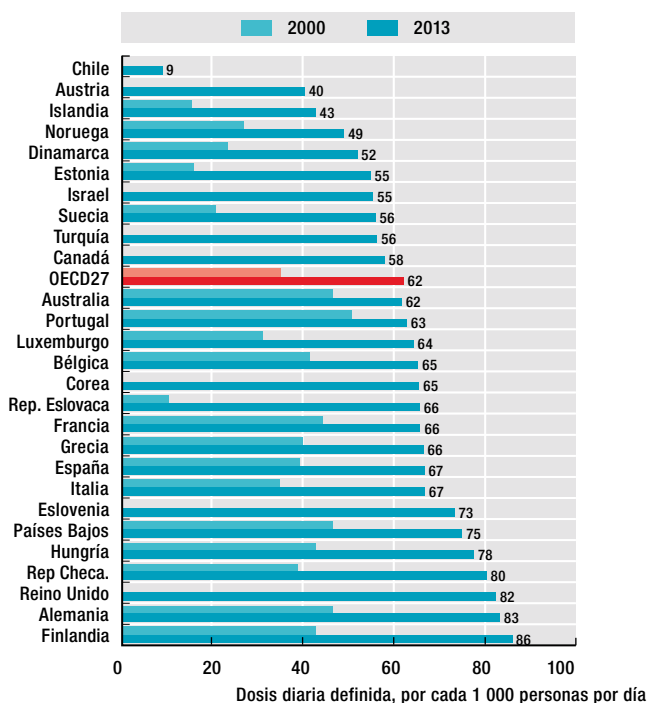
Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281342>

10.9. Consumo de medicamentos para bajar el colesterol, 2000 y 2013 (o años más cercanos)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281342>

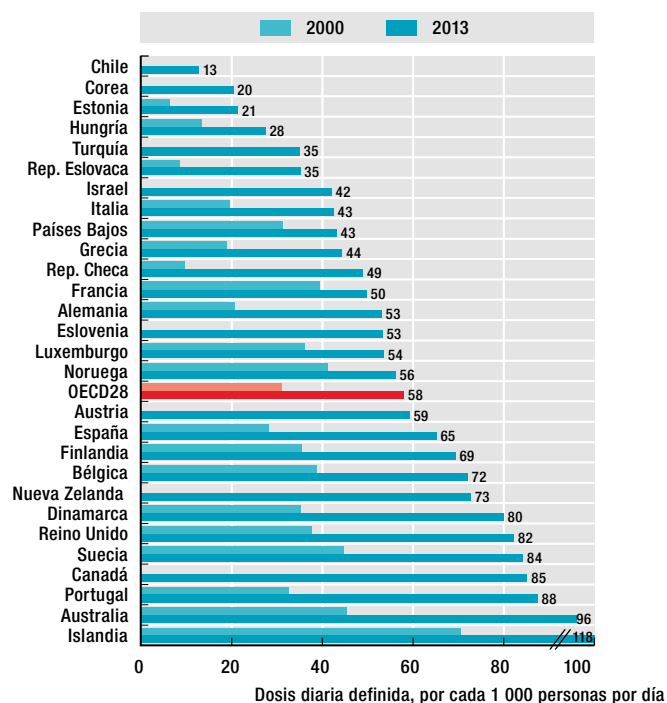
10.10. Consumo de medicamentos antidiabéticos, 2000 y 2013 (o años más cercanos)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281342>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

10.11. Consumo de antidepresivos, 2000 y 2013 (o años más cercanos)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281342>

Participación del mercado de genéricos

Todos los países de la OCDE consideran el desarrollo de mercados de genéricos como una buena oportunidad para incrementar la eficiencia del gasto en medicamentos, pero muchos no explotan plenamente el potencial de los genéricos (Figura 10.12). En 2013 los genéricos representaron más de tres cuartas partes del volumen de medicamentos vendidos en los Estados Unidos, el Reino Unido, Chile, Alemania y Nueva Zelanda, mientras que en Luxemburgo, Suiza, Italia y Grecia representaron menos de una cuarta parte del mercado.

Algunas diferencias en la penetración de los genéricos pueden ser explicadas por las estructuras de mercado, notablemente el número de medicamentos sin patente y las prácticas de prescripción, pero la aceptación de genéricos depende en buena medida de las políticas implantadas por los países (EGA, 2011; Vogler, 2012). Varios países han aumentado sus esfuerzos de impulsar la adopción de genéricos desde la crisis económica en 2008.

La prescripción en denominación común internacional (International Non-proprietary Name – INN, por sus siglas en inglés) se permite en dos tercios de los países de la OCDE y es obligatoria en algunos cuantos países (por ejemplo, Estonia desde 2010, Portugal y España desde 2011, y Francia desde 2015). De forma similar, se permite a los farmacéuticos sustituir medicamentos de marca por genéricos en la mayoría de los países de la OCDE. Aunque la sustitución con genéricos es obligatoria en algunos países (por ejemplo, Dinamarca, Finlandia, España, Suiza, Italia), estos productos tienen una alta penetración en Nueva Zelanda y el Reino Unido, sin existir obligatoriedad en la sustitución.

Los incentivos financieros para médicos, farmacéuticos y pacientes se han implantado para impulsar el desarrollo del mercado de genéricos. Por ejemplo, Francia introdujo (en 2009 y 2012) incentivos para los médicos generales por la prescripción de genéricos a través de un esquema de pago por receta (pago por desempeño), y Japón (en 2012) incrementó la proporción de genéricos en el total de prescripciones con un bono.

Las farmacias frecuentemente reciben como pago un margen de beneficios con base en el precio de los medicamentos. Algunos países han revisado esta forma de desincentivar la sustitución de un medicamento más caro por un genérico. En Francia se garantiza a los farmacéuticos un margen de beneficio equivalente, y en Suiza los farmacéuticos reciben una cuota por la sustitución con genéricos. En varios países los farmacéuticos tienen la obligación de informar a los pacientes de la posibilidad de tener una alternativa más barata.

Los pacientes tienen un interés financiero en elegir medicamentos más baratos, cuando su co-pago es menor para medicamentos genéricos que para el equivalente. Este es generalmente el caso en todos los sistemas que usan precios de referencia (o una cantidad fija de reembolso) para grupos de productos. En Grecia, los pacientes que eligen medicamentos originales y no genéricos deben pagar la diferencia. En Francia desde 2010, los pacientes que rechazan la sustitución con genéricos tienen que pagar por adelantado sus medicamentos y son reembolsados más adelante.

Estas políticas, asociadas con la expiración de patentes de productos de alta demanda en años recientes, han contribuido al incremento de la participación de mercado de genéricos observada en la última década (Figura 10.13). En Portugal, el mercado de reembolso de genéricos creció de

virtualmente cero en 2000, a 39% en volumen y 23% en valor en 2013. En España, el mercado de reembolso de genéricos alcanzó 47% en volumen y 21% en valor en 2013, a diferencia de 3% en 2000. Más allá de impulsar la adopción de genéricos, es importante promover que éstos tengan el precio más bajo posible. Por ejemplo, la Figura 10.12 sugiere que la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el genérico es mucho más alta en el Reino Unido que en Alemania.

Una forma de ejercer presión en los precios de genéricos son las licitaciones, que se han empleado con cierto éxito en Nueva Zelanda, los Países Bajos y Alemania. Sin embargo, muchos países prefieren regular el precio de acceso al mercado de los genéricos con referencia al precio del medicamento original (práctica que se conoce como “vinculación de precio de genéricos”). Varios países han incrementado esta brecha recientemente. En Canadá varias provincias introdujeron o redujeron el precio de reembolso de los genéricos incluidos en los formularios de planes públicos desde 2010. Como resultado, el precio máximo de los genéricos es alrededor del 25% del de los productos de marca (PMPRB, 2015). Francia y Grecia también aumentaron la diferencia entre los precios del original y el genérico a 40% y 60% respectivamente (Belloni et al., próxima publicación).

Definición y comparabilidad

Un genérico se define como un medicamento que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa en sustancia activa y la misma forma farmacéutica que el producto de referencia, y cuya bioequivalencia con éste ha sido demostrada. Pueden ser clasificados en genéricos de marca (genéricos con una marca específica) y genéricos sin marca (que usan la denominación común internacional y el nombre del fabricante).

En muchos países los datos cubren el total del consumo de medicamentos. Sin embargo, muchos otros proporcionan datos que cubren únicamente el mercado comunitario de medicamentos o el mercado de medicamentos reembolsables.

La participación del mercado de genéricos expresada en valor puede ser el volumen de ventas de las empresas farmacéuticas, la cantidad pagada por medicamentos por terceros, o la cantidad pagada por terceros y consumidores. La participación del mercado de genéricos en volumen puede ser expresada en DDDs o número de empaques/cajas o unidades estándar.

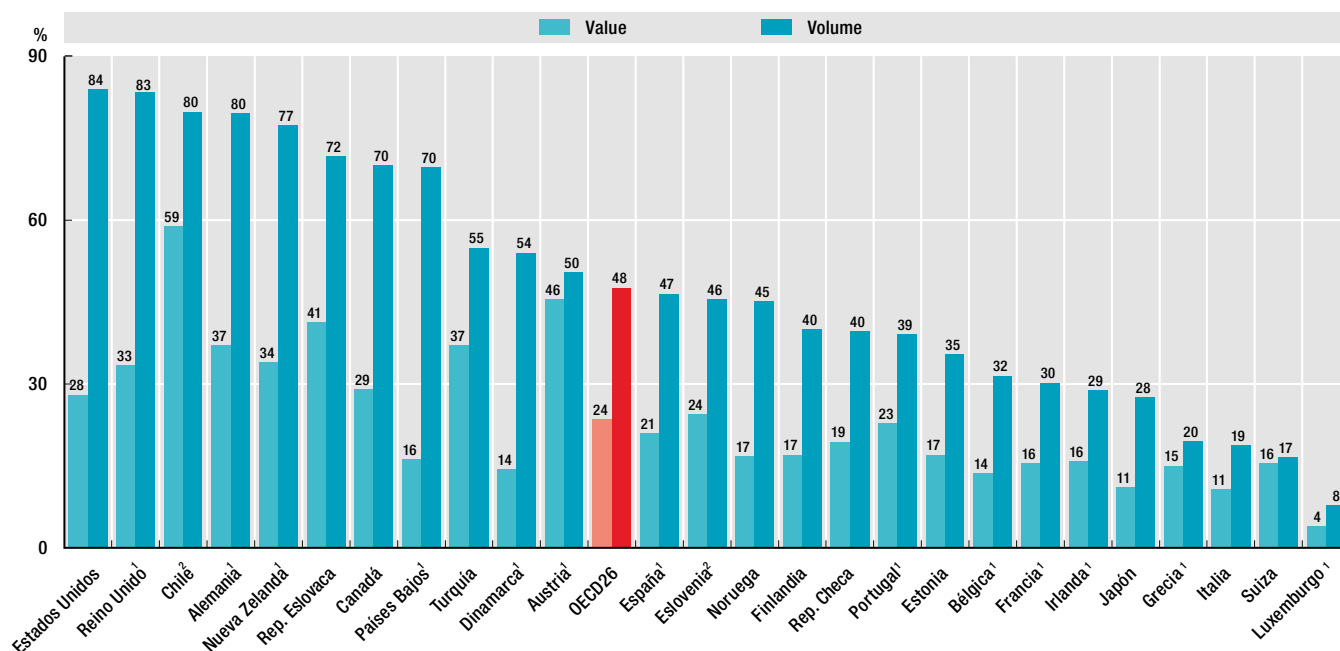
Referencias

- Belloni, A., D. Morgan and V. Paris (forthcoming), “Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges”, OECD Working Paper, OECD Publishing, París.
- EGA – European Generic Medicines Association (2011), Market Review – The European Generic Medicines Market EGA.
- PMPRB – Patented Medicine Prices Review Board (2015), NPDUI CompassRx: Annual Public Drug Plan Expenditure Report 2012/13, 1^{ra} Edición.
- Vogler, S. (2012), “The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on Generic Uptake: Implementation of Policy Options on Generics in 29 European Countries – An Overview”, Generics and Biosimilars Initiative Journal, Vol. 1, No. 2, pp. 44-51.

10. SECTOR FARMACÉUTICO

Participación del mercado de genéricos

10.12. Participación de genéricos en el total del mercado de medicamentos, 2013 (o año más cercano)

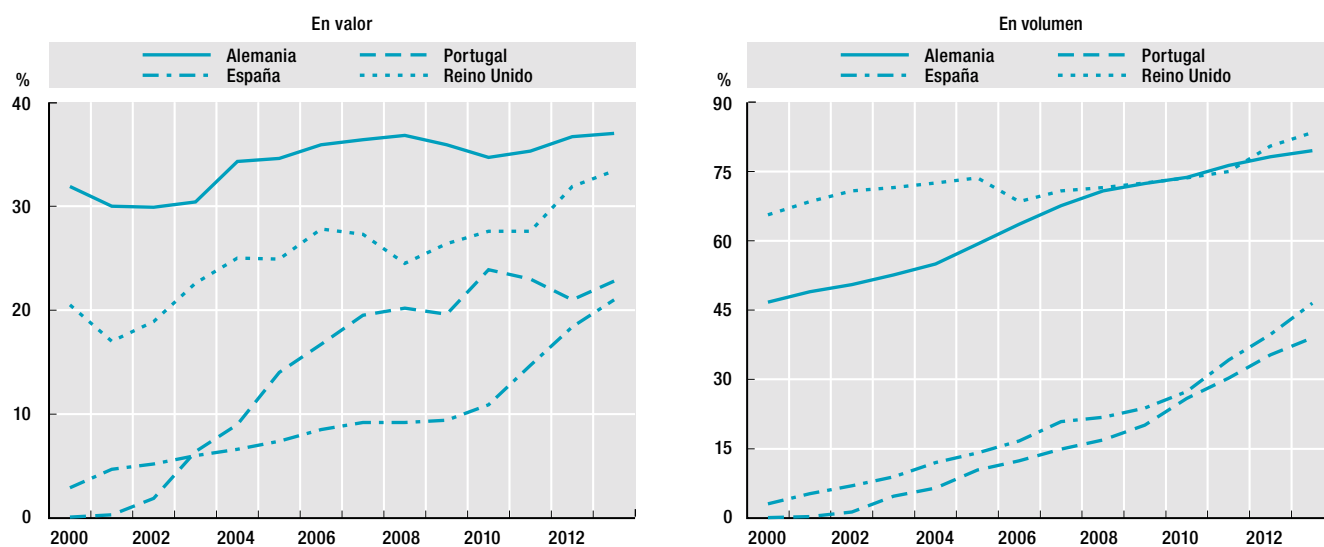


1. Mercado de medicamentos reembolsados.
2. Mercado de farmacias comunitarias

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281352>

10.13. Tendencia en participación de los genéricos en el mercado de medicamentos reembolsables, selección de países, 2000-2013



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281352>

10. SECTOR FARMACÉUTICO

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

La industria farmacéutica dedica una importante cantidad de recursos a la investigación y desarrollo (R&D, por sus siglas en inglés). En 2011, la industria invirtió 92 mil millones de dólares en investigación y desarrollo (OECD, 2015). Esta cantidad representa entre el 10 y el 15% de las utilidades de la industria.

Si bien las empresas farmacéuticas y de biotecnología son los más importantes contribuyentes a la investigación farmacéutica, el financiamiento de R&D es una compleja mezcla de fondos públicos y privados. La industria recibe créditos tributarios por R&D en muchos países, y el desarrollo de medicamentos se apoya fuertemente en el conocimiento e innovaciones derivados de otros sectores, incluyendo educación superior y NGOs (Kezselheim et al., 2015).

En todo el mundo, la mayor actividad en investigación y desarrollo farmacéutico tiene lugar en países de la OCDE. En 2011, la industria farmacéutica invirtió cerca de 50 mil millones de dólares en R&D en los Estados Unidos, 11.5 mil millones en Japón, 5.2 en Alemania y 3.7 en Francia. Como proporción del PIB, el gasto de la industria farmacéutica en R&D más alto se presentó en Suiza (0.63%), Bélgica (0.45%), Eslovenia (0.45%) y Dinamarca (0.36%) (Figura 10.14). En los Estados Unidos y Japón, los porcentajes fueron de 0.30 y 0.26 respectivamente.

En algunos países la investigación farmacéutica representa un cuarto a un tercio del gasto privado total en investigación y desarrollo, lo que refleja un alto grado de especialización. Este es el caso en Bélgica (31%), Suiza (30%), el Reino Unido (28%), Hungría (26%) y Eslovenia (25%). En los Estados Unidos y Japón el 16% y 10% de investigación privada respectivamente se dedicó a investigación farmacéutica.

El gasto en investigación y desarrollo en la industria farmacéutica en los países de la OCDE se duplicó en términos reales entre 2000 y 2011 (Figura 10.15). El más alto crecimiento del gasto se presentó en los Estados Unidos (+85%), seguido de Japón (+76%) y Europa (+38%). Fuera de la OCDE, China ha visto un incremento en el gasto en investigación farmacéutica de 3.4 veces durante ese período.

¿Acaso este incremento en el gasto en investigación y desarrollo se puede asociar con mayor rendimiento o productividad? En los Estados Unidos, el más grande desarrollador de medicamentos del mundo, el número anual de aprobaciones de nuevos medicamentos, formulaciones o indicaciones es de más del doble desde 1970 (Figura 10.16). Sin embargo, cuando se compara con el gasto en investigación y desarrollo en ese mismo período (ajustado por inflación), el número de aprobaciones por cada mil millones de dólares invertidos en investigación y desarrollo se ha reducido en un factor de 15 (Figura 10.16). Las razones detrás de esta observación probablemente serán complejas. Los costos de desarrollo se han incrementado por los crecientes requisitos para obtener aprobación regulatoria. También pueden ser un factor las tasas más altas de fracaso, así como un catálogo cada vez mayor de medicamentos efectivos. También se han sugerido problemas más fundamentales con el modelo actual de R&D y proyectos de desarrollo (Scannell et al., 2012). Las decisiones riesgo-beneficio tomadas por la industria sobre los objetivos de R&D también pueden estar en función de la respuesta al eventual nuevo producto del regulador, del pagador y la comunidad. Desde luego, la tendencia a la baja

puede revertirse en los próximos años por cambios en el modelo de R&D o el surgimiento de nuevas tecnologías (por ejemplo, la medicina de precisión).

Definición y comparabilidad

El gasto de las compañías en investigación y desarrollo (BERD, por sus siglas en inglés), cubre las actividades de R&D llevadas a cabo en el sector privado por firmas e institutos de investigación, sin considerar el origen de los fondos. Esto incluye a todas las firmas, organizaciones e instituciones cuya actividad primaria es la producción de bienes y servicios para venta al público en general a un precio económicamente significativo, y las instituciones privadas y sin fines de lucro que les sirven. El BERD se registra en el país donde la actividad de investigación y desarrollo tuvo lugar, no en el lugar de origen de las organizaciones que financian la actividad.

Los datos son proporcionados por los países participantes usando encuestas. Al evaluar los cambios en el BERD a lo largo del tiempo, es necesario tomar en cuenta los cambios en métodos y rompimientos en las series, principalmente en términos de extensión de la cobertura de la encuesta, particularmente en el sector de servicios, y la privatización de firmas públicas. La identificación de actores nuevos y ocasionales en R&D es también un desafío, y los países de la OCDE utilizan diferentes enfoques en sus encuestas BERD.

El Producto Interno Bruto (PIB, o GDP, por sus siglas en inglés) es igual al consumo final más la formación de capital bruto más exportaciones netas. El consumo final de los hogares incluye bienes y servicios usados por las familias o la comunidad para satisfacer sus necesidades individuales. Incluye el gasto final de consumo de los hogares, el gobierno general e instituciones sin fines de lucro que dan servicio a las familias. En países como Irlanda y Luxemburgo, donde una proporción importante del PIB se refiere a ingresos por exportación que no están disponibles para consumo nacional, el Producto Nacional Bruto (PNB, GNI, por sus siglas en inglés) puede ser una medida más apropiada que el PIB.

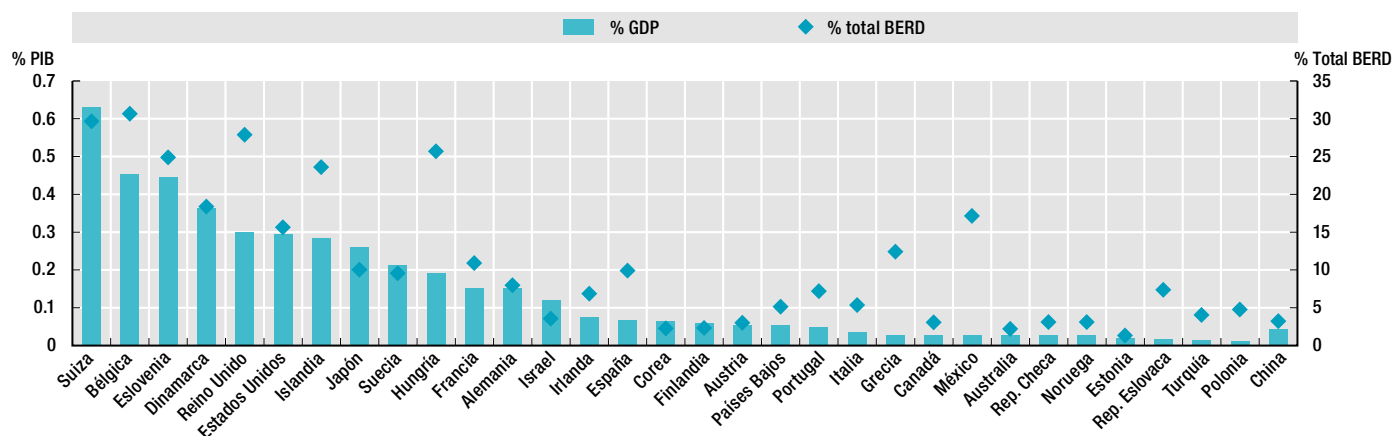
Referencias

- Kezselheim, A., Y. Tan and J. Avorn (2015), "The Roles of Academia, Rare Diseases, and Repurposing in the Development of the Most Transformative Drugs", *Health Affairs*, Vol. 34, pp. 286-293.
- OECD (2015), *Main Science and Technology Indicators Database* online, available at: www.oecd.org/sti/msti.htm [accessed 8 Julio 2015].
- Scannell, J. et al. (2012), "Diagnosing the Decline in Pharmaceutical R&D Efficiency", *Nature Reviews Drug Discovery*, pp. 191-200.

10. SECTOR FARMACÉUTICO

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

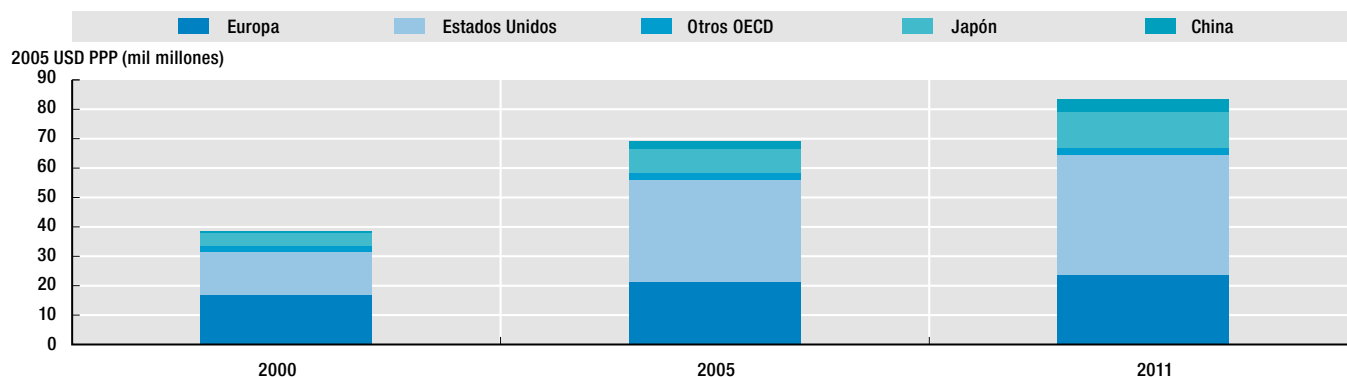
10.14. Gasto de las compañías en investigación y desarrollo (BERD) en la industria farmacéutica como porporción del PIB y del BERD total, 2011 (o año más cercano)



Fuente: OECD Main Science and Technology Indicators Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281362>

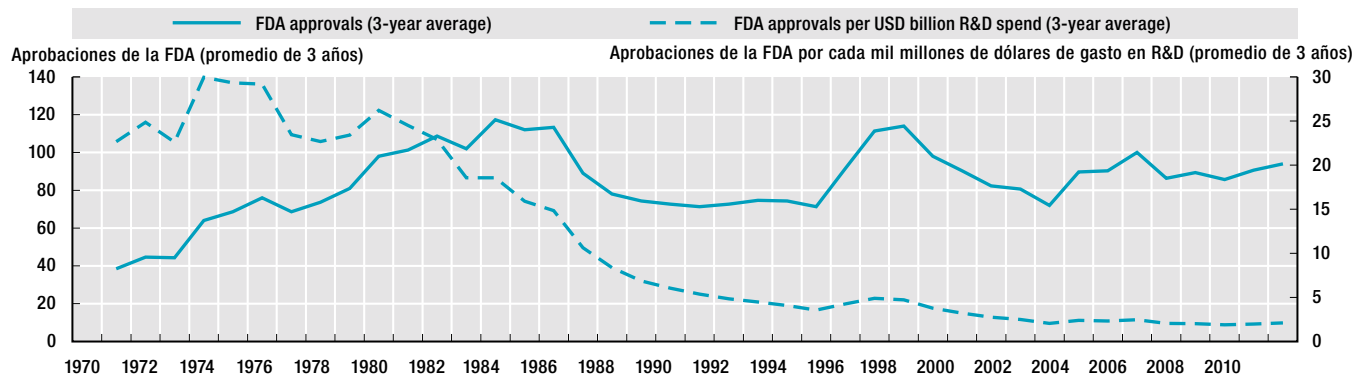
10.15. Gasto de las compañías en investigación y desarrollo (BERD) en el sector farmacéutico por región en 2000, 2005 y 2011 (o años más cercanos) en 2005 USD PPP



Fuente: OECD Main Science and Technology Indicators Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281362>

10.16. Aprobaciones de la FDA de medicamentos, por cada mil millones de dólares de gasto en R&D (índexado a dólares de 2008)



Source:

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281362>

Fuente: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA); Food and Drug Administration (FDA); Scannell et al (2012).





11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Tendencias demográficas

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

Reportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad

Prevalencia de demencia

Receptores de cuidado de largo plazo

Cuidadores informales

Trabajadores de cuidados de largo plazo

Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales

Gasto en cuidados de largo plazo

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin prejuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Tendencias demográficas

La esperanza de vida más larga (ver el indicador “Esperanza de vida” en el Capítulo 3) y las tasas de fertilidad decrecientes significan que las personas mayores representan una proporción cada vez mayor de la población de los países de la OCDE.

En promedio en los países de la OCDE, la proporción de población de más de 65 años de edad se ha incrementado de menos de 9% en 1960 a 15% en 2010, y se espera que casi se duplique en las próximas cuatro décadas para alcanzar 27% en 2050 (Figura 11.1, panel izquierdo). En alrededor de dos tercios de los países de la OCDE, al menos una cuarta parte de la población tendrá más de 65 años de edad en 2050. Se espera que esta proporción sea especialmente grande en Japón, Corea y España donde casi 40% de la población tendrá más de 65 años en 2050. El envejecimiento de la población también crecerá en China, donde se espera que la proporción de población de más de 65 años se triplique entre 2010 y 2050, para alcanzar un nivel apenas menor al promedio de la OCDE. En contraste, Israel, los Estados Unidos y México tendrán un incremento más gradual en la proporción de población de la tercera edad, debido a importantes flujos de inmigrantes y tasas de fertilidad más altas.

El crecimiento de la proporción de población de 80 años de edad y mayores será aún más dramático (Figura 11.1, panel derecho). En promedio en los países de la OCDE, 4% de la población en 2010 tenía 80 años de edad o más. En 2050 este porcentaje se incrementará a 10%. En Japón, España y Alemania, se espera que la proporción de población de más de 80 años de edad se triplique entre 2010 y 2050 (creciendo de 6% a 16% en Japón y de 5% a 15% en España y Alemania). El crecimiento será aún más pronunciado en Corea, donde la proporción de población de más de 80 años crecerá de 2% a 14% en las próximas cuatro décadas. En China el incremento será similar, con la proporción de población de más de 80 años aumentando de 1% a 8%.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que afecta a casi todos los países alrededor del mundo, pero la rapidez del proceso varía (Figura 11.2). La rapidez del envejecimiento de la población es particularmente marcada en la Unión Europea, donde la proporción de población de 80 años y mayores se incrementó de 1.5% en 1960 a casi 5% en 2010,

y se espera que crezca a 11% en 2050. El ritmo de envejecimiento de la población es menor en otras partes del mundo, aunque se espera que se acelere en las próximas décadas. En los países socios grandes, incluyendo Brasil, China, India, Indonesia y Sudáfrica, solo 2% de la población tenía 80 años o más en 2010, pero se espera que esta proporción alcance 5% en 2050.

Aunque la presión que esta creciente proporción de personas entre 65 y 80 años de edad pondrán en los sistemas de cuidado de largo plazo dependerá del estado de salud de la gente a medida que alcanzan estas edades, es probable que el envejecimiento de la población cause mayor demanda de cuidados para la población de la tercera edad. Como se espera que disminuya una proporción de la población económicamente activa, el financiamiento de los sistemas de seguridad social y la disponibilidad potencial de mano de obra en la economía también serán afectados. En promedio en los países de la OCDE, había un poco más de cuatro personas en edad de trabajar (entre 15 y 64 años) por cada persona de 65 años y mayores en 2012. La proyección es que esta proporción se reducirá a la mitad, de 4.2 en 2012 a 2.1 en promedio en los países de la OCDE en los siguientes 40 años (OECD, 2013).

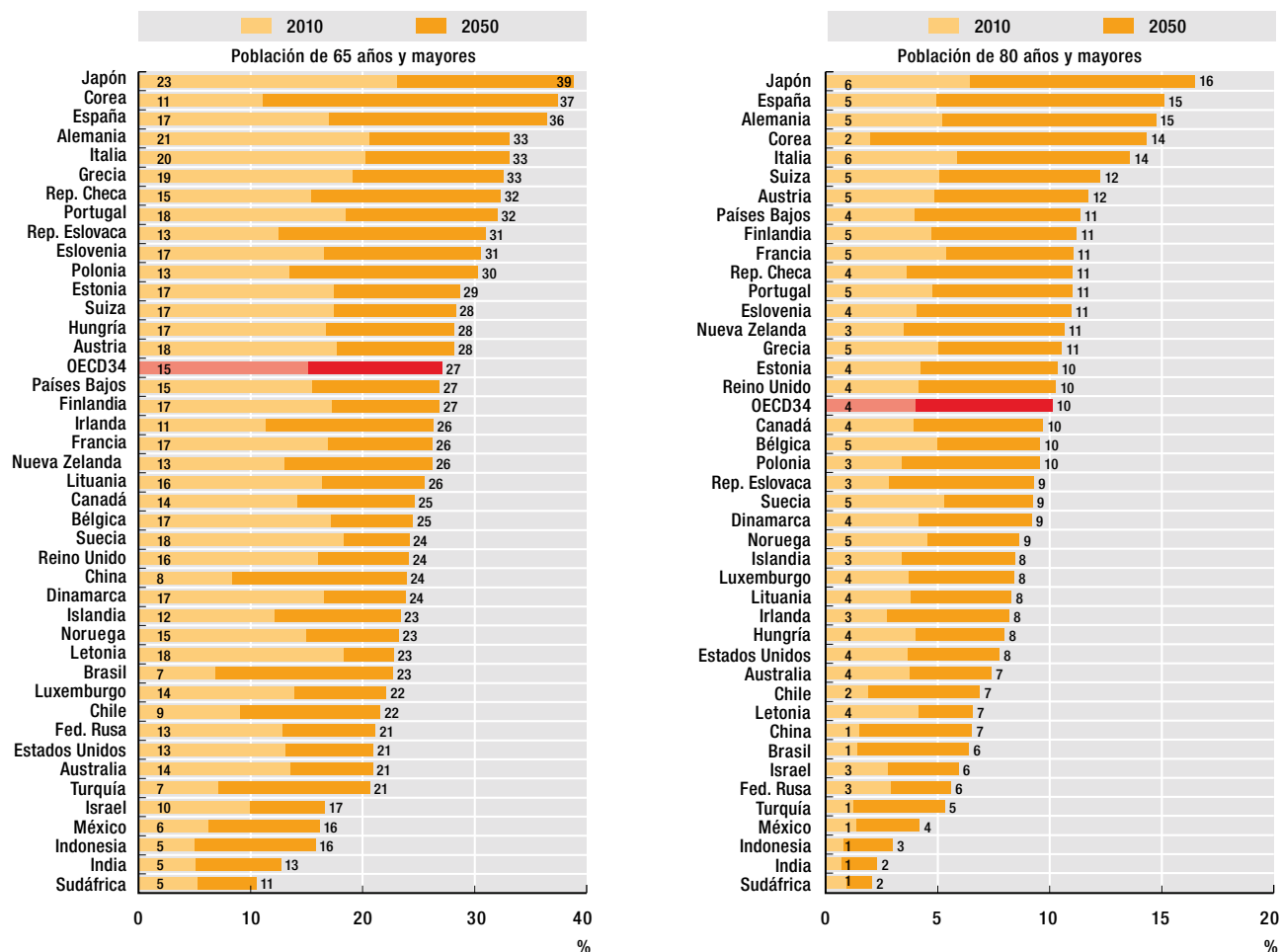
Definición y comparabilidad

Los datos sobre la estructura de la población se han obtenido de OECD Historical Population Data and Projections (1950-2050). Las proyecciones se basan en la más reciente variante media de proyecciones de población de las Naciones Unidas, World Population Prospects – Revisión 2012.

Referencias

OECD (2013), OECD Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 Indicators, OECD Publishing, París,
http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-en.

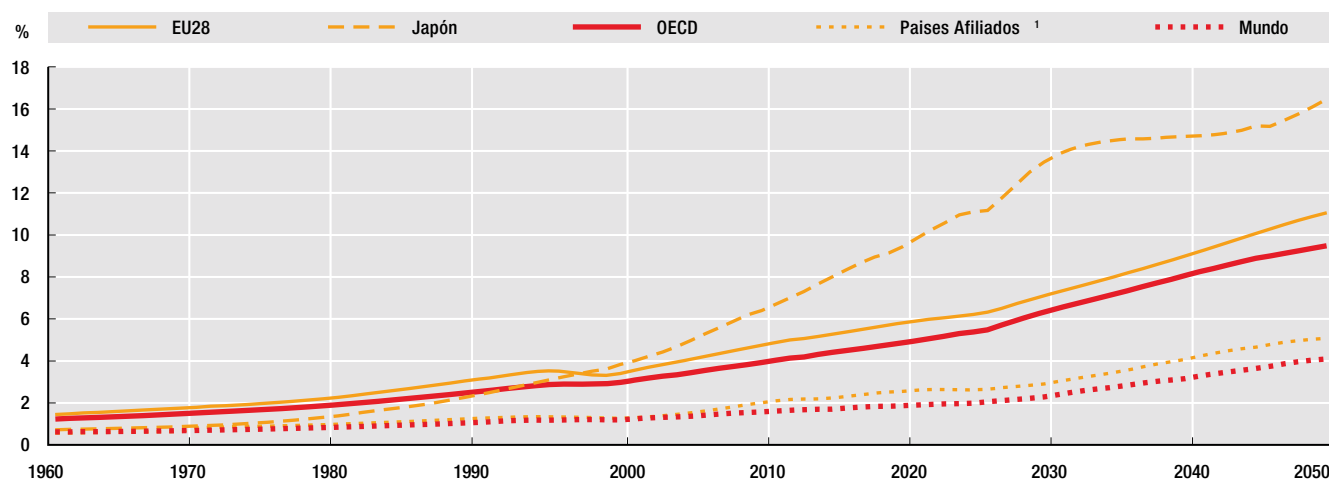
11.1. Proporción de población de más de 65 y 80 años de edad, 2010 y 2050



Fuente: OECD Historical Population Data and Projections, 2015

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281371>

11.2. Tendencias en la proporción de población de más de 80 años, 1960 - 2050



1. Los países socios incluyen a Brasil, China, India, Indonesia, Letonia, Lituania, Rusia y Sudáfrica.

Fuente: OECD Historical Population Data and Projections, 2015

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281371>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

La esperanza de vida a los 65 años de edad se ha incrementado significativamente para hombres y mujeres en las últimas décadas en todos los países de la OCDE, en 5.5 años en promedio desde 1970 (Figura 11.3). Algunos de los factores que explican este aumento en la esperanza de vida son los avances en cuidados médicos combinados con mayor acceso a servicios de salud, estilos de vida más saludables y mejores condiciones de vida antes y después de llegar a los 65 años de edad.

Japón y Corea han alcanzado los mejores avances en esperanza de vida a los 65 años de edad desde 1970, con un incremento de casi ocho años. Los avances han sido mucho más modestos en Hungría, la República Eslovaca y México, con un incremento de aproximadamente tres años.

En 2013 en los países de la OCDE, las personas con 65 años de edad podían esperar vivir otros 19.5 años: 21 años las mujeres y 18 años los hombres (Figura 11.4). Esta brecha de género de tres años en promedio en los países de la OCDE ha sido relativamente estable a lo largo del tiempo. En 2013 la más alta esperanza de vida a los 65 años de edad la tenía Japón para mujeres (24 años) y Suiza para hombres (casi 20 años), seguidos de Francia en ambos casos. Entre los países de la OCDE, la menor esperanza de vida la tenía Hungría tanto para hombres como para mujeres.

Las posiciones relativas de los países con respecto a esperanza de vida a los 65 años de edad reflejan en buena medida sus posiciones relativas en cuanto a esperanza de vida a los 80 años de edad. La mayor esperanza de vida a los 80 años en 2013 la tenían Francia y Japón para mujeres (que podían esperar vivir 11.5 años más), y para hombres Francia y España (que podrían esperar vivir más de 9 años). El aumento de esperanza de vida a los 65 años de edad no necesariamente significa que los años siguientes se vivan con buena salud. En Europa se calcula regularmente un indicador conocido como “años de vida saludable”, que representa la esperanza de vida libre de discapacidades con base en una pregunta general sobre discapacidad en la Encuesta de la Unión Europea de Ingreso y Condiciones de Vida (European Union Survey of Income and Living Conditions, EU-SILC). Dado que el indicador se ha desarrollado recientemente, no se dispone de series de datos temporales largas, y se siguen haciendo esfuerzos para mejorar su comparabilidad.

Entre los países europeos que participan en la encuesta, el número promedio de años de vida saludable a los 65 años de edad en 2013 era casi igual para hombres y mujeres, 9.5 años para mujeres y 9.4 para hombres (Figura 11.5). La ausencia de una brecha de género significa que muchos de los años adicionales de vida de las mujeres con respecto a los hombres se viven con algún tipo de limitación de actividad. Los países nórdicos (excepto Finlandia) tuvieron el número más alto de años de vida saludable a los 65 en 2013, con una esperanza de 15 años adicionales sin discapacidad en promedio para mujeres y hombres en Islandia y Noruega.

La esperanza de vida y la esperanza de vida saludable a los 65 años de edad varían con el nivel de escolaridad. Tanto mujeres como hombres con niveles altos de educación pueden esperar vivir más tiempo con mejor salud. Las diferencias en esperanza de vida según el nivel de escolaridad son particularmente marcadas en los países de Europa Central y del Este, especialmente para hombres. En la República Checa, los hombres de 65 años de edad con un nivel de educación alto podían esperar vivir 7 años más que quienes tenían un nivel de educación más bajo en 2012. En contraste, las diferencias en esperanza de vida por nivel de educación son mucho menores (de menos de dos años) en los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) y Portugal (Eurostat Database, 2015).

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida mide el promedio de años que una persona de una cierta edad puede esperar vivir, si las tasas de mortalidad no cambian. Sin embargo, la tasa de mortalidad específica por edad para una cohorte particular no puede conocerse anticipadamente. Si las tasas bajan, como ha sido el caso en las últimas décadas en los países de la OCDE, los tiempos de vida reales serán más altos que el cálculo de esperanza de vida con las tasas de mortalidad actuales. La metodología empleada para calcular la esperanza de vida puede variar ligeramente entre países, lo que puede cambiar las estimaciones por fracciones de año.

La esperanza de vida 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 anualmente para países de la Unión Europea y algunos de la Asociación Europea de Libre Comercio (European Free Trade Association, EFTA, por sus siglas en inglés). La medida de discapacidad es el Indicador Global de Limitación de Actividad (Global Activity Limitation Indicator, GALI, por sus siglas en inglés) que viene de la encuesta EU-SILC. El GALI mide las limitaciones en actividades normales debido a problemas de salud. El indicador de años de vida saludable es el que mejor comparabilidad tiene hasta el momento, pero aún existen problemas con la traducción de la pregunta de GALI, aunque sí parece reflejar satisfactoriamente otras medidas de salud y discapacidad (Jagger et al., 2010).

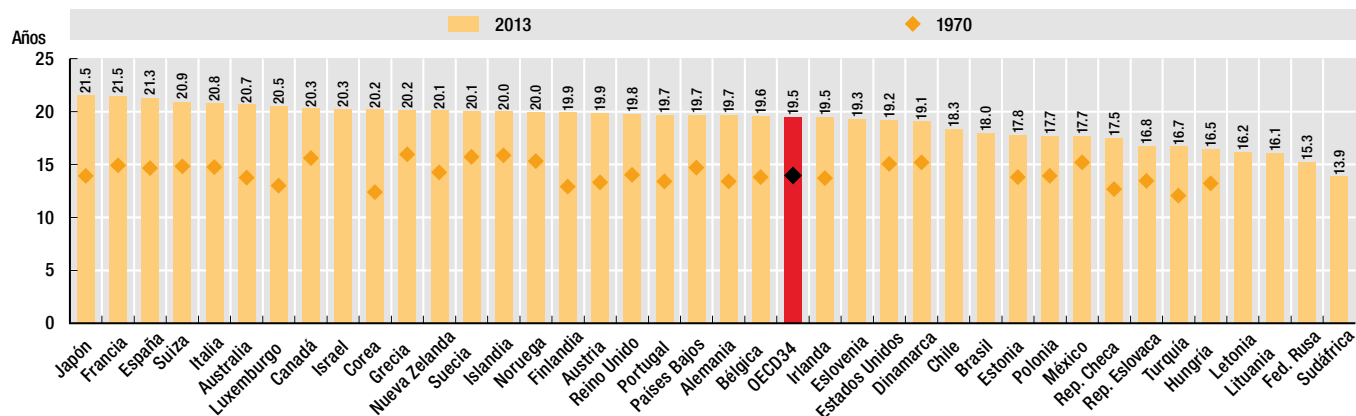
Referencias

Jagger, C. et al. (2010), “The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly across European Countries”, *Journal of Clinical Epidemiology* Vol. 63, pp. 892-899.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

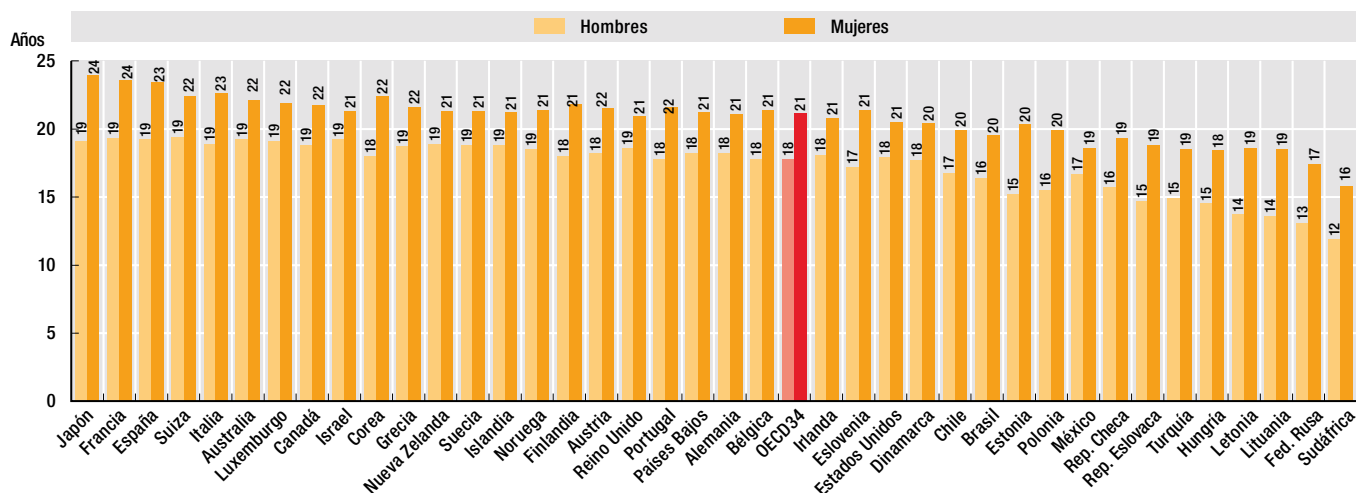
11.3. Esperanza de vida a los 65 años de edad, 1970 y 2013 (o años más cercanos)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281383>

11.4. Esperanza de vida a los 65 años de edad por género, 2013 (o año más cercano)

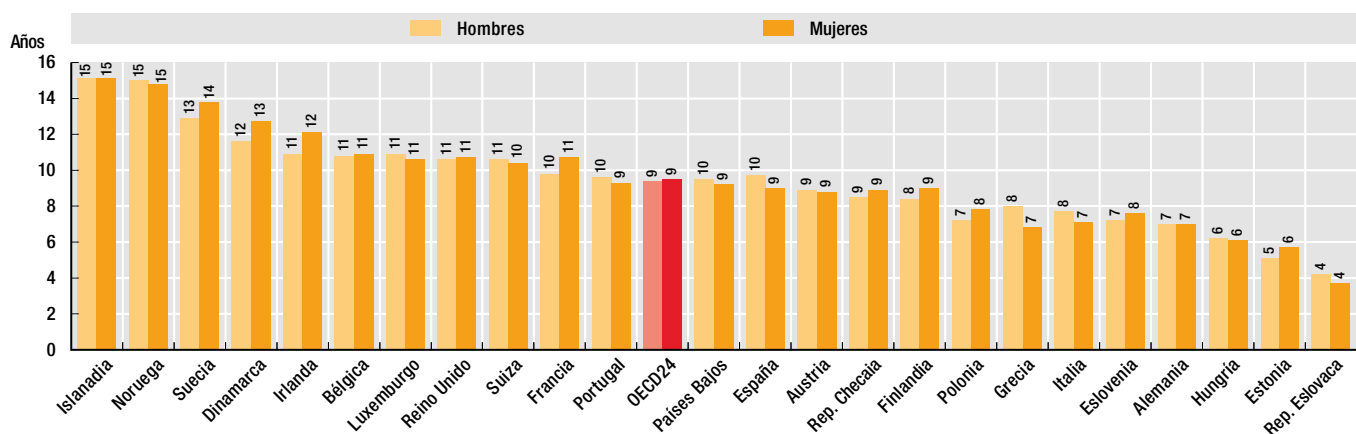


Nota: Los países están clasificados en orden descendente de esperanza de vida para el total de la población.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281383>

11.5. Años de vida saludable a los 65 años de edad, países europeos, 2013



Nota: Los países están clasificados en orden descendente de esperanza de vida para el total de la población.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281383>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

Reportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad

La mayoría de los países de la OCDE llevan a cabo regularmente encuestas de salud que permiten a los encuestados reportar sobre diferentes aspectos de su salud. Estas encuestas con frecuencia incluyen una pregunta sobre la propia percepción del estado de salud en el sentido “¿Cómo calificaría su salud en general?” Aunque estas preguntas son subjetivas, se ha identificado que los indicadores de percepción de salud en general son una buena forma de predecir el uso de servicios de salud y mortalidad en el futuro (DeSalvo, 2005; Bond et al., 2006). Sin embargo, las diferencias entre países pueden ser difíciles de interpretar, pues las preguntas pueden variar y las respuestas pueden ser afectadas por factores culturales.

Manteniendo en mente estas limitaciones, más de la mitad de la población de 65 años de edad y mayores reportan tener un buen estado de salud en 13 de 34 países de la OCDE (Figura 11.6). Las tasas más altas se encuentran en Nueva Zelanda, Canadá y los Estados Unidos, donde más de tres cuartas partes de la población en ese grupo de edad reportan tener buena salud, pero las categorías de respuesta presentadas a los encuestados en esos tres países son diferentes de las de otros, lo que introduce un sesgo ascendente en los resultados (ver el recuadro “Definición y comparabilidad”). Entre los países europeos, la gente mayor en Suecia, Suiza, Noruega e Irlanda da los mejores reportes de estado de salud, con más del 60% valorándola como buena.

En el límite inferior de la escala, menos del 20% de los mayores de 65 años en Portugal, Estonia, Polonia, Turquía, la República Eslovaca y Corea reportan tener buena salud. En casi todos los países es más probable que los hombres mayores de 65 años reporten tener buena salud que las mujeres. En promedio en los países de la OCDE, 47% de los hombres de más de 65 años, y 41% de las mujeres, consideran su salud buena.

El porcentaje de población de 65 años y mayores que consideran su salud buena o muy buena se ha mantenido estable en los últimos 30 años en la mayoría de los países donde se dispone de series de datos temporales largas. Ha habido una mejora significativa en los Estados Unidos, donde la proporción creció de 65% en 1982 a 77% en 2013.

Las medidas de discapacidad aún no están estandarizadas entre países, lo que limita la posibilidad de hacer comparaciones. En Europa, con base en la encuesta EU Statistics on Income and Living Conditions, la mitad de la población de más de 65 años reportó estar limitada en algún grado o severamente en sus actividades diarias debido a algún problema de salud en 2013 (Figura 11.7). Las cifras oscilan entre una proporción de menos de 25% en Noruega e Islandia a cerca de 75% en la República Eslovaca y cerca de 70% en Estonia. En promedio, en los 25 países europeos de la OCDE, la mayoría reporta tener limitaciones moderadas; y 18% de la población de más de 65 años de edad reportó limitaciones severas, lo que con frecuencia corresponde a necesidades de cuidado de largo plazo.

Es más probable que las mujeres reporten limitaciones severas de actividad debido a algún problema de salud en todos los países europeos incluidos en la encuesta, con excepción de Polonia. La más alta proporción de personas de más de 65 años de edad con limitaciones severas de actividad se reporta en Grecia y la República Eslovaca, seguidas de Italia y Estonia (Figura 11.8).

Definición y comparabilidad

Los reportes de estado de salud reflejan la percepción general que tiene la gente sobre su salud, incluyendo las dimensiones física y psicológica. Los encuestados típicamente responden preguntas como “¿Cómo calificaría su salud en general? Muy buena, buena, regular, frágil, muy frágil”. Estadísticas de Salud OCDE reporta cifras relacionadas con la proporción de personas que califican su salud ya sea como “buena o muy buena”.

Se requiere cautela al hacer comparaciones en la percepción del estado de salud entre países, por lo menos por dos razones. En primer lugar, la valoración que hace la gente de su salud es subjetiva y puede ser afectada por factores culturales. En segundo lugar, existen variaciones en las categorías de preguntas y respuestas utilizadas para medir la percepción de estado de salud entre encuestas y países. En particular, la escala de respuestas utilizada en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, y los Estados Unidos, es asimétrica (sesgada hacia el lado positivo), incluyendo las categorías “excelente, muy buena, buena, razonable, frágil”. Los datos en Estadísticas de Salud OCDE se refieren a los encuestados que responden una de las tres respuestas positivas (“excelente, muy buena, buena”). En contraste, en la mayoría de los demás países de la OCDE la escala es simétrica, con categorías “muy buena, buena, razonable, frágil, muy frágil”. Los datos reportados en estos países se refieren solamente a las primeras dos categorías (“muy buena y buena”). Estas diferencias en las respuestas generan un sesgo ascendente para los países que usan una escala asimétrica.

La percepción general de discapacidad se mide en la encuesta EU-SILC con la pregunta “Al menos en los últimos seis meses, ¿se ha sentido obstaculizado por un problema de salud en las actividades diarias? Sí, muy limitado; Si, limitado; No, no limitado”. Las personas internadas en instituciones no son encuestadas, lo que resulta en una subestimación de la prevalencia de la discapacidad. Nuevamente la medida es subjetiva, y los factores culturales pueden afectar las respuestas.

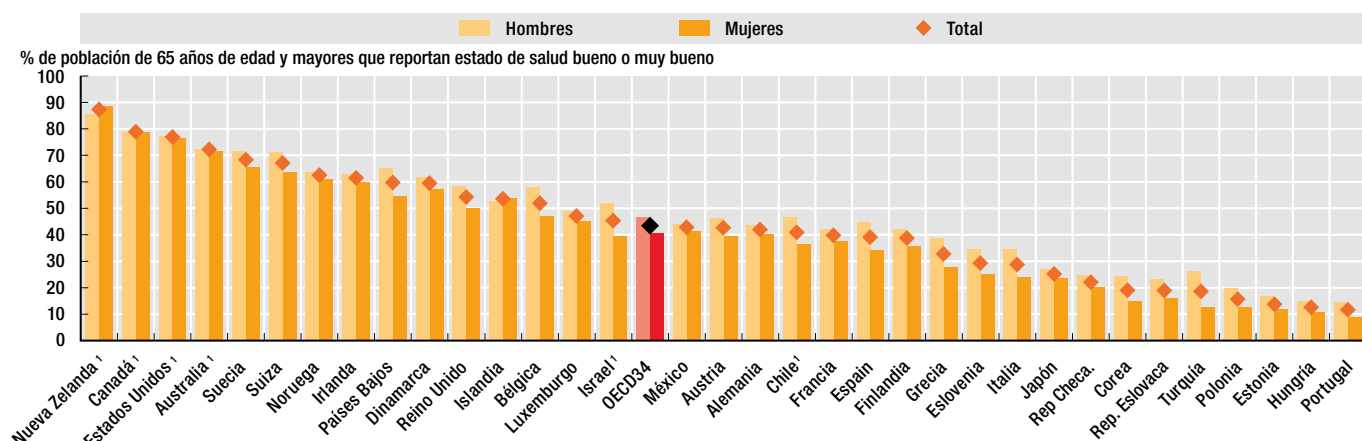
Referencias

- Bond, J. et al. (2006), “Self-rated Health Status as a Predictor of Death, Functional and Cognitive Impairments: A Longitudinal cohort Study”, *European Journal of Ageing* Vol. 3, pp. 193-206.
- DeSalvo, K.B. et al. (2005), “Predicting Mortality and Health-care Utilization with a Single Question”, *Health Services Research*, Vol. 40, pp. 1234-1246.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

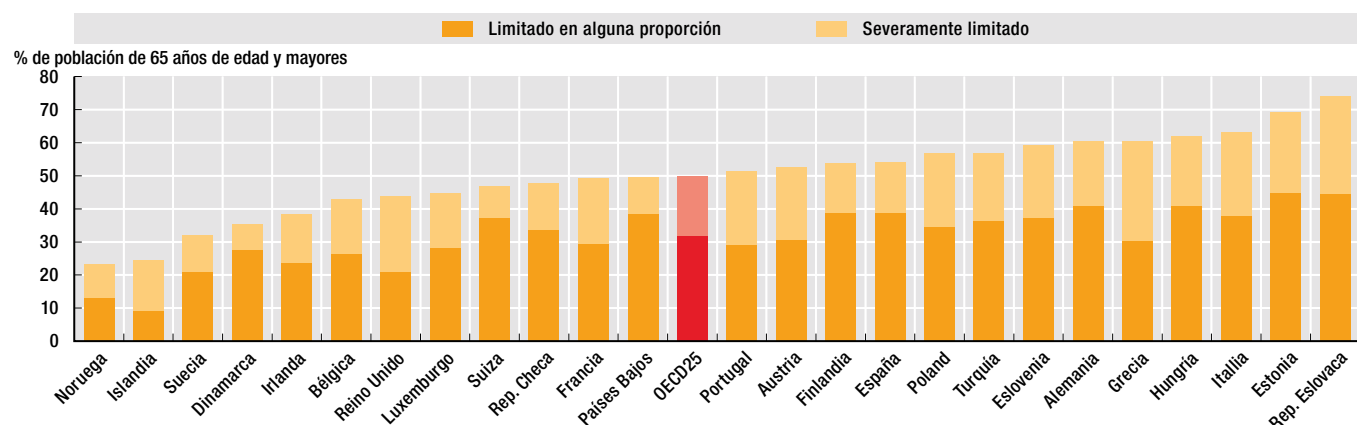
Reportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad

11.6. Percepción del estado de salud en adultos de 65 años de edad y mayores, 2013 (o año más cercano)



1. Los resultados no son directamente comparables con otros países debido a diferencias de metodología (lo que resulta en un sesgo ascendente).
Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281398>

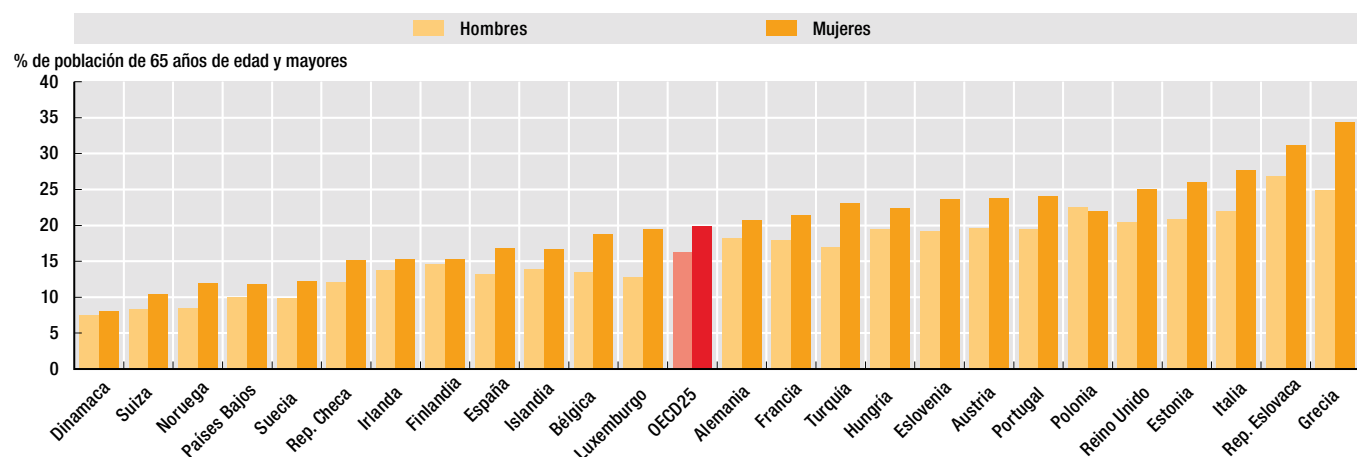
11.7. Limitaciones en las actividades diarias en adultos de 65 años de edad y mayores, países europeos, 2013



Fuente: Eurostat Database 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281398>

11.8. Limitaciones severas en las actividades diarias en adultos de 65 años de edad y mayores, países europeos, 2013



Nota: Los países se clasifican en orden ascendente de porcentaje con limitaciones severas en las actividades diarias para el total de la población.

Fuente: Eurostat Database 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281398>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

Prevalencia de demencia

La demencia describe a una variedad de desórdenes del cerebro que progresivamente causan daño cerebral y producen un deterioro gradual de la capacidad funcional y de relaciones sociales del individuo. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, y representa entre el 60% y el 80% de los casos. Actualmente no existe una cura o tratamiento para modificación de la enfermedad, pero la vida de las personas con demencia puede ser más llevadera con mejores políticas que les ayuden con sus familias a ajustarse a vivir con esa condición y asegurar que tengan acceso a servicios sociales y de salud de alta calidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en 2015 47.5 millones de personas en el mundo vivían con demencia. Con las poblaciones envejeciendo y la efectividad de las estrategias preventivas no muy clara, se espera que este número crezca a 75.6 millones en 2030 y que se triplique en 2050, alcanzando 135.5 millones (WHO, 2015). El costo global de la demencia se estimó en 2010 en 604 mil millones de dólares (Wimo et al., 2013) y a medida que la prevalencia aumenta, el costo también.

En 2015 había un estimado de 18 millones de personas viviendo con demencia en países de la OCDE, lo que equivale a más de 1 de cada 70 personas. Aunque algunas desarrollan demencia temprana, la inmensa mayoría son personas mayores y en los países de la OCDE más de uno de cada 16 personas de 60 años de edad o mayores viven con esta condición. La prevalencia varía entre países: Italia, Japón y Alemania tienen más de 20 personas con demencia por cada 1 000 habitantes, mientras que la República Eslovaca, Corea, México y Turquía tienen menos de 10 (Figura 11.9).

Mucho de la variación en la prevalencia se debe a la estructura de edad de las poblaciones de diferentes países, puesto que la demencia está fuertemente vinculada con la edad. En los países de la OCDE, alrededor del 1.3% de la población entre 60 y 64 años de edad tienen demencia, en comparación con casi 45% de quienes tienen más de 90 años (Figura 11.10). La prevalencia relacionada con edad específicamente es similar en la mayoría de los países, aunque algunos estudios en Latinoamérica han encontrado tasas mayores en otras regiones (Prince et al., 2013). Si bien esto puede deberse a diferencias en el diseño del estudio, también se sugiere que entre la gente mayor los niveles educativos bajos y el mayor riesgo vascular, pueden contribuir al incremento de las tasas de demencia (Rizzi et al., 2014).

Si la prevalencia de la demencia asociada con la edad sigue como hasta ahora, con el envejecimiento de la población, la condición será más común en el futuro y su prevalencia aumentará más aceleradamente en los países donde la población envejece rápidamente. Por ejemplo, en los próximos 20 años se verá un crecimiento de la prevalencia de la enfermedad en Japón de 21 a casi 37 por cada 1 000 habitantes; y en Corea será más del doble, de 8 a 20 por cada 1 000 habitantes (Figura 11.9). El número total de personas viviendo con demencia en países de la OCDE crecerá de 18 millones en 2015 a cerca de 31 millones en 2035, con las personas mayores de 90 años contribuyendo al incremento (Figura 11.11). Sin embargo, hay algunos datos que indican que la prevalencia de demencia relacionada con la edad específicamente puede estar disminuyendo en algunos países (Matthews et al., 2013) y podría ser posible reducir el riesgo con la adopción de estilos de vida más saludables e intervenciones preventivas.

Si estos esfuerzos son exitosos, el crecimiento de la prevalencia de demencia puede ser menos dramático que lo que estas cifras sugieren.

Recientemente se ha renovado el enfoque internacional para enfrentar la demencia, y la OCDE ha estado al frente de estos esfuerzos, apoyando a los países en el desarrollo de mejores políticas. Encontrar una cura debe ser una meta de largo plazo, pero requerirá una mayor inversión y un planteamiento más colaborativo de la investigación, sacando provecho del potencial de las cifras. Sin embargo, el desarrollo de una cura probablemente tomará varios años y mientras tanto los países deben actuar para mejorar las vidas de los millones de personas que padecen demencia hoy, promoviendo un diagnóstico temprano, prestando servicios salud y de cuidados de largo plazo de alta calidad, y proporcionando apoyo a las familias y los cuidadores (OECD, 2015).

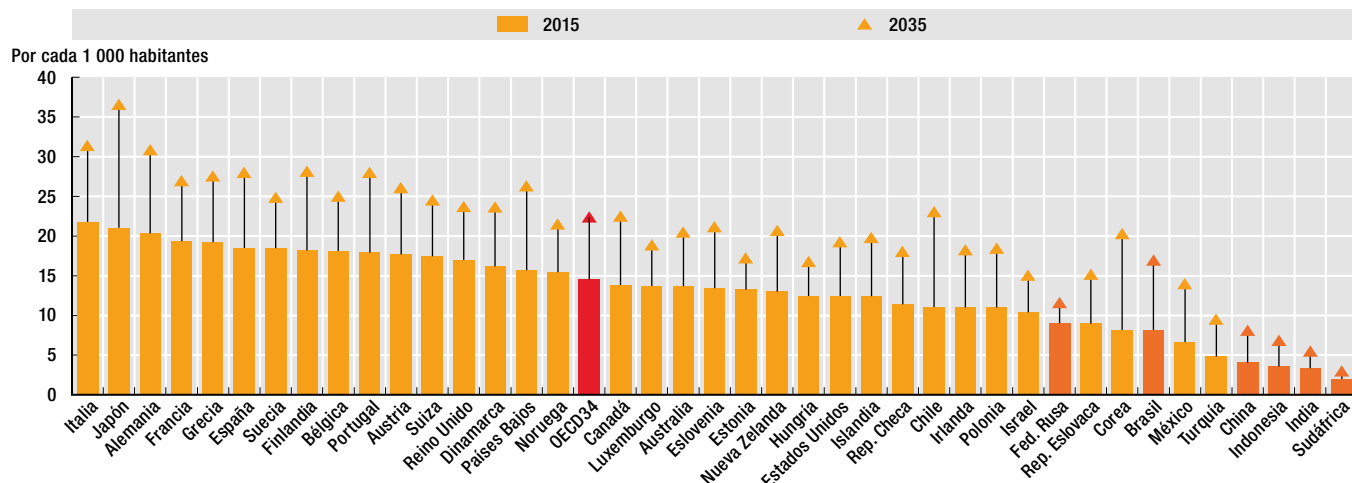
Definición y comparabilidad

Los estimados de prevalencia de la Figura 11.9 están tomados de Prince et al. (2013), que es la más reciente y completa revisión sistemática de estudios de prevalencia de demencia en el mundo. La prevalencia por país se ha estimado aplicando las tasas de prevalencia por edad para las regiones relevantes a los estimados de población de las Naciones Unidas (World Population Prospects: The 2012 Revision). Aunque las tasas de prevalencia relacionada con el género estaban disponibles para algunas regiones, se utilizaron las tasas generales en este análisis. Se asume que las tasas de prevalencia permanecen constantes en el tiempo.

Referencias

- Matthews, F.E. et al. (2013), "A Two-decade Comparison of Prevalence of Dementia in Individuals Aged 65 Years and Older from Three Geographical Areas of England: Results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II", *The Lancet*, Vol. 382, No. 9902.
- OECD (2015), *Addressing Dementia: The OECD Response* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en>.
- Prince, M. et al. (2013), "The Global Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Metaanalysis", *Alzheimer's & Dementia*, Vol. 9, No. 2, pp. 63-75.
- Rizzi, L. et al. (2014), "Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types", *BioMed Research International*, Vol. 2014, Article ID 908915, 8 páginas.
- WHO (2015), "Dementia", Fact Sheet No. 362, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/.
- Wimo, A. et al. (2013), "The Worldwide Economic Impact of Dementia 2010", *Alzheimer's & Dementia*, Vol. 9, No. 1, pp. 1-11.

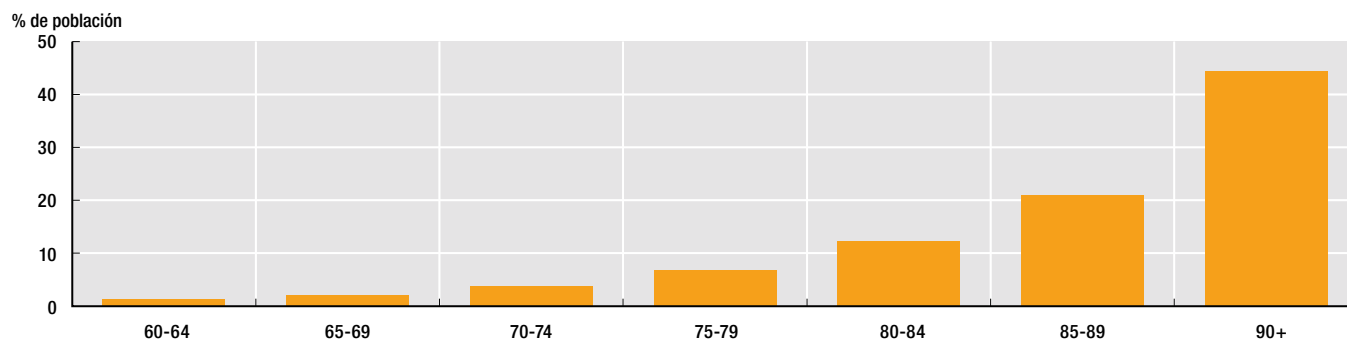
11.9. Prevalencia estimada de demencia por cada 1 000 habitantes, 2015 y 2035



Fuente: Análisis de la OCDE de datos de Prince et al. (2013) y Naciones Unidas

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281401>

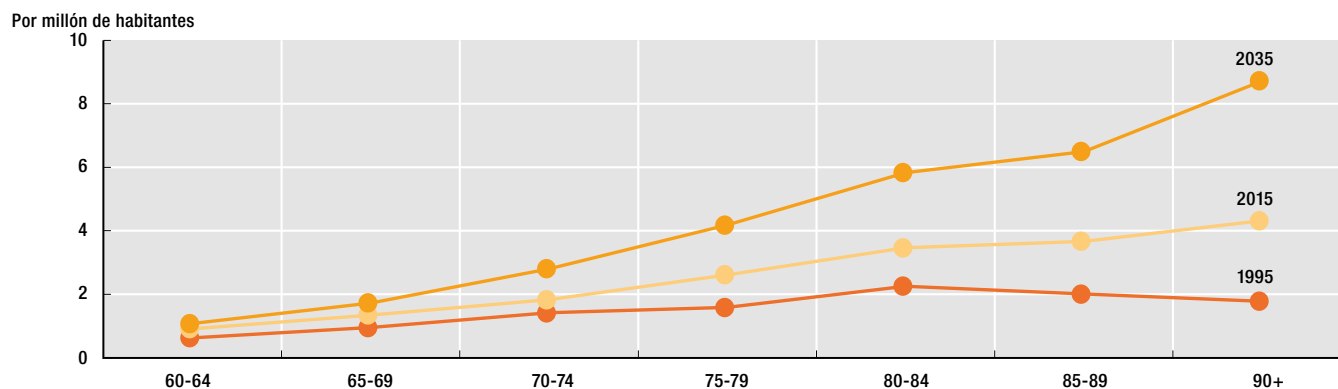
11.10. Prevalencia de demencia relacionada con la edad en países de la OCDE, 2015



Fuente: Análisis de la OCDE de datos de Prince et al. (2013) y Naciones Unidas

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281401>

11.11. Número estimado de personas con demencia en los países de la OCDE, por edad, 1995, 2015 y 2035



Fuente: Análisis de la OCDE de datos de Prince et al. (2013) y Naciones Unidas

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281401>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

Receptores de cuidado de largo plazo

A medida que la gente envejece es más probable que desarrolle discapacidades y requiera de ayuda de su familia, amigos, y servicios de cuidados de largo plazo (Long term care -LTC, por sus siglas en inglés). Como resultado, aunque se prestan servicios de cuidados de largo plazo a grupos de discapacitados más jóvenes, la mayoría de los receptores son gente mayor. En promedio en la OCDE, más de la mitad de los receptores de LTC tienen más de 80 años de edad y casi cuatro de cada cinco tienen más de 65 años de edad (Figura 11.12). El incremento en la esperanza de vida significa que la gente mayor representa una creciente proporción de la población de los países de la OCDE. El riesgo de demencia (ver el indicador “Prevalencia de demencia”) y otras condiciones debilitantes incrementa con la edad, de modo que es probable que la demanda de cuidados de largo plazo se incremente – aunque el efecto puede ser minimizado al mejorar la salud en la tercera edad. Como resultado, la proporción de población que recibe cuidados de largo plazo en países de la OCDE ha crecido en promedio de 1.9% en 2000 a 2.3% en 2013.

El envejecimiento de la población contribuye al crecimiento de usuarios de cuidados de largo plazo en el tiempo, pero no explica mucho de la variación entre países. Por ejemplo, Portugal tiene una población relativamente vieja, pero sólo una pequeña proporción recibe formalmente cuidados de largo plazo. En contraste, Israel tiene una de las poblaciones más jóvenes de la OCDE, pero una proporción mayor al promedio recibe cuidados de largo plazo. Un factor más importante es la disponibilidad de servicios de cuidado de largo plazo financiados con fondos públicos. Países con una provisión fuerte de fondos, como los Países Bajos y los nórdicos, reportan el mayor número de receptores de cuidados de largo plazo como proporción de sus poblaciones, mientras que los países que tienen una limitada provisión de fondos públicos, como los Estados Unidos, Portugal y Polonia, reportan números mucho menores. Sin embargo, las cifras de gente que recibe cuidados fuera de los sistemas públicos son más difíciles de conseguir y pueden estar por debajo de la realidad, de modo que las cifras de países que dependen de servicios privados pueden ser artificialmente bajas. Las normas culturales sobre el grado en que las familias se encargan de la gente mayor también pueden ser un factor importante para la utilización de servicios formales (ver el indicador “Cuidadores informales”).

En respuesta a la preferencia de la mayoría de la gente de recibir cuidados de largo plazo en casa, en la última década muchos países de la OCDE han implantado programas y beneficios para apoyar el cuidado en casa, en particular para personas mayores. En la mayoría de los países para los que los datos sobre las tendencias están disponibles, la proporción de receptores de LTC de 65 años de edad y mayores que son atendidos en casa se ha incrementado en los últimos diez años (Figura 11.3), con aumentos particularmente importantes en Suecia, Francia y Corea. Con frecuencia esto es resultado de políticas específicas; por ejemplo, Suecia ha reducido la capacidad de cuidado institucional en un esfuerzo por impulsar el cuidado comunitario; Francia ha adoptado un plan de varios años para incrementar la capacidad de cuidados en casa para personas mayores a 230 000 en 2025 (Colombo et al., 2011). Mientras que la proporción de receptores de LTC en casa se ha incrementado en la última década en la mayoría de los países de la OCDE, ha disminuido de 69% a 60% en Finlandia. Esto no representa un incremento en el uso de las instituciones tradicionales, sino un incremento en el uso de “servicios con alojamiento”

– donde la gente mayor se muda a casas especialmente adaptadas donde cuentan con atención las 24 horas. Este modelo permite a las personas con necesidades relativamente severas tener mayor independencia y autonomía de las que tendrían en una institución tradicional de cuidados de largo plazo.

Definición y comparabilidad

Los receptores de LTC se definen como personas que reciben cuidados de largo plazo de parte de proveedores pagados, incluyendo a quienes no son profesionales y reciben pagos en efectivo en programas sociales. Incluye también a receptores de beneficios en efectivo, como programas a elección del consumidor, prestación de asistencia u otros beneficios sociales que se otorgan con el objetivo principal de apoyar a la gente con necesidades de cuidados de largo plazo. Las instituciones LTC incluyen instalaciones residenciales que proporcionan alojamiento y cuidado. El LTC en casa se refiere a la gente con restricciones funcionales que son atendidas principalmente en su hogar. El cuidado en casa también se aplica al uso temporal de instituciones, cuidado comunitario y centros de cuidado diario, así como viviendas especialmente diseñadas para el propósito. Los datos disponibles para Islandia y Canadá incluyen solamente a la gente que recibe cuidados en instituciones, así que el número total de receptores es una subestimación.

En cuanto al número de receptores de LTC en instituciones, el reporte de Irlanda es una subestimación. Los datos para Japón subestiman el número de receptores en instituciones pues los hospitales también prestan cuidados de largo plazo. En la República Checa los datos se refieren a quienes reciben asistencia (por ejemplo, beneficios en efectivo pagados a dependientes elegibles). Los datos de Polonia se refieren solamente a servicios en asilos de ancianos. En España, se refieren a una cobertura parcial de instalaciones o servicios. En Australia, los datos no incluyen a receptores que tienen acceso al Veteran's Home Care Program, y a servicios del National Disability Agreement, pues se desconoce actualmente cuántas personas pueden incluirse en las cifras de receptores de LTC. Australia recolecta datos de usuarios de servicios para ancianos, pero no distingue a quienes los usan por plazos largos, de modo que las cifras presentadas son estimaciones. En la Figura 11.13, el umbral de edad para Francia se refiere a personas de más de 60 años de edad.

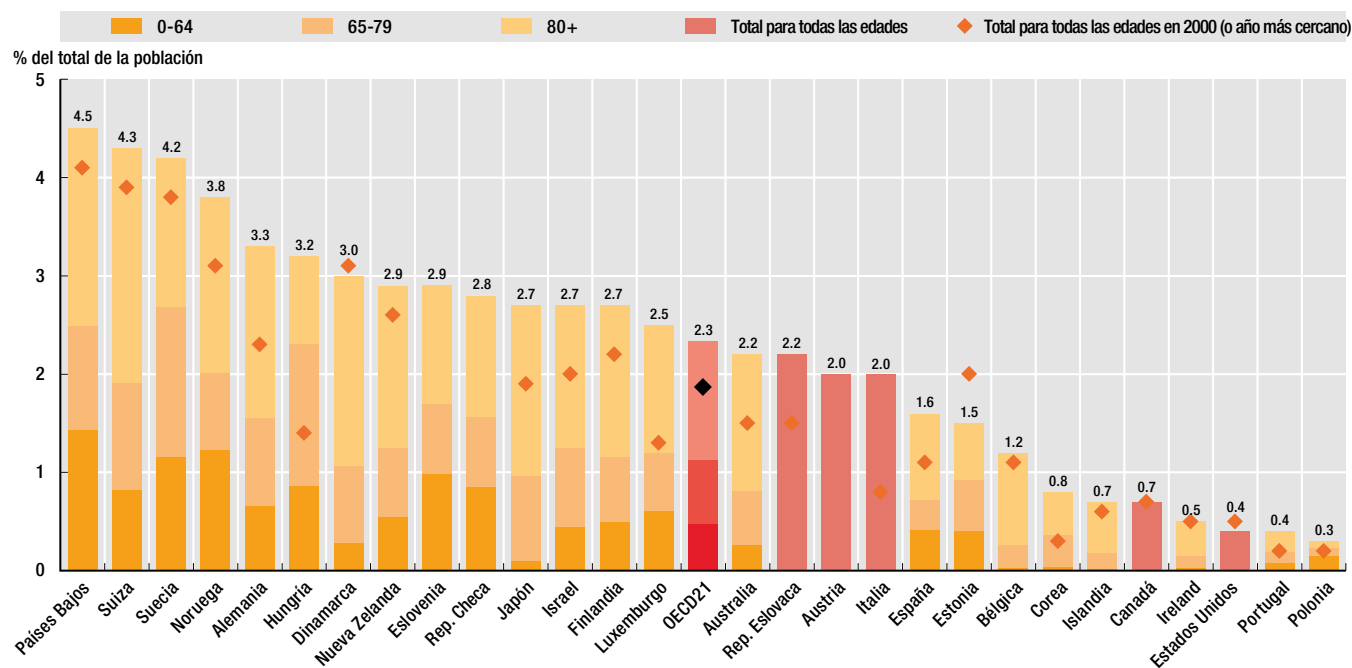
Referencias

Colombo, F. et al. (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Receptores de cuidado de largo plazo

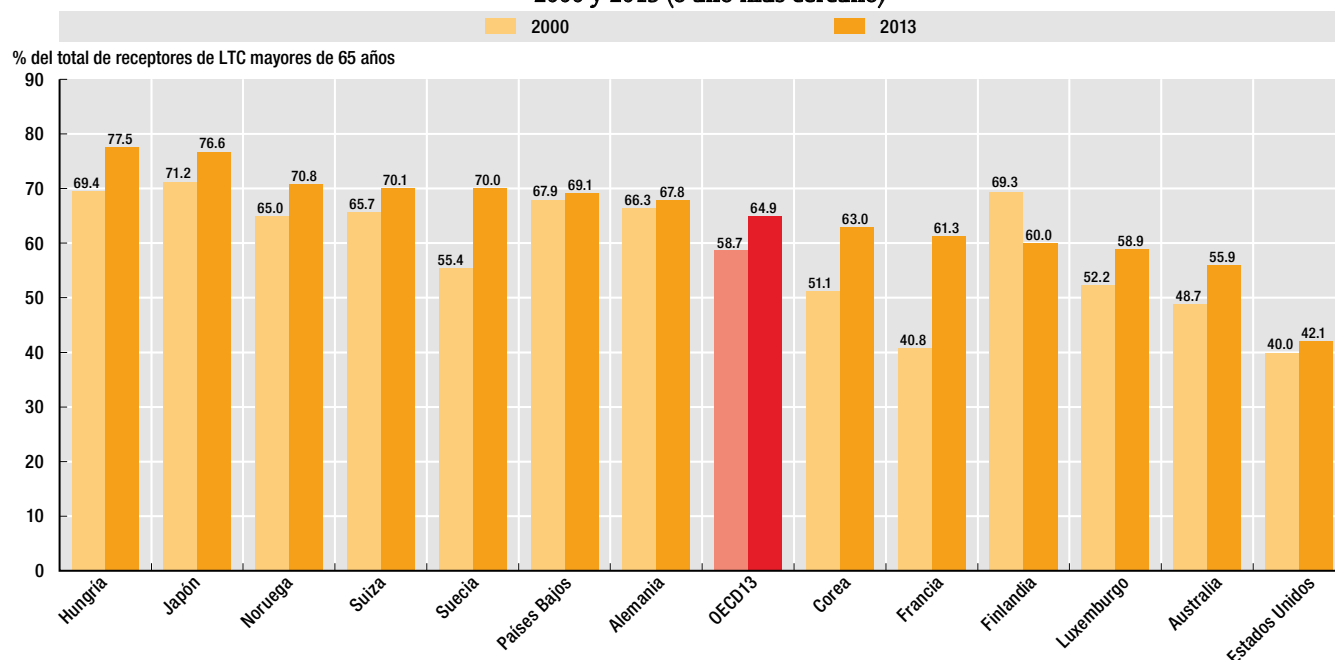
11.12. Proporción de la población que recibe cuidados de largo plazo, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281419>

11.13. Proporción de receptores de cuidados de largo plazo de más de 65 años de edad que reciben cuidados en casa, 2000 y 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281419>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

Cuidadores informales

La familia y los amigos son los más importantes proveedores de cuidados de largo plazo en los países de la OCDE. Debido a la naturaleza informal de sus cuidados, no es fácil obtener datos comparables entre países sobre el número de personas dedicadas al cuidado de familia y amigos, ni de la frecuencia de sus cuidados. Los datos presentados en esta sección se obtienen de encuestas de salud nacionales o internacionales y se refieren a personas de 50 años de edad o más que reportan dar apoyo y cuidados a miembros de su familia y amigos.

En promedio en los países de la OCDE en 2013, alrededor del 15% de las personas de más de 50 años proporcionaban cuidados a un familiar o amigo dependiente (Figura 11.14). Existen variaciones significativas entre países, con casi 20% de la población de más de 50 años encargados de cuidados informales en Bélgica y Estonia, en comparación con un poco más del 10% en Israel y Australia. Las tasas de cuidados informales tienen una correlación negativa con la proporción de personas mayores que reciben servicios formales (ver el indicador “Receptores de cuidados informales”) y la densidad de trabajadores dedicados a cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (ver el indicador “Trabajadores en cuidados de largo plazo”). Países como Estonia y la República Checa, con relativamente pocos trabajadores en LTC y receptores de servicios formales, tienen tasas más altas de cuidados informales; mientras que países como Israel y Suecia, con números mayores de trabajadores en LTC y muchas personas mayores recibiendo cuidados de largo plazo, tienen tasas menores de cuidados informales. La relación causal no es clara aquí: puede ser que una buena prestación de servicios públicos signifique que las familias no deben ocuparse del cuidado de las personas mayores que requieren cuidados de largo plazo, o puede ser que una fuerte tradición de apoyo familiar reduce la necesidad de extender los servicios públicos.

La mayoría de las personas que proporcionan cuidados informales en los países de la OCDE son mujeres, y en promedio más del 60% lo son, oscilando entre el 70% en Eslovenia y el 55% en Suecia (Figura 11.15).

En promedio en los países de la OCDE, el 74% de cuidadores informales prestan servicios diariamente, y el restante 26% lo hacen semanalmente. Sin embargo, hay una gran variación en la intensidad del cuidado entre países (Figura 11.16). En países con sistemas integrales de cuidados de largo plazo como los Países Bajos, Suiza y los países nórdicos, el cuidado de la familia y amigos es menos intensivo. La más alta intensidad se reporta en España, Eslovenia e Israel – aunque estos países tienen relativamente pocas personas dedicadas al cuidado informal (Figura 11.14). Tomando en cuenta el número total de cuidadores, Estonia, Bélgica, la República Checa y Francia tienen la mayor proporción de personas de más de 50 años de edad facilitando cuidado diario a familia o amigos, lo que sugiere que el cuidado informal es particularmente importante en estos países.

El cuidado intensivo se asocia con una reducción en la permanencia en la fuerza laboral de cuidadores en edad de trabajar, mayores índices de pobreza, y mayor prevalencia de problemas de salud mental.

Muchos países de la OCDE han implantado políticas para apoyar a quienes dan cuidados en la familia con el fin de mitigar este impacto negativo. Éstas incluyen permisos de ausencia con goce de sueldo (por ejemplo, en Bélgica), horarios flexibles (por ejemplo, Australia y los Estados Unidos), servicios de relevo (por ejemplo, Austria, Dinamarca y Alemania), y servicios de asesoría/capacitación (por ejemplo, Suecia). Algunos países de la OCDE proporcionan beneficios en efectivo a los cuidadores en las familias, o subsidios para los receptores que pueden ser usados para pagar a cuidadores informales (Colombo et al., 2011).

La reducción del tamaño de las familias, la mayor movilidad geográfica, y la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral significan que existe un riesgo de que habrá cada vez menos gente con posibilidad y disposición para cuidados informales en el futuro, lo que puede tener dos consecuencias. En primer lugar, es posible que quienes no dan cuidados informales tengan que dar cuidados de alta intensidad, lo que hará que el apoyo que reciben sea aún más importante para evitar resultados negativos en empleo y salud. En segundo lugar, una reducción en la provisión de cuidados informales pondrá mayor presión en los sistemas de cuidados de largo plazo, que necesitarán financiamiento e infraestructura adecuados para enfrentar la demanda creciente de servicios, ya que de otra forma la gente puede quedarse sin acceso a los servicios que necesitan.

Definición y comparabilidad

El término cuidadores informales se refiere a personas que proporcionan cuidado diario o semanal a miembros de su familia, amigos y personas en su grupo social que viven en sus hogares o fuera de ellos y requieren ayuda para sus actividades diarias, y con actividades instrumentales para la vida diaria. Los datos se refieren únicamente a personas de 50 años de edad y mayores, y se basan en encuestas de salud nacionales o internacionales. Los resultados de las encuestas pueden ser afectados por sesgos o problemas de inexactitud. Los datos de Australia se limitan a quienes proporcionan ayuda con movilidad, cuidado personal y comunicación, de modo que puede haber subestimación relativa a otros países.

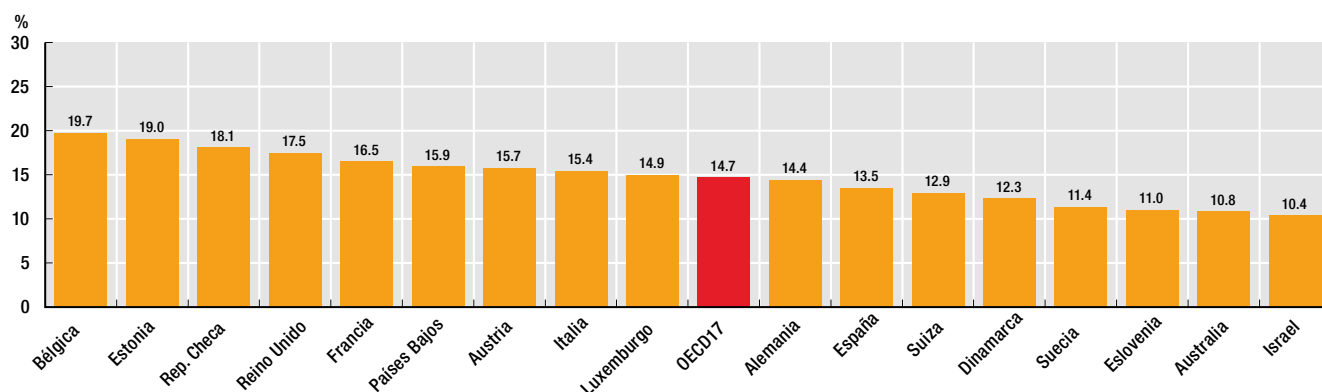
Referencias

Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Cuidadores informales

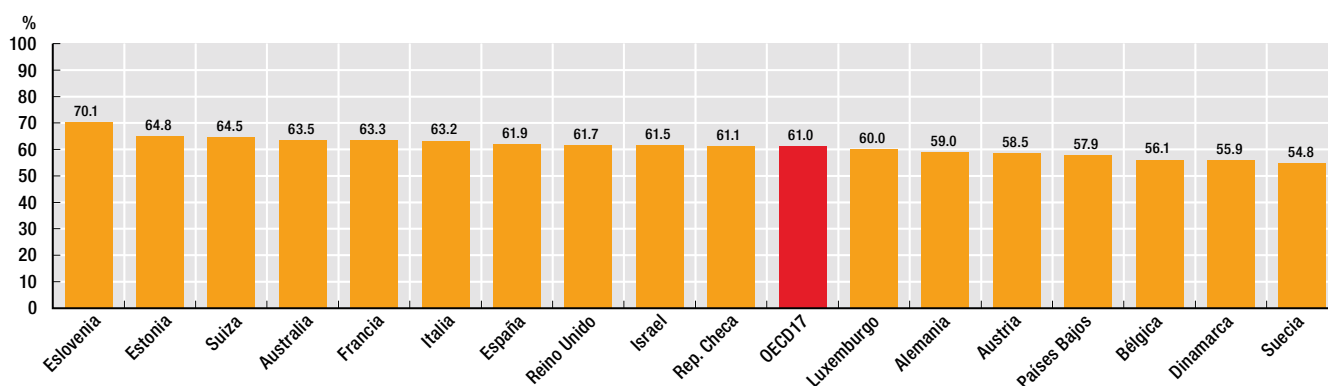
11.14. Población de más de 50 años de edad que reportan ser cuidadores informales, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estimados de la OCDE con base en la encuesta HILDA 2013 para Australia, la encuesta Understanding Society 2012-13 en el Reino Unido y la encuesta SHARE 2013 para otros países europeos

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281423>

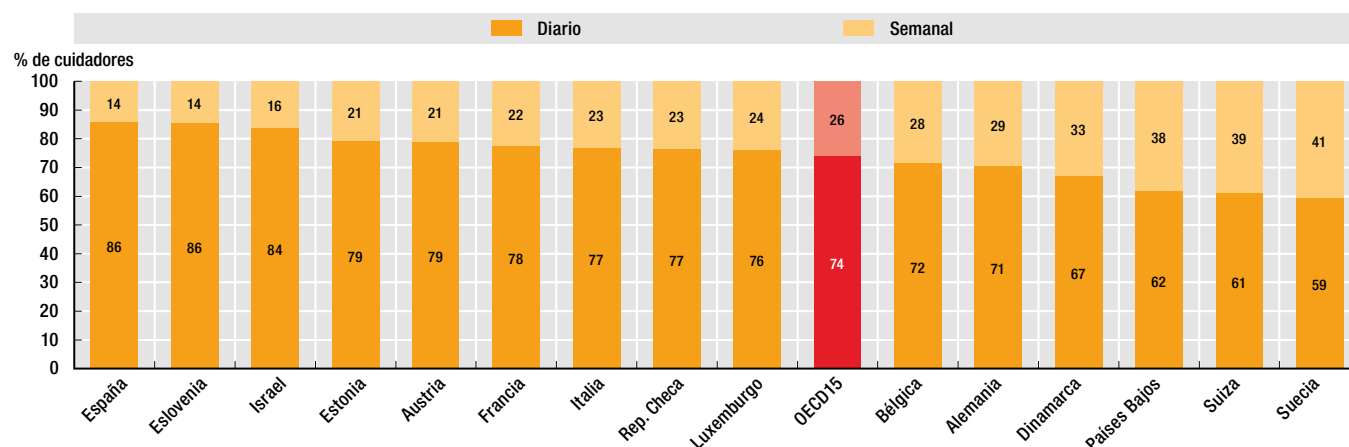
11.15. Proporción de mujeres del total de cuidadores informales mayores de 50 años de edad, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estimados de la OCDE con base en la encuesta HILDA 2013 para Australia, la encuesta Understanding Society 2012-13 en el Reino Unido y la encuesta SHARE 2013 para otros países europeos

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281423>

11.16. Frecuencia de la atención proporcionada por cuidadores informales, 2013



Fuente: Estimados de la OCDE con base en la encuesta SHARE 2013.
Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281423>

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Trabajadores de cuidados de largo plazo

El cuidado de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), es un servicio que demanda mucha mano de obra. Los trabajadores formales en LTC se definen como empleados con sueldo, tradicionalmente enfermeros y cuidadores personales, que proporcionan cuidados y/o ayuda a personas que están limitadas en sus actividades diarias en casa o instituciones, excluyendo hospitales. El cuidado formal se complementa con el informal, apoyo de familia y amigos normalmente no pagado, que representa una gran parte de la atención a las personas mayores en todos los países de la OCDE (ver el indicador “Cuidadores informales”).

En relación con la población de 65 años y mayores, Suecia y los Estados Unidos tienen el mayor número de trabajadores en LTC, y Turquía y Portugal el menor (Figura 11.17). En todos los países excepto Israel, Japón, Estonia y Corea, la mayoría de los empleados en LTC trabajan en instituciones, aunque la mayoría de los receptores son cuidados en casa (ver el indicador “Receptores de cuidados”). Esto refleja el hecho de que las personas que están en instituciones tienen necesidades más severas y requieren cuidados más intensivos. La mayoría de los empleados en cuidados de largo plazo son mujeres y trabajan medio tiempo. En Canadá, Dinamarca, la República Checa, Irlanda, Corea, Nueva Zelanda, la República Eslovaca, los Países Bajos, Noruega y Suecia, más del 90% de los empleados en LTC son mujeres. Los trabajadores extranjeros también tienen un papel muy importante en la prestación de servicios de cuidados de largo plazo, aunque su presencia es irregular en los países de la OCDE. Mientras en Alemania hay muy pocos trabajadores extranjeros en LTC, casi uno de cada cuatro en los Estados Unidos nació en otro país (Colombo et al., 2011). El reclutamiento de trabajadores extranjeros puede ayudar a responder a la creciente demanda de LTC, pero el flujo cada vez mayor de migrantes ha generado cuestionamientos acerca de la gestión de la migración irregular y del trabajo pagado y no declarado para fines de impuestos y seguridad social.

El sector de cuidados de largo plazo representa una proporción pequeña del empleo en países de la OCDE, arriba del 2% en promedio, pero está en constante crecimiento. Esta proporción se ha incrementado en muchos países en la última década, con la apertura de la prestación de servicios públicos y la demanda de servicios. En Japón el número de empleados en LTC es más del doble desde 2001, después de la adopción de un programa universal de seguridad en LTC en 2000 y de políticas para la profesionalización del trabajo en LTC. En el mismo periodo las cifras de empleo han decrecido ligeramente. De forma similar, el empleo en LTC en Alemania ha sobrepasado las cifras de crecimiento de empleo desde 2001. En cambio, en Suecia y los Países Bajos, países que ya contaban con sistemas integrales de LTC y altos niveles de empleo en el sector a principio de los años 2000, las cifras han seguido la tendencia del empleo en general (Figura 11.18). En promedio alrededor del 30% de quienes trabajan en cuidados de largo plazo son enfermeros y el otro 70% son trabajadores de cuidado personal (también conocidos como asistentes de enfermería, asistentes de salud en instituciones, o cuidadores en casa) con capacitación menos formal. Puesto que la calidad de la atención depende de que el personal posea las competencias apropiadas, muchos países de la OCDE han establecido requisitos de capacitación y educación para trabajadores de cuidado personal, aunque varían sustancialmente, especialmente cuando se trata de cuidados en casa (OECD/European Commission, 2013).

La creciente necesidad de servicios de cuidado de largo plazo y una posible reducción en la disponibilidad de cuidadores en los hogares significa que es probable que aumente la demanda de trabajadores de LTC. La capacidad de respuesta para esta demanda creciente requerirá de políticas para mejorar el reclutamiento (por ejemplo, alentar a desempleados a considerar capacitación y empleo en el sector de cuidados de largo plazo); mejorar la retención (por ejemplo, mejorando las condiciones de trabajo y el salario); y aumentar la productividad (por ejemplo, reorganizando procesos de trabajo y haciendo uso más efectivo de nuevas tecnologías (Colombo et al., 2011; European Commission, 2013).

Definición y comparabilidad

Se define a trabajadores de cuidados de largo plazo como empleados pagados que proporcionan cuidados en casa o en instituciones (fuera de hospitales). Se incluye a enfermeros calificados y cuidadores personales que dan asistencia con actividades de la vida diaria y otras de apoyo personal. El término cuidadores personales incluye diferentes categorías de trabajadores que pueden recibir nombres diversos en diferentes países. Pueden tener cualificaciones reconocidas o no. Como pueden no ser parte de las ocupaciones con reconocimiento, es más difícil recolectar datos comparables entre países para esta categoría de empleados de LTC. También se incluye a miembros de la familia o amigos que están contratados formalmente por el receptor, una agencia o compañías de servicio públicas o privadas. Se excluye a enfermeros trabajando en administración. Los números son el número de trabajadores, no el equivalente de tiempo completo.

Las cifras para Italia excluyen a trabajadores en instalaciones de cuidados de largo plazo semi-residenciales. En las de Japón hay doble conteo pues algunos trabajadores pueden prestar servicios en más de un hogar. Los datos para Irlanda se refieren solamente al sector público. Los de Australia son estimados derivados del censo 2011 National Aged Care Workforce Census and Survey, y son una subestimación del número de personas que podrían ser considerados empleados en cuidados de largo plazo.

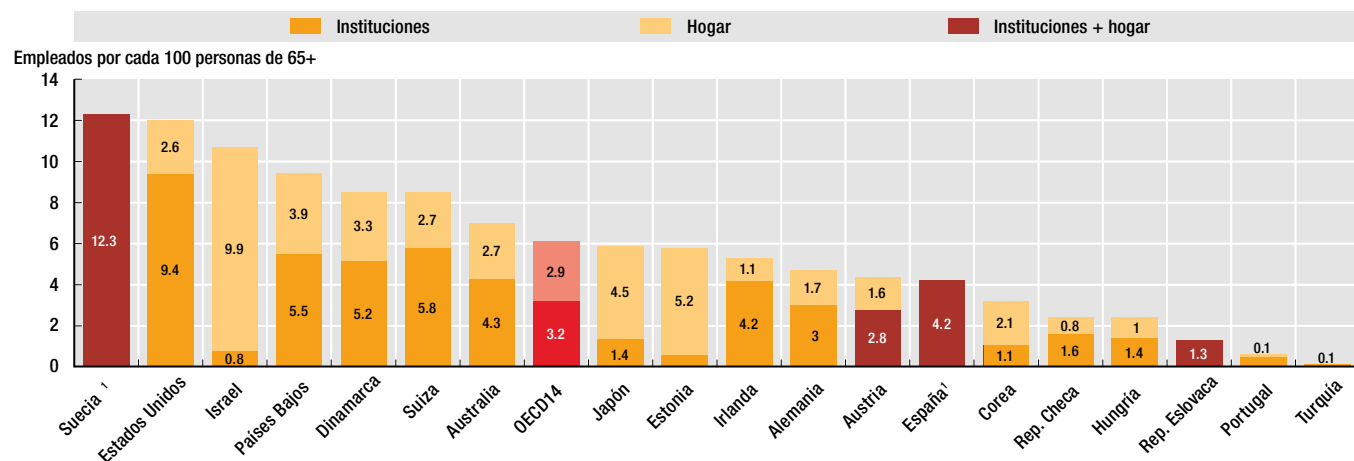
Referencias

- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Comisión Europea (2013), “Long-term Care in Ageing Societies – Challenges and Policy Options”, Commission Staff Working Document, SWD 41, Bruselas.
- OECD y la Comisión Europea (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Trabajadores de cuidados de largo plazo

11.17. Empleados en cuidados de largo plazo por cada 100 personas de más de 65 años de edad, 2013 (o año más cercano)

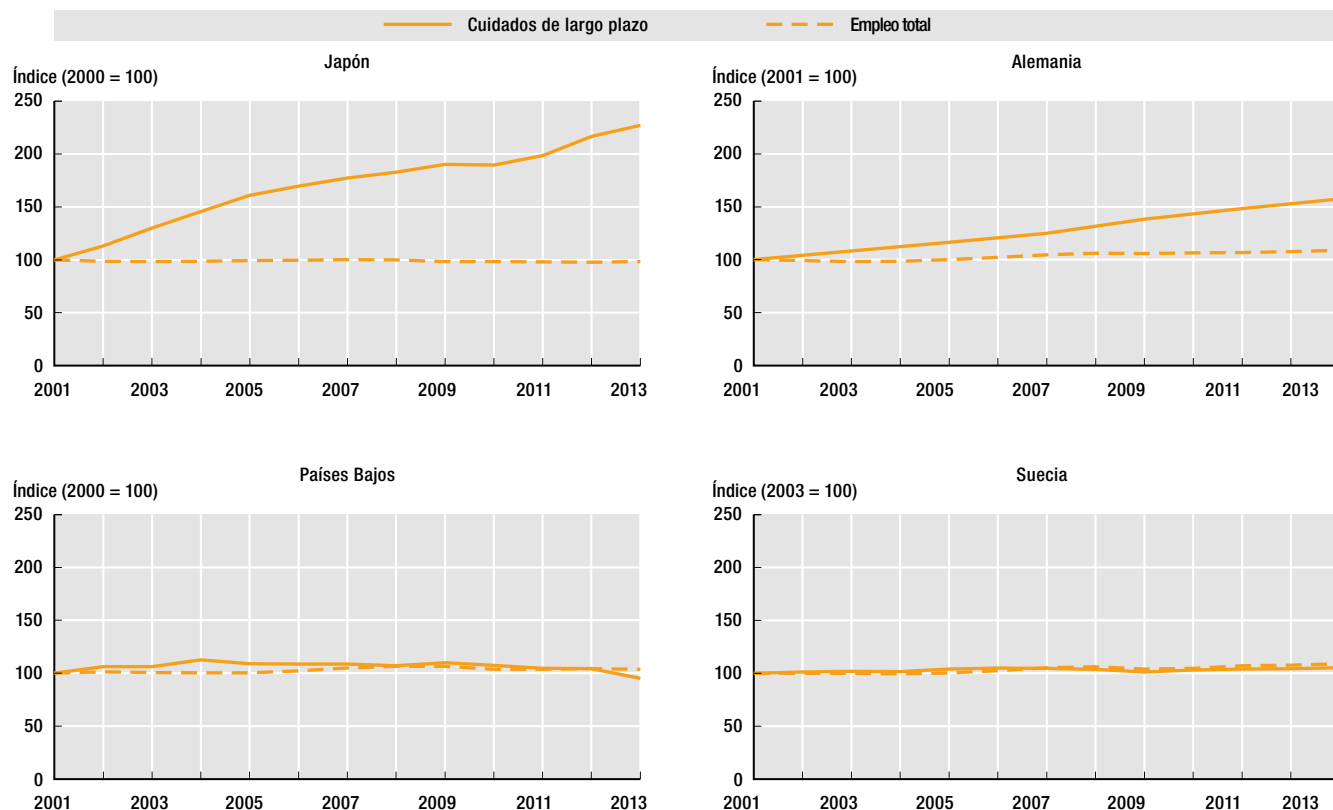


1. En Suecia, España y la República Eslovaca no es posible distinguir a los empleados en LTC en instituciones y en casa

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281433>

11.18. Tendencias en empleo en cuidados de largo plazo y empleo en general, selección de países de la OCDE, 2001-13



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281433>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales

El número de camas destinadas a cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) en instituciones y hospitales es una medida de los recursos disponibles para la prestación de servicios de LTC a las personas fuera de sus hogares.

En promedio en los países de la OCDE, había 45 camas en instituciones de LTC, y 5 camas en los departamentos de LTC por cada 1 000 personas de 65 años de edad y mayores en 2013 (Figura 11.19). Bélgica tenía el mayor número de camas para LTC en 2013, con alrededor de 72 camas por cada 1 000 personas de más de 65 años en instituciones de LTC. En Italia y Polonia había menos de 20 camas por cada 1 000 personas de más de 65 años de edad en instituciones y hospitales de LTC.

En promedio, ha habido un ligero incremento en este indicador desde 2000 en los países de la OCDE (Figura 11.20). El incremento consiste en camas en instituciones de LTC, ya que el número de camas en hospitales ha permanecido constante en promedio. Sin embargo, esto enmascara una gran variación. En un extremo, algunos países con sistemas de LTC integrales y bien establecidos han reducido la capacidad residencial de LTC. Suecia ha reducido el número de camas para LTC en 2.4 por año por cada 1 000 habitantes de más de 65 años, como parte de un esfuerzo de mover el cuidado de largo plazo de las instalaciones residenciales a la comunidad (Colombo et al., 2011). Los Países Bajos, Dinamarca y Noruega también han hecho reducciones significativas en el número de camas disponibles. En el otro extremo de la escala, Corea ha incrementado masivamente la capacidad desde 2000, aumentando 4.5 camas por año por cada 1 000 habitantes de más de 65 años, siendo este incremento particularmente notable desde la introducción de un esquema de seguro para LTC en 2008. En contraste con muchos otros países, una importante proporción de las camas agregadas para LTC en Corea están en hospitales. España también ha aumentado el número de camas para LTC significativamente, aunque las camas adicionales están en instituciones y no en hospitales.

Mientras que la mayoría de los países destinan muy pocas camas para LTC en hospitales, otros siguen usándolas con el fin de proporcionar cuidados de largo plazo. A pesar del reciente incremento en el número de camas en instituciones de LTC en Corea, la mayoría de las camas para este tipo de servicio están en hospitales. En Japón muchas camas de hospital se usan para cuidados de largo plazo, pero el número se ha reducido recientemente. Algunos países europeos como Finlandia, Hungría y Estonia tienen todavía un número significativo de camas para LTC en hospitales, pero en general ha habido una tendencia hacia reemplazar las camas de hospital con instalaciones institucionales que con frecuencia son más baratas y proporcionan un mejor ambiente para las personas con necesidad de cuidados de largo plazo. Finlandia, Francia e Islandia han tenido incrementos significativos en camas para LTC en instituciones y reducciones en las camas para LTC en hospitales desde 2000; aunque en el caso de Islandia se debe en parte a cambios en la forma de categorizar las camas.

La prestación de servicios de cuidado de largo plazo en instituciones puede ser más eficiente que los cuidados comunitarios para personas con necesidades intensivas de cuidado, debido a las economías de escala y al hecho de que los trabajadores de LTC no necesitan moverse para atender a cada persona.

Sin embargo, desde el punto de vista del presupuesto público, el costo es mayor con frecuencia, pues la contribución de los cuidadores informales es menor, y con frecuencia los sistemas de LTC se hacen cargo de los costos de alojamiento y de cuidado. Además, los usuarios de LTC en general prefieren permanecer en casa y la mayoría de los países han tomado medidas en años recientes en apoyo a esta preferencia y para promover los cuidados comunitarios (ver Figura 11.3). Sin embargo, dependiendo de las circunstancias individuales, moverse a instituciones de LTC puede ser la mejor opción, por ejemplo, para personas que viven solas y requieren cuidados y supervisión las 24 horas (Wiener et al., 2009) o para personas que viven en áreas remotas con cuidados limitados en casa. Por lo tanto, es importante que los países mantengan una capacidad apropiada de LTC residencial, y que las instituciones desarrollen y apliquen modelos de cuidado que promuevan la dignidad y autonomía.

Definición y comparabilidad

Las instituciones para cuidados de largo plazo son asilos e instalaciones que proporcionan alojamiento y cuidados como paquete. Incluyen a las instituciones especialmente diseñadas para el propósito o los ambientes de hospital donde el componente predominante es el servicio de cuidados de largo plazo para personas con restricciones funcionales moderadas o severas. Las camas en viviendas adaptadas para personas que requieren ayuda, pero tienen un alto grado de autonomía y auto-control, no están incluidas. Para fines de comparación internacional, no se deben incluir camas en centros de rehabilitación. Existen variaciones en la cobertura de los datos entre países. Varios países solo incluyen camas en instituciones públicas de LTC, mientras que otros también incluyen instituciones privadas (con y sin fines de lucro). Algunos países también incluyen camas en centros de tratamiento para adictos, unidades psiquiátricas de hospitales generales o especializados, y centros de rehabilitación. Australia no recolecta datos del número de camas destinadas a LTC. Las cifras son estimaciones de una base de datos de cuidados para la tercera edad.

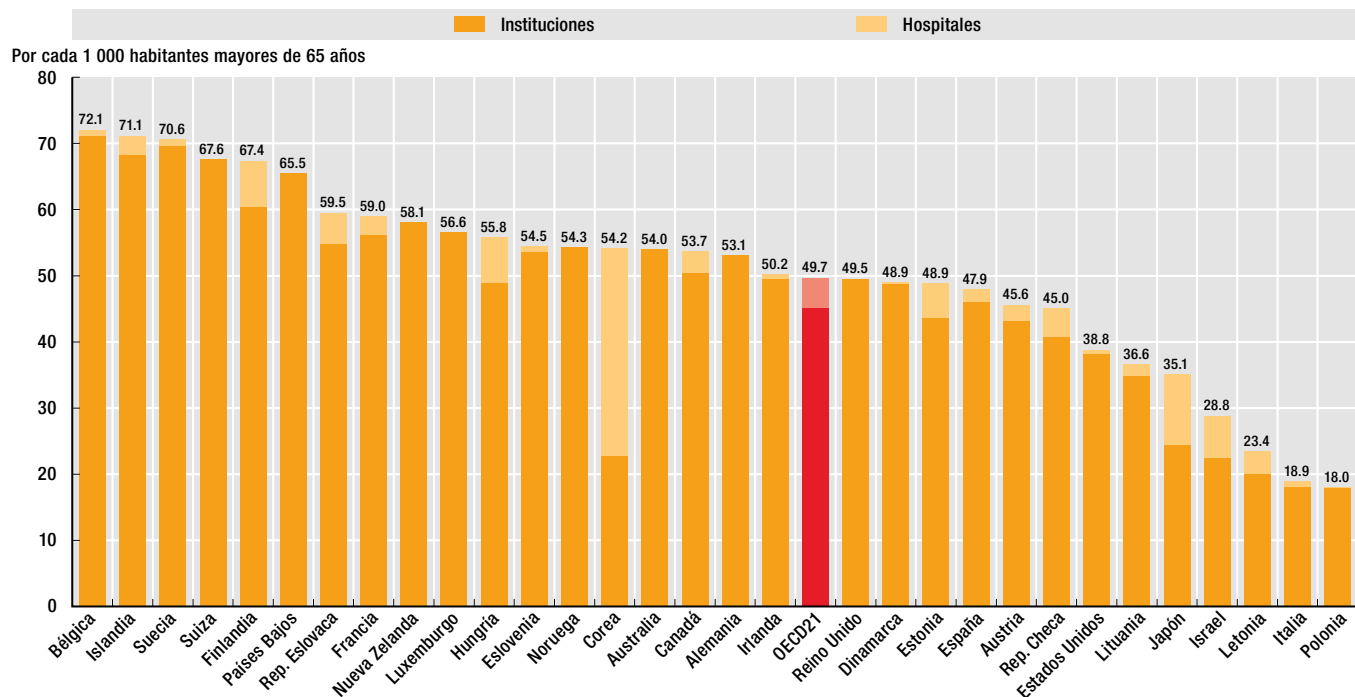
Referencias

- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Wiener, J. et al. (2009), "Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining?", Real Choice System Change Grant Program, US Department of Health and Human Services, Centres for Medicare and Medicaid Services, available at www.hcbs.org/files/160/7990/SCGNursing.pdf.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales

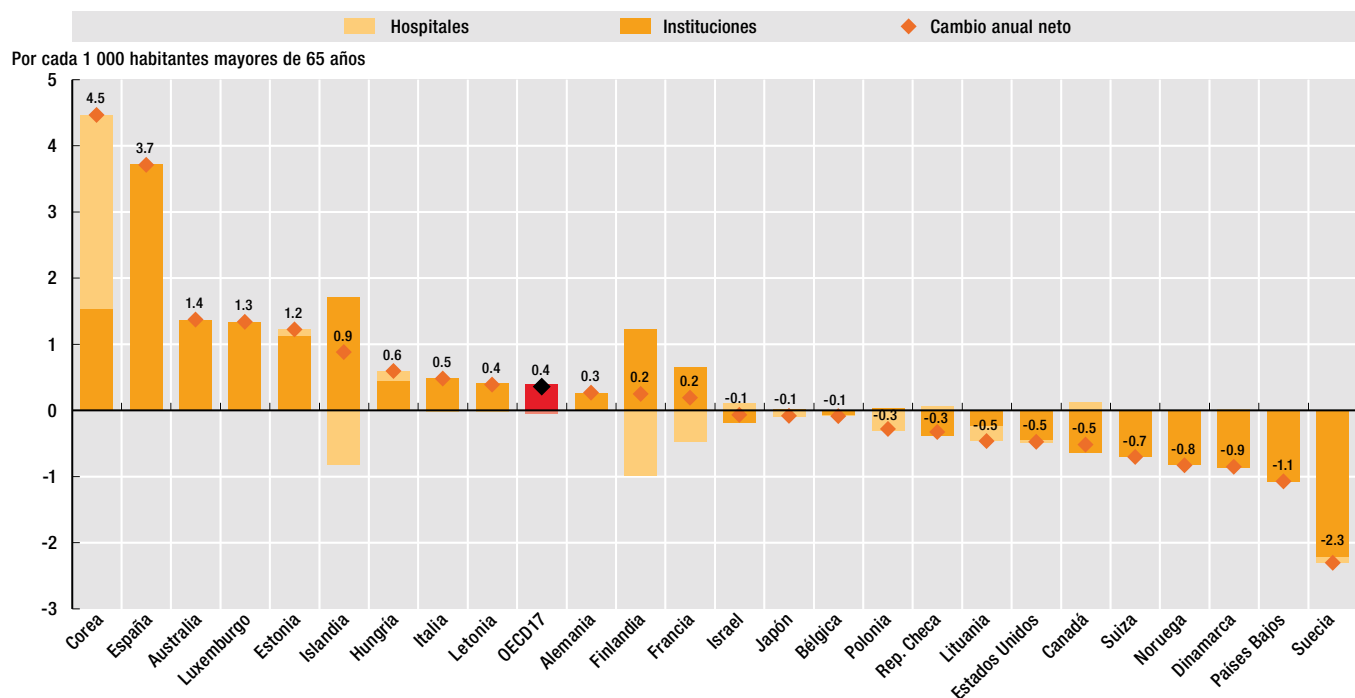
11.19. Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales, 2013 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281448>

11.20. Tendencias en camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales, 2005-2013 (o año más cercano)



Nota: El promedio de la OCDE incluye solo países con datos para instituciones y hospitales.

1. Australia, Alemania, Luxemburgo, los Países Bajos, Noruega y Suiza no reportan camas para cuidados de largo plazo en hospitales.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281448>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Gasto en cuidados de largo plazo

El gasto en cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) ha aumentado en las últimas décadas en la mayoría de los países de la OCDE, y se espera que aumente aún más en el futuro, pues con el envejecimiento de la población hay más personas que necesitan atención social y de salud continuamente, con ingresos más elevados la gente tiene mejores expectativas sobre su calidad de vida en la tercera edad, pero la disponibilidad de cuidado informal se está reduciendo y las mejoras en productividad en un sector que requiere tanta mano de obra son difíciles de alcanzar (De La Maisonnette and Oliveira Martins, 2013).

Una proporción importante de servicios de LTC se financia con recursos públicos. El gasto público total en LTC (incluyendo el componente social y de salud) representó el 1.7% del PIB en promedio en los países de la OCDE en 2013 (Figura 11.21). El mayor gasto público se registró en los Países Bajos, de 4.3% del PIB, dos y media veces más elevado que el promedio de la OCDE. En el otro extremo de la escala, la República Eslovaca, Grecia, Estonia, Hungría, la República Checa, Polonia e Israel destinaron menos del 0.5% de su PIB a la provisión pública de cuidados de largo plazo. Esta variación refleja en parte las diferencias en la estructura de la población, pero principalmente el desarrollo de sistemas formales de LTC a diferencia de arreglos más informales basados sobre todo en cuidados, sin pago, proporcionados por miembros de la familia. A pesar de los problemas de reportes incompletos, el gasto privado en LTC tiene un papel relativamente importante en Suiza (0.6% del PIB), Alemania (0.6%) y Bélgica (0.4%). Como proporción del gasto total en LTC (incluyendo componentes sociales y de salud públicos y privados), el gasto privado representa más de un tercio en los Estados Unidos (43%), Alemania (37%) y España (36%). La mayor parte es gasto de bolsillo, ya que el seguro para cuidados de largo plazo no tiene un papel importante en ningún país.

Los límites entre el gasto social y de salud en cuidados de largo plazo no son totalmente consistentes entre países, pues algunos reportan componentes particulares de LTC como servicios de salud y otros los consideran gasto social. Los Países Bajos, Suecia, Noruega y Dinamarca gastan más del 2% el PIB en servicios de salud para LTC, el doble del promedio de la OCDE. Finlandia tiene el nivel más alto de gasto social público en LTC, con 1.6% del PIB, lo que es mucho mayor que el promedio de 0.5% de la OCDE. El gasto social de los Países Bajos y Japón en LTC fue de más del 1% del PIB, pero en Corea, España y Luxemburgo representa menos del 0.1% del PIB.

El gasto público en LTC ha crecido rápidamente en años recientes en algunos países (Figura 11.22). La tasa anual de crecimiento del gasto público en LTC en los países de la OCDE fue de 4.0% entre 2005 y 2013, por encima del crecimiento en el gasto en salud en el mismo periodo. Países como Corea y Portugal han implantado medidas para expandir la integralidad de sus sistemas de LTC en años recientes, de modo que sus tasas de crecimiento de gasto público están entre las más altas desde 2005, aunque el gasto en si en ambos países sigue siendo una proporción relativamente baja del PIB.

Muchos países de la OCDE han expandido la disponibilidad del servicio de cuidados en el hogar para permitir que las personas que necesitan LTC mantengan cierta independencia y sigan siendo parte de su comunidad. Entre 2005 y 2013, el crecimiento anual de gasto público en cuidados en el hogar igualó el crecimiento del gasto en cuidados en instituciones, en 4.3% al año (Figura 11.23). Sin embargo, hubo incrementos significativos en el gasto en cuidados en el hogar, de más de 7% al año, en Corea, Estonia, Japón y Francia.

Los escenarios proyectados sugieren que los recursos públicos destinados a LTC como proporción del PIB pueden ser del doble o más en 2060 (Colombo et al., 2011; De La Maisonnette and Oliveira Martins, 2013). Uno de los principales desafíos en muchos países de la OCDE en el futuro será alcanzar un balance adecuado entre proporcionar protección social apropiada a personas con necesidades de LTC y asegurar que esta protección sea fiscalmente sostenible.

Definición y comparabilidad

El gasto en LTC comprende servicios de apoyo social y de cuidado de la salud para personas con condiciones crónicas y discapacidades que requieren de cuidados de manera constante. Con base en el System of Health Accounts (SHA), el componente de salud del gasto en LTC se refiere a enfermería y servicios de cuidado personal (es decir, ayuda con las actividades de la vida diaria). Cubre cuidados paliativos y cuidados proporcionados en instituciones o en casa. El gasto social en LTC cubre principalmente ayuda con actividades instrumentales para la vida diaria. Las prácticas que los países usan para reportar el componente social y el de salud del gasto en LTC pueden diferir. Adicionalmente, el gasto público en LTC se presta más para comparaciones internacionales, ya que existen variaciones significativas en los reportes de gasto privado en LTC en los países de la OCDE.

Los datos para los Estados Unidos se refieren a cuidado institucional solamente, de modo que subestiman la cantidad total de gasto público en servicios de cuidado de largo plazo.

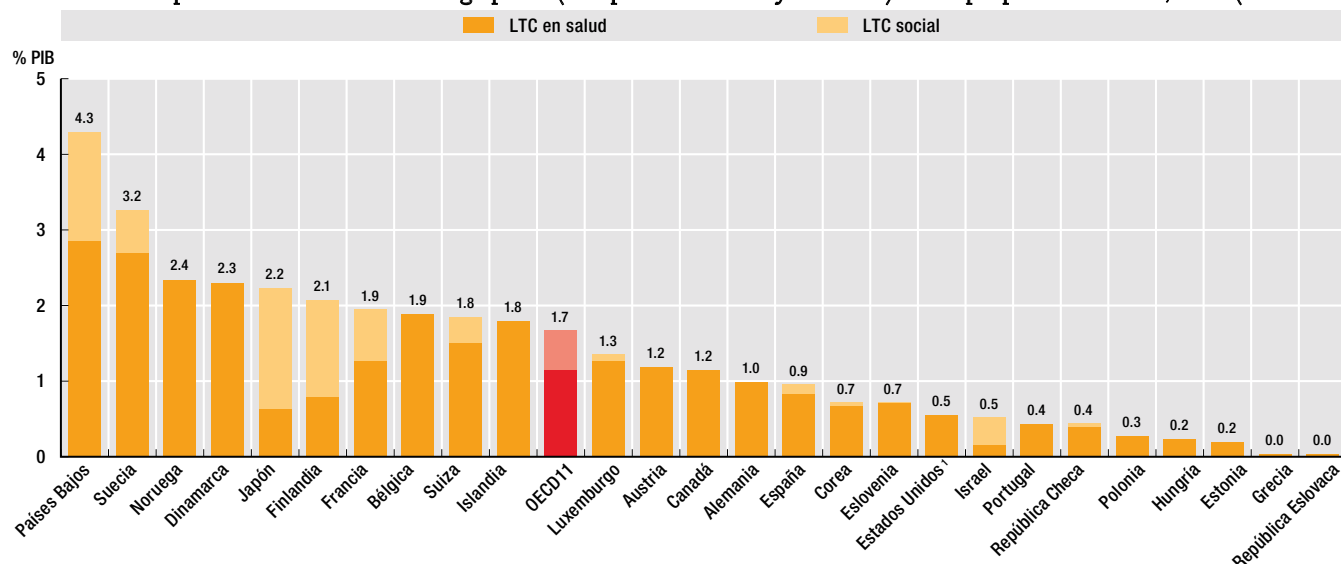
Referencias

- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- De La Maisonnette, C. and J.O. Martins (2013), "Public Spending on Health and Long-term Care: A New Set of Projections", *OECD Economic Policy Papers* No. 6, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jwwr9x-en>.

11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Gasto en cuidados de largo plazo

11.21. Gasto público en cuidados de largo plazo (componente social y de salud) como proporción del PIB, 2013 (o año más cercano)



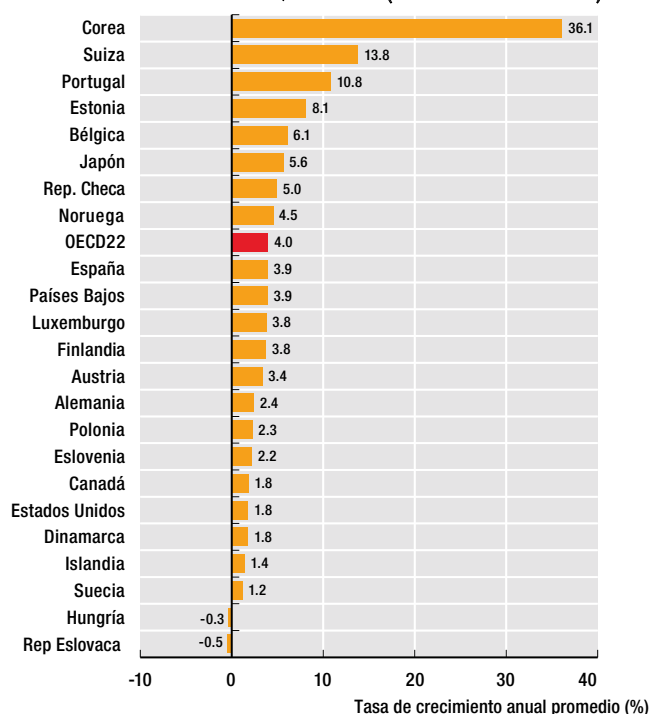
Nota: El promedio de la OCDE solo incluye a los once países que reportan LTC social y de salud.

1. Las cifras para los Estados Unidos se refieren solo al cuidado en instituciones.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281455>

11.22. Tasa de crecimiento anual de gasto público en cuidados de largo plazo (en salud y social), en términos reales, 2005-13 (o año más cercano)



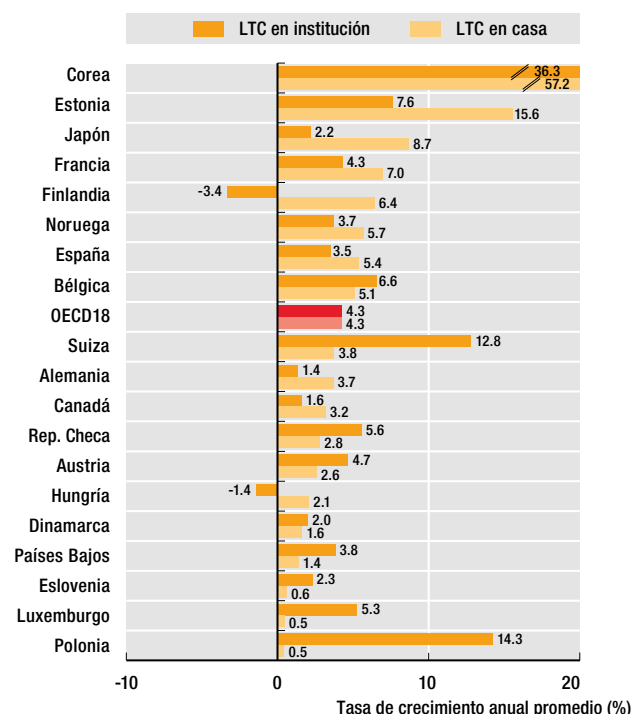
Nota: el promedio de la OCDE excluye a Corea debido a su tasa de crecimiento extremadamente alta.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281455>

Información sobre datos para Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

11.23. Tasa de crecimiento anual en gasto público en cuidados de largo plazo, por ambiente, 2005-13 (o año más cercano)



Nota: el promedio de la OCDE excluye a Corea debido a su tasa de crecimiento extremadamente alta.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281455>

ANEXO A

Información Adicional sobre contexto demográfico y económico, gasto en salud y financiamiento.

Los datos estadísticos de Israel han sido proporcionados y son responsabilidad de las autoridades israelíes relevantes. La OCDE ha usado esos datos sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental en los términos de las leyes internacionales.

Tabla A.1. Población total, mitad del año, 1970 a 2014

	Miles								
	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014
Australia	12 507	14 695	17 065	19 028	22 032	22 340	22 724	23 132	23 524
Austria	7 467	7 549	7 678	8 012	8 363	8 392	8 430	8 479	8 503
Bélgica	9 656	9 859	9 967	10 251	10 896	11 048	11 128	11 183	11 284
Canadá	21 745	24 518	27 691	30 687	34 127	34 484	34 880	35 317	35 540
Chile	9 570	11 174	13 179	15 398	17 094	17 248	17 403	17 557	17 819
República Checa	9 858	10 304	10 333	10 255	10 474	10 496	10 511	10 514	10 527
Dinamarca	4 929	5 123	5 141	5 340	5 548	5 571	5 592	5 615	5 597
Estonia	1 360	1 477	1 569	1 397	1 331	1 327	1 323	1 318	1 316
Finlandia	4 606	4 780	4 986	5 176	5 363	5 388	5 414	5 439	5 460
Francia	50 772	53 880	56 709	59 062	62 918	63 223	63 514	63 790	64 360
Alemania ¹	61 098	61 549	63 202	82 212	81 777	81 798	80 426	80 646	80 925
Grecia	8 793	9 643	10 157	10 917	11 153	11 103	11 037	10 948	11 381
Hungría	10 338	10 711	10 374	10 211	10 000	9 972	9 920	9 893	9 843
Islandia	204	228	255	281	318	319	321	324	327
Irlanda	2 957	3 413	3 514	3 805	4 560	4 577	4 587	4 598	4 610
Israel	2 958	3 878	4 660	6 289	7 624	7 766	7 910	8 057	8 186
Italia	53 822	56 434	56 719	56 942	59 277	59 379	59 540	60 234	60 789
Japón	103 721	117 061	123 613	126 927	128 058	127 799	127 515	127 296	127 083
Corea	32 241	38 124	42 869	47 008	49 410	49 779	50 004	50 220	50 424
Luxemburgo	339	364	382	436	507	518	531	543	556
México	50 628	66 737	87 065	100 896	114 256	115 683	117 054	118 395	119 713
Países Bajos	13 039	14 150	14 952	15 926	16 615	16 693	16 755	16 804	16 858
Nueva Zelanda	2 828	3 170	3 390	3 858	4 366	4 404	4 433	4 472	4 388
Noruega	3 876	4 086	4 241	4 491	4 889	4 953	5 019	5 080	5 137
Polonia	32 664	35 574	38 111	38 259	38 043	38 063	38 063	38 040	38 037
Portugal	8 680	9 766	9 983	10 290	10 573	10 558	10 515	10 457	10 375
República Eslovaca	4 538	4 980	5 299	5 389	5 391	5 398	5 408	5 413	5 416
Eslovenia	1 725	1901	1998	1989	2049	2053	2057	2060	2062
España	33 815	37 439	38 850	40 263	46 577	46 743	46 773	46 620	45 943
Suecia	8 043	8 311	8 559	8 872	9 378	9 449	9 519	9 600	9 699
Suiza	6 181	6 319	6 716	7 184	7 825	7 912	7 997	8 089	8 188
Turquía	35 294	44 522	56 104	67 393	73 142	74 224	75 176	76 148	76 903
Reino Unido	55 663	56 314	57 248	58 893	62 766	63 259	63 700	64 107	64 091
Estados Unidos	205 052	227 225	249 623	282 162	309 326	311 583	313 874	316 129	318 892
OECD (total)	870 967	965 259	1 052 204	1 155 498	1 236 028	1 243 502	1 249 052	1 256 518	1 264 123
Asociados									
Brasil	96 078	118 563	146 593	171 280	193 253	194 933	196 526	198 043	199 492
(Rep. Popular de)China	814 423	984 122	1 165 429	1 280 429	1 359 822	1 368 440	1 377 065	1 385 567	1 393 784
Colombia	..	..	34 130	40 296	45 510	46 045	46 582	47 121	47 662
Letonia	2 359	2 512	2 663	2 368	2 098	2 060	2 034	2 013	1 994
Lituania	3 140	3 413	3 698	3 500	3 097	3 028	2 988	2 958	3 163
India	555 064	698 721	868 891	1 042 262	1 205 625	1 221 156	1 236 687	1 252 140	1 267 402
Indonesia	114 080	145 510	178 633	208 939	240 677	243 802	246 864	249 866	252 812
Federación Rusa	130 392	138 655	147 969	146 597	142 849	142 961	143 207	143 507	143 787
Sudáfrica	22 502	29 077	36 793	44 846	51 452	51 949	52 386	52 776	53 140

1. Las cifras de población para Alemania antes de 1991 se refieren a Alemania Occidental

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281510>

Tabla A.2. Proporción de la población de 65 años de edad y mayores, 1970 a 2014

	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014
Australia	8.3	9.6	11.1	12.4	13.6	13.8	14.2	14.4	14.7
Austria	14.0	15.5	14.8	15.4	17.6	17.6	17.8	18.0	18.3
Bélgica	13.3	14.3	14.8	16.7	17.1	17.0	17.3	17.5	17.7
Canadá	7.9	9.4	11.3	12.6	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6
Chile	5.0	5.5	6.1	7.2	9.0	9.3	9.5	9.8	10.0
República Checa	12.0	13.6	12.5	13.8	15.3	15.6	16.2	16.8	17.3
Dinamarca	12.1	14.3	15.6	14.8	16.3	16.8	17.3	17.8	18.3
Estonia	11.6	12.5	11.6	14.9	17.5	17.5	17.7	18.1	18.4
Finlandia	9.0	11.9	13.3	14.8	17.0	17.5	18.1	18.7	19.3
Francia	12.8	14.0	13.9	16.0	16.8	16.9	17.3	17.7	..
Alemania ¹	13.0	15.5	15.2	16.2	20.7	20.6	21.0	21.1	20.8
Grecia	11.1	13.0	13.6	16.4	19.0	19.3	19.8	20.2	19.7
Hungría	11.5	13.5	13.2	15.0	16.6	16.8	16.9	17.2	17.6
Islandia	8.7	9.8	10.5	11.5	12.0	12.3	12.6	12.9	13.1
Irlanda	11.1	10.7	11.4	11.1	11.2	11.5	11.9	12.2	12.6
Israel	6.7	8.6	9.1	9.8	9.9	10.0	10.3	10.7	10.9
Italia	10.7	13.1	14.7	18.1	20.4	20.5	20.8	21.0	21.4
Japón	7.1	9.1	12.1	17.4	23.0	23.3	24.1	25.1	26.0
Corea	3.1	3.8	5.1	7.2	11.0	11.4	11.8	12.2	12.7
Luxemburgo	12.4	13.6	13.3	14.2	13.8	13.7	13.8	13.8	14.1
México	4.6	4.3	4.3	5.2	6.2	6.3	6.4	6.5	6.7
Países Bajos	10.1	11.4	12.7	13.5	15.3	15.5	16.2	16.8	17.3
Nueva Zelanda	8.4	9.7	11.2	11.8	13.0	13.3	13.8	14.2	14.8
Noruega	12.8	14.6	16.3	15.2	14.8	15.0	15.3	15.6	15.8
Polonia	8.2	10.1	9.9	12.1	13.6	13.6	14.0	14.4	14.9
Portugal	9.2	11.1	13.2	16.0	18.3	18.7	19.1	19.4	19.3
República Eslovaca	9.1	10.5	10.2	11.4	12.4	12.6	12.8	13.1	13.5
Eslovenia	9.5	11.3	10.6	13.8	16.5	16.5	16.8	17.1	17.5
España	9.5	10.8	13.4	16.7	16.8	17.1	17.4	17.7	18.4
Suecia	13.5	16.2	17.7	17.3	18.0	18.4	18.7	19.0	19.3
Suiza	11.2	13.8	14.5	15.2	16.7	16.8	17.1	17.3	17.5
Turquía	4.3	4.7	4.2	5.3	7.0	7.2	7.3	7.5	7.7
Reino Unido	12.9	14.9	15.7	15.8	16.2	16.4	16.7	17.1	17.6
Estados Unidos	9.8	11.3	12.5	12.4	13.1	13.3	13.7	14.1	14.5
OECD (total)	9.8	11.4	12.0	13.4	15.0	15.2	15.5	15.9	16.2
Asociados									
Brasil	3.5	4.0	4.4	5.4	6.8	7.0	7.2	7.4	7.6
(Rep. Popular de)China	4.0	5.1	5.8	6.9	8.4	8.5	8.7	8.9	9.1
Colombia	..	..	5.0	5.7	6.7	6.9	7.0	7.2	7.3
Letonia	3.3	3.6	3.9	4.4	5.1	5.1	5.2	5.3	5.4
Lituania	3.3	3.6	3.8	4.7	5.0	5.1	5.1	5.2	5.3
India	11.9	13.0	11.8	14.9	18.3	18.5	18.7	18.9	18.7
Indonesia	9.9	11.3	10.8	13.8	17.6	18.0	18.2	18.3	17.2
Federación Rusa	7.7	10.2	10.0	12.4	12.8	12.7	12.9	13.0	13.3
Sudáfrica	3.4	3.1	3.2	3.4	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281523>

Tabla A.3. PIB per cápita en 2013 y tasas de crecimiento anual promedio, 1970 a 2013

	PIB per cápita en USD PPP	Tasa de crecimiento anual per cápita, en términos reales				
	2013	1970-80	1980-90	1990-2000	2000-10	2010-2013
Australia	44 976	1.3	1.5	2.4	1.6	1.3
Austria	45 082	3.5	2.1	2.2	1.1	0.9
Bélgica	41 573	3.2	1.9	2.0	0.9	-0.2
Canadá	42 839	2.8	1.4	1.8	0.8	1.1
Chile	22 178	..	..	5.0	3.1	4.5
República Checa	28 739	..	..	0.6	3.0	0.0
Dinamarca	43 782	1.9	2.0	2.3	0.3	-0.4
Estonia	25 823	..	..	..	3.9	5.2
Finlandia	39 869	3.4	2.7	1.9	1.3	-0.5
Francia	37 671	3.0	2.0	1.7	0.6	0.4
Alemania ¹	43 887	2.8	2.1	1.3	1.0	1.8
Grecia	25 854	3.6	0.2	1.7	1.5	-5.9
Hungría	23 336	..	..	..	2.2	1.0
Islandia	42 035	5.2	1.6	1.6	1.5	1.8
Irlanda	45 677	3.2	3.3	6.3	0.6	0.6
Israel	32 502	..	1.9	2.9	1.4	1.6
Italia	35 075	3.3	2.3	1.6	-0.1	-1.8
Japón	36 236	3.2	4.1	0.9	0.7	1.2
Corea	33 089	7.4	8.6	6.0	3.9	2.4
Luxemburgo	91 048	1.9	4.5	3.6	1.1	-0.8
México	16 891	3.7	-0.9	2.0	0.6	1.9
Países Bajos	46 162	2.3	1.7	2.5	0.9	-0.6
Nueva Zelanda	34 899	1.0	1.2	1.7	1.3	1.5
Noruega	65 640	4.1	1.2	4.0	0.9	1.6
Polonia	23 985	..	..	3.7	4.0	2.7
Portugal	27 509	3.5	3.0	2.6	0.5	-2.1
República Eslovaca	26 497	..	..	..	4.8	1.8
Eslovenia	28 859	..	..	1.9	2.4	-1.2
España	33 092	2.6	2.6	2.4	0.7	-1.3
Suecia	44 646	1.6	1.9	1.8	1.5	0.4
Suiza	56 940	1.0	1.6	0.5	1.0	0.5
Turquía	18 508	..	..	1.8	3.0	3.6
Reino Unido	38 255	2.0	2.7	2.1	1.1	0.6
Estados Unidos	53 042	2.1	2.4	2.2	0.7	1.3
OECD	38 123	2.9	2.3	2.4	1.6	0.7
Asociados						
Brasil	16 192	..	-0.6	0.8	2.4	1.9
(Rep. Popular de) China	11 661	..	7.7	9.3	9.9	7.7
Colombia	12 695	..	1.5	1.0	2.8	4.0
Costa Rica	13 872	..	..	..	2.6	3.0
India	5 406	..	3.3	3.5	5.9	4.8
Indonesia	10 023	..	3.4	2.6	3.9	4.4
Letonia	22 958	..	..	..	5.2	6.1
Lituania	25 715	..	..	..	5.4	6.0
Federación Rusa	25 247	..	..	..	5.1	2.8
Sudáfrica	12 553	..	-0.8	-0.1	1.9	1.0

1. Los datos anteriores a 1991 se refieren a Alemania Occidental.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Fondo Monetario Internacional, World Economic Outlook Database, abril 2015

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281533>

Tabla A.4. Gasto en salud per cápita en 2013 y tasas de crecimiento anual promedio, 2009 a 2013

	Gasto en salud per cápita en USD PPP	Tasa de crecimiento anual per cápita, en términos reales ¹				
	2013	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2005-13
Australia ²	3 866	-0.6	3.8	2.9	..	2.5
Austria	4 553	1.5	0.5	2.3	-0.3	1.6
Bélgica	4 256	-0.8	2.7	0.1	0.1	1.8
Canadá	4 351	2.0	-1.3	0.3	0.1	1.9
Chile ³	1 606	6.0	5.1	6.1	8.3	5.9
República Checa	2 040	-3.1	2.5	-0.1	-0.2	2.5
Dinamarca	4 553	-1.4	-1.4	0.2	-0.5	1.3
Estonia	1 542	-4.3	0.8	..	4.4	3.9
Finlandia	3 442	1.6	2.3	0.8	0.2	1.5
Francia	4 124	0.8	..	0.6	1.2	1.2
Alemania	4 819	3.0	0.8	2.7	1.7	2.4
Grecia	2 366	-10.9	-2.8	-12.2	-2.5	-2.3
Hungría	1 719	4.4	1.9	-2.2	-0.6	-0.8
Islandia	3 677	-6.1	0.1	1.3	3.4	0.0
Irlanda ²	3 663	-8.7	-4.1	1.1	..	1.2
Israel	2 428	3.1	2.9	5.7	2.8	2.7
Italia	3 077	1.1	-0.9	-3.0	-3.5	-0.6
Japón	3 713	5.2	4.9	3.0	..	3.7
Corea	2 275	8.1	4.0	4.4	5.3	7.2
Luxemburgo ²	4 371	-2.2	-5.8	-5.0	..	-2.1
México	1 048	1.3	-2.1	5.9	2.0	1.7
Países Bajos	5 131	2.3	1.7	3.2	-0.3	2.5
Nueva Zelanda	3 328	0.4	0.8	2.7	-1.3	2.4
Noruega ⁴	5 862	-0.1	2.6	1.9	0.6	1.6
Polonia	1 530	..	2.0	1.2	3.8	5.8
Portugal	2 514	1.1	-4.8	-5.0	-3.2	-0.9
República Eslovaca	2 010	..	-2.4	4.4	0.0	6.7
Eslovenia	2 511	0.9	0.1	-0.8	-1.4	1.4
España	2 898	-0.1	-0.6	-2.4	-3.8	1.0
Suecia	4 904	-0.3	..	1.4	2.0	1.4
Suiza	6 325	..	2.1	3.5	1.9	1.9
Turquía	941	-1.2	1.2	-0.7	5.4	3.0
Reino Unido	3 235	-1.3	-0.1	0.3	0.6	1.7
Estados Unidos	8 713	1.9	1.0	1.6	1.5	1.9
OECD	3 453	0.1	0.6	0.8	0.9	2.0
Asociados						
Brasil ⁵	1 471	7.7	2.4	..	..	4.2
(Rep. Popular de) China ⁵	649	6.1	12.3	12.5	..	12.0
Colombia ⁵	864	-1.0	1.9	7.4	..	5.9
Costa Rica ⁵	1 380	..	..	..	..	..
India ⁵	215	..	..	..	..	..
Indonesia ⁵	293	9.2	3.8	11.8	5.3	6.2
Letonia	1 216	-1.8	-1.8	2.5	3.7	1.7
Lituania	1 573	-3.7	3.4	1.9	1.3	4.9
Federación Rusa ⁵	1 653	-4.0	1.4	-0.3	1.8	6.3
Sudáfrica ⁵	1 121	1.9	2.0	5.3	1.3	2.1

1. Se utilizan unidades de moneda nacional a nivel de precio de PIB 2005.

2. Último año 2012.

3. Se usa el Índice de Precios al Consumidor (IPC) como deflactor.

4. El deflactor del PIB se refiere a Noruega continental.

5. Incluye inversión.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

WHO Global Health Expenditure Database

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281543>

Tabla A.5. Gasto en salud, porcentaje del PIB, 1980-2013

	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013
Australia	5.8	6.5	7.6	8.5	8.6	8.8 e	..
Austria	7.0	7.7	9.2	10.1	9.9	10.1	10.1
Bélgica	6.2	7.1	8.0	9.9	10.1	10.2	10.2 e
Canadá	6.6	8.4	8.3	10.6	10.3	10.2	10.2
Chile	..	..	6.4	6.7	6.7	7.0	7.3
República Checa	..	3.8	5.7	6.9	7.0	7.1	7.1
Dinamarca	8.4	8.0	8.1	10.4	10.2	10.4	10.4
Estonia	..	..	5.2	6.1	5.7	5.8	6.0
Finlandia	5.9	7.2	6.7	8.2	8.2	8.5	8.6
Francia	6.7	8.0	9.5	10.8	10.7	10.8	10.9
Alemania ¹	8.1	8.0	9.8	11.0	10.7	10.8	11.0
Grecia	..	6.0	7.2	9.2 e	9.7 e	9.1 e	9.2 e
Hungría	..	..	6.8	7.7	7.6	7.5	7.4
Islandia	5.8	7.4	9.0	8.8	8.6	8.7	8.7
Irlanda	7.5	5.6	5.6	8.5	8.0	8.1	..
Israel	7.0	6.6	6.8	7.0	7.0	7.4 e	7.5 e
Italia	..	7.0	7.6	8.9	8.8	8.8	8.8
Japón	6.4	5.8	7.4	9.5	10.0	10.1	10.2 e
Corea	3.5	3.7	4.0	6.5	6.5	6.7	6.9
Luxemburgo	..	..	5.9	7.2	6.8	6.6	..
México	..	4.3	4.9	6.2	5.9	6.1	6.2
Países Bajos	6.6	7.1	7.0	10.4	10.5	11.0	11.1
Nueva Zelanda	5.7	6.7	7.5	9.7 e	9.7 e	9.8 e	9.5 e
Noruega	5.4	7.1	7.7	8.9	8.8	8.8	8.9
Polonia	..	4.3	5.3	6.5	6.3	6.3	6.4
Portugal	4.8	5.5	8.3	9.8	9.5	9.3	9.1
República Eslovaca	..	..	5.3	7.8	7.5	7.7	7.6
Eslovenia	..	..	8.1	8.6	8.5	8.7	8.7
España	5.0	6.1	6.8	9.0	9.1	9.0	8.8
Suecia	..	7.3	7.4	8.5	10.6	10.8	11.0
Suiza	6.6	7.4	9.3	10.5	10.6	11.0	11.1
Turquía	2.4	2.5	4.7	5.3	5.0	5.0	5.1
Reino Unido	5.1	5.1	6.3	8.6	8.5	8.5	8.5
Estados Unidos	8.2	11.3	12.5	16.4	16.4	16.4	16.4
OECD	6.1	6.5	7.2	8.8	8.8	8.9	8.9
Asociados							
Brasil ¹	..	..	7.0	8.7	8.7	8.9	9.1
(Rep. Popular de) China ¹	..	..	4.6	5.0	5.1	5.4	5.6
Colombia ¹	..	..	5.9	6.8	6.5	6.8	6.8
Costa Rica ¹	..	..	7.1	9.7	10.2	10.1	9.9
India ¹	..	..	4.3	3.8	3.9	3.9	4.0
Indonesia ¹	..	..	1.8	2.7	2.7	2.9	2.9
Letonia	..	..	..	6.1	5.6	5.4	5.3
Lituania	..	..	..	6.8	6.5	6.3	6.1
Federación Rusa ¹	..	..	5.4	6.9	6.7	6.5	6.5
Sudáfrica ¹	..	..	8.3	8.7	8.6	8.9	8.9

| Ruptura en las series.

e: Estimación preliminar

1. Incluye inversión.

Fuente: Estadísticas de Salud OCDE 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

WHO Global Health Expenditure Database

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281551>

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO

La OCDE es un foro único donde los gobiernos trabajan conjuntamente para enfrentar los desafíos económicos, sociales y ambientales de la globalización. La OCDE está a la vanguardia de los esfuerzos para comprender y ayudar a los gobiernos a responder a nuevos desarrollos y preocupaciones, como el gobierno corporativo, la economía de la información y los desafíos del envejecimiento de la población. La organización proporciona un escenario donde los gobiernos pueden comparar experiencias con políticas, buscar respuestas a problemas comunes, identificar buenas prácticas, y trabajar para coordinar políticas nacionales e internacionales.

Los países miembros de la OCDE son: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, la República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, Luxemburgo, México, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, la República Eslovaca, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía, el Reino Unido y los Estados Unidos. La Unión Europea toma parte en el trabajo de la OCDE.

ODCE Publishing disemina ampliamente los resultados de la recolección de estadísticas de la Organización y la investigación en asuntos económicos, sociales y ambientales, así como las convenciones, directrices y estándares acordados por sus miembros.

Panorama de la Salud 2015

Indicadores de la OCDE

Esta nueva edición de *Panorama de la Salud* presenta la más reciente información comparable sobre el desempeño de los sistemas de salud en países de la OCDE. Donde es posible, contiene información de países socios (Brasil, China, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Letonia, Lituania, la Federación Rusa y Sudáfrica). En comparación con la edición anterior, esta nueva edición incluye un juego de tablas de indicadores de salud para resumir de manera clara y amigable las fortalezas y debilidades relativas de los países de la OCDE en diferentes indicadores clave de salud y desempeño de sistemas de salud, además de un enfoque especial en el sector farmacéutico. Esta edición también contiene nuevos indicadores sobre la migración de la fuerza laboral en salud y la calidad de la atención en salud.

CONTENIDOS:

Capítulo 1.	Tablas de indicadores de salud
Capítulo 2.	Enfoque especial: Tendencias en gasto en medicamentos y desafíos en el futuro
Capítulo 3.	Estado de salud
Capítulo 4.	Determinantes no médicos de la salud
Capítulo 5.	Fuerza laboral dedicada a la salud
Capítulo 6.	Actividades de atención a la salud
Capítulo 7.	Acceso a servicios de salud
Capítulo 8.	Calidad en el servicio
Capítulo 9.	Gasto en salud y financiamiento
Capítulo 10.	Sector farmacéutico
Capítulo 11.	Envejecimiento y cuidados de largo plazo

Esta publicación se puede consultar en línea en http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Este trabajo está publicado en la OECD iLibrary que compendia todos los libros de la OCDE, publicaciones periódicas y datos estadísticos. Visite www.ilibrary.org para mayor información.