Panorama de la Salud 2019

INDICADORES DE LA OCDE



CANIFARMA

Panorama de la Salud 2019

INDICADORES DE LA OCDE

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

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

Publicado originalmente por la OCDE en inglés con el título:
OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
http://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.

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

© 2020 CANIFARMA para esta traducción.

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

Créditos fotográficos: Cubierta ©wavebreakmedia/Shutterstock.com; Images - Estado de salud: ©Jirsak/Shutterstock.com, Factores de riesgo para la salud: ©Lecic/Shutterstock.com, Acceso a la Salud: ©Monkey Business/Shutterstock.com; Calidad y resultados de los servicios de salud: ©YAKOBCHUK VIACHESLAV/Shutterstock.com, Gasto en salud: ©Jaren Jai Wicklund/Shutterstock.com, Fuerza laboral dedicada a la salud: ©Flamingo Images/ Shutterstock.com, Actividades para el cuidado de la salud: ©Alliance Images/Shutterstock.com, Sector farmacéutico: ©Robert Kneschke/Shutterstock.com, Envejecimiento y cuidados de largo plazo: ©VGstockstudio/iStockphoto.com.

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

Prefacio

Panorama de la Salud presenta comparativos de indicadores clave de salud pública y el desempeño de los sistemas de salud de los países miembros de la OCDE, candidatos y países socios. La edición 2019 presenta los más recientes datos comparables de 80 indicadores, reflejando las diferencias entre países en el estado de salud, factores de riesgo y comportamientos que promueven la salud, acceso y calidad del cuidado, y los recursos financieros y físicos disponibles para la salud. Junto con un análisis de indicadores, se presenta un capítulo que resume el desempeño comparativo de los países y las principales tendencias, incluyendo el gasto en salud asociado con la dotación de personal en el sector, acceso, calidad y resultados. Esta edición también incluye un capítulo especial sobre resultados y experiencias reportados por pacientes.

La publicación de *Panorama de la Salud* no hubiese sido posible sin la contribución de los Corresponsales Nacionales de Información de los países de la OCDE. La organización reconoce con gratitud su esfuerzo al proporcionar la mayor parte de la información presentada en esta publicación, así como su retroalimentación detallada a la primera versión del reporte. Se extiende un especial reconocimiento a los miembros de los grupos de trabajo de las Encuestas de Indicadores Reportados por Pacientes (PaRIS, por sus siglas en inglés), en salud mental, cuidado de cáncer de mama, y reemplazo de cadera y rodilla, por su contribución al Capítulo 2, especialmente a aquellos individuos de países, padrones y organizaciones de salud que facilitaron la provisión de datos reportados por pacientes. La OCDE también reconoce la contribución de otras organizaciones internacionales, principalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO, por sus siglas en inglés) y Eurostat, por compartir información y comentarios. Aunque la Unión Europea proporcionó ayuda financiera y sustantiva para el trabajo relacionado con PaRIS, las opiniones y argumentos expresados en este documento no necesariamente reflejan los puntos de vista oficiales de los países de la Unión Europea miembros de la OCDE.

La presente publicación fue preparada por un equipo de la División Salud de la OCDE, coordinado por Chris James. El Capítulo 1 fue preparado por Chris James y Alberto Marino; el Capítulo 2 por Luke Slawomirski, Ian Brownwood, Emily Hewlett y Rie Fujisawa; el Capítulo 3 por Chris James, Viviane Azaïs, Eileen Rocard, Yuka Nishina y Emily Hewlett; el Capítulo 4 por Cristian Herrera, Jane Cheatley, Gabriel Di Paolantonio, Yuka Nishina y Michael Padget; el Capítulo 5 por Chris James, Michael Mueller, Viviane Azaïs, Alberto Marino y Marie-Clémence Canaud; el Capítulo 6 por Frédéric Daniel, Michael Padget, Eliana Barrenho, Rie Fujisawa, Luke Slawomirski e Ian Brownwood; el Capítulo 7 por David Morgan, Michael Mueller, Emily Bourke, Luca Lorenzoni, Alberto Marino y Chris James; el Capítulo 8 por Karolina Socha-Dietrich, Gaëlle Balestat, Gabriel Di Paolantonio, Emily Bourke y Emily Hewlett; el Capítulo 9 por Chris James, Gabriel Di Paolantonio, Gaëlle Balestat, Alberto Marino y Caroline Penn; el Capítulo 10 por Valérie Paris, Ruth Lopert, Suzannah Chapman, Martin Wenzl, Marie-Clémence Canaud y Michael Mueller; el Capítulo 11 por Elina Suzuki, Leila Pellet, Marie-Clémence Canaud, Thomas Rapp, Eliana Barrenho, Michael Padget, Frédéric Daniel, Gabriel Di Paolantonio, Michael Mueller y Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi. Las bases

de datos de la OCDE utilizadas en esta publicación son gestionadas por Gaëlle Balestat, Emily Bourke, Ian Brownwood, Marie-Clémence Canaud, Frédéric Daniel, David Morgan, Michael Mueller y Michael Padget.

Federico Guanais y Gaétan Lafortune proporcionaron comentarios detallados, además de las útiles contribuciones de Francesca Colombo, Mark Pearson, Stefano Scarpetta y Sarah Thomson. La asistencia editorial de Lucy Hulett, Lydia Wanstall y Marie-Clémence Canaud es igualmente apreciada con gratitud.

Índice

Resumen ejecutivo 9

Guía del lector 13

Capítulo 1. Perspectiva general de indicadores: desempeño comparativo de los países y tendencias principales 19
Introducción 20
Estado de salud 24
Factores de riesgo para la salud 26
Acceso a servicios de salud 28
Calidad de los servicios de salud 30
Recursos para servicios de salud 32
En qué medida el gasto en salud se traduce en mejor acceso, calidad, resultados y mayor número de profesionales de la salud? 34

Capítulo 2. Evaluación de lo primordial para sistemas de salud centrados en la gente 39
Introducción 40
Un sistema de salud centrado en la gente necesita evaluar lo que es primordial para los pacientes 40
Las tasas de reemplazo de articulaciones están creciendo, pero ¿reportan mejoría los pacientes? 44
Una mejor información sobre los resultados de la atención del cáncer de mama ayuda a los pacientes que enfrentan elecciones difíciles de tratamiento 50
Las mediciones de salud mental existentes dicen poco sobre las experiencias y resultados de la atención 56
Conclusión 59

Capítulo 3. Estado de salud 65
Tendencias en esperanza de vida 66
Esperanza de vida por género y nivel educativo 68
Principales causas de mortalidad 70
Mortalidad evitable (prevenible y tratable) 72
Mortalidad por enfermedades circulatorias 74
Incidencia y mortalidad por cáncer 76
Morbilidad por enfermedades crónicas 78
Salud infantil 80
Salud mental 82
Percepción del estado de salud 84

Capítulo 4. Factores de riesgo para la salud 87
Tabaquismo entre adultos 88

Consumo de alcohol entre adultos . . . 90
Uso de opioides . . . 92
Dieta y actividad física entre adultos . . . 94
Sobrepeso y obesidad entre adultos . . . 96
Sobrepeso y obesidad en la infancia . . . 98
Contaminación del aire y temperaturas extremas . . . 100

Capítulo 5. Acceso a servicios de salud . . . 103
Cobertura de población en servicios de salud . . . 104
Alcance de la cobertura de servicios de salud . . . 106
Uso de servicios básicos de salud . . . 108
Necesidades de servicios de salud no atendidas . . . 110
Dificultades financieras y gasto de bolsillo . . . 112
Distribución geográfica de médicos . . . 114
Tiempos de espera para cirugía electiva . . . 116

Capítulo 6. Calidad y resultados de los servicios de salud . . . 119
Prescripción en servicios primarios . . . 120
Seguridad en cuidados intensivos –complicaciones quirúrgicas e infecciones asociadas con servicios de salud . . . 122
Seguridad en cuidados intensivos –trauma obstétrico . . . 124
Admisiones hospitalarias evitables . . . 126
Cuidado de diabetes . . . 128
Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico . . . 130
Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés) . . . 132
Cirugía de cadera y rodilla . . . 134
Cuidados para personas con desórdenes de salud mental . . . 136
Resultados de cáncer de mama . . . 138
Detección y sobrevivencia al cáncer colorrectal . . . 140
Sobrevivencia a otros tipos importantes de cáncer . . . 142
Vacunación . . . 144
Experiencia de pacientes en atención ambulatoria . . . 146

Capítulo 7. Gasto en salud . . . 149
Gasto en salud per cápita . . . 150
Gasto en salud en relación al PIB . . . 152
Precios en el sector salud . . . 154
Gasto en salud por esquema de financiamiento . . . 156
Financiamiento público del gasto en salud . . . 158
Gasto en salud por tipo de servicio . . . 160
Gasto en salud por proveedor . . . 162
Gasto de capital en el sector salud . . . 164
Proyecciones de gasto en salud . . . 166

Capítulo 8. Fuerza laboral dedicada a la salud . . . 169
Fuerza laboral en salud y trabajo social . . . 170
Médicos (número total) . . . 172
Médicos por edad, género y categoría . . . 174
Remuneración de médicos (generales y especialistas) . . . 176

Personal de enfermería . . . 178
Remuneración de personal de enfermería . . . 180
Graduados de medicina . . . 182
Graduados de enfermería . . . 184
Migración internacional de médicos y personal de enfermería . . . 186

Capítulo 9. Actividades para el cuidado de la salud . . . 189
Consultas médicas . . . 190
Tecnología médica . . . 192
Camas de hospital y altas hospitalarias . . . 194
Tiempo promedio de hospitalización . . . 196
Reemplazo de cadera y rodilla . . . 198
Cesáreas . . . 200
Cirugía ambulatoria . . . 202

Capítulo 10. Sector Farmacéutico . . . 205
Gasto en medicamentos . . . 206
Farmacéuticos y farmacias . . . 208
Consumo de medicamentos . . . 210
Genéricos y biosimilares . . . 212
Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico . . . 214

Capítulo 11. Envejecimiento y cuidados de largo plazo . . . 217
Tendencias demográficas . . . 218
Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad . . . 220
Autoreportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad . . . 222
Demencia . . . 224
Seguridad en la prescripción de poblaciones de adultos mayores . . . 226
Seguridad en cuidados de largo plazo . . . 228
Receptores de cuidado de largo plazo . . . 230
Cuidadores informales . . . 232
Personal de cuidados de largo plazo . . . 234
Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales . . . 236
Gasto en cuidados de largo plazo y costos unitarios . . . 238

Siga las publicaciones de la OCDE en:





http://twitter.com/OECD_Pubs



http://www.facebook.com/OECDPublications



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



http://www.youtube.com/oecdilibrary



http://www.oecd.org/oecddirect/

Esta publicación tiene...

StatLinks

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

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

Resumen ejecutivo

Panorama de la Salud 2019 presenta los más recientes datos comparables y tendencias sobre el estado de salud de las poblaciones y el desempeño de los sistemas de salud en países miembros de la OCDE, candidatos y países socios.

El aumento de la longevidad se está estancando; las enfermedades crónicas y mentales afectan cada vez a más gente

- En los países miembros de la OCDE, una persona nacida ahora puede esperar vivir 81 años en promedio. Sin embargo, el incremento en la esperanza de vida ha decrecido en casi todos los países de la OCDE, especialmente en Estados Unidos, Francia y los Países Bajos. 2015 fue un año particularmente malo, pues la esperanza de vida disminuyó en 19 países.
- Las causas son diversas. El incremento de los niveles de obesidad y diabetes dificulta mantener los avances que se habían logrado en prevenir muertes por enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares. Las enfermedades respiratorias, como la influenza y la neumonía, han cobrado más vidas en años recientes, particularmente entre la población de mayor edad.
- En algunos países, la crisis de opioides ha causado más muertes de adultos en edad laboral a causa de envenenamiento accidental. Las muertes relacionadas con el consumo de opioides se han incrementado en 20% desde 2011, cobrando alrededor de 400 000 muertes solamente en los Estados Unidos. También son relativamente altas en Canadá, Estonia y Suecia.
- Los infartos, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades circulatorias causan alrededor de una de cada tres muertes en los países de la OCDE; y una de cada cuatro están relacionadas con el cáncer. Se podrían haber evitado casi 3 millones de muertes prematuras con una mejor prevención y mejores cuidados.
- Alrededor de uno de cada diez adultos considera estar en mal estado de salud. Esto refleja en parte la carga de las enfermedades crónicas - casi un tercio de los adultos viven con dos o más condiciones crónicas. Las enfermedades mentales también representan una fuerte carga, pues se estima que una de cada dos personas experimentan algún problema de salud mental durante su vida.

El tabaquismo, el consumo dañino de alcohol y la obesidad siguen causando muertes prematuras y empeorando la calidad de vida de las personas

- Los estilos de vida poco saludables -notablemente el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y obesidad- son la causa de muchas enfermedades crónicas, causando muertes prematuras y dañando la calidad de vida.
- Aunque las tasas de tabaquismo están disminuyendo, 18% de los adultos fuman diariamente.
- El consumo de alcohol promedió 9 litros de alcohol puro por persona por año en los países de la OCDE, equivalente a casi 100 botellas de vino. Casi 4% de los adultos presentaron dependencia del alcohol.

- Las tasas de obesidad continúan creciendo en la mayoría de los países de la OCDE, con 56% de los adultos y casi un tercio de los niños entre 5 y 9 años de edad con sobrepeso.
- La contaminación del aire causó alrededor de 40 muertes por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE. Las tasas de mortalidad fueron mucho más altas en India y China, países socios, con 140 muertes por cada 100 000 habitantes.

Las barreras para el acceso a servicios de salud persisten, particularmente entre los menos favorecidos

- Se estima que uno de cada cinco adultos que necesitaba consultar a un médico no lo hizo, y los menos favorecidos tienen peor acceso a servicios de salud. La adopción de pruebas de detección de cáncer también es más baja entre los más pobres, aunque la mayoría de los países de la OCDE cuentan con programas de detección gratuitos.
- El pago directo en los hogares (gasto de bolsillo) representa más de una quinta parte del total del gasto en salud en promedio en los países de la OCDE, y más del 40% en Letonia y México. El costo provoca que la gente retrase o evite la consulta médica, y es tres veces más probable que los menos favorecidos no atiendan sus necesidades de salud por razones financieras.
- Los tiempos de espera y las dificultades de transporte dificultan el acceso a servicios de salud en algunos países. Por ejemplo, los tiempos de espera para una cirugía de reemplazo de rodilla fueron de más de un año en Chile, Estonia y Polonia.
- Estas limitaciones de acceso ocurren aún cuando la mayoría de los países tienen cobertura universal o casi universal para un conjunto de servicios básicos. Parte de la explicación es el alto costo compartido, la exclusión de servicios de paquetes de beneficios o el racionamiento implícito de los servicios. La falta de conocimiento sobre cuidados de la salud, estrategias erróneas de comunicación y mala calidad de la atención son factores que también contribuyen a los problemas de acceso.

La calidad de la atención está mejorando en términos de seguridad y efectividad, pero debe ponerse mayor atención en los resultados y experiencias reportados por los pacientes

- La seguridad de los pacientes ha mejorado en muchos indicadores, pero aún hace falta hacer más. Por ejemplo, 5% de los pacientes hospitalizados tuvieron una infección relacionada con el servicio de salud.
- Los sistemas sólidos de atención primaria prestan buen cuidado a los pacientes y pueden tratar los casos menos complicados. También alivian la carga de trabajo de los hospitales: las hospitalizaciones evitables por condiciones crónicas han disminuido en la mayoría de los países de la OCDE, particularmente Corea, Lituania, México y Suecia.
- En términos de atención de condiciones agudas, el número de gente que muere por un infarto o un accidente cerebrovascular es menor, siendo Noruega e Islandia los países con menores tasas de mortalidad por ambas condiciones. Además de la adherencia a la medicina basada en evidencia, la oportunidad de la atención es crítica.
- Las tasas de sobrevivencia para una variedad de tipos de cáncer también se han incrementado, lo que refleja una mejor calidad de los cuidados preventivos y curativos. Por ejemplo, en todos los países de la OCDE, las mujeres que tienen un diagnóstico temprano de cáncer de mama tienen 90% más probabilidades de sobrevivencia de al menos cinco años.
- La mejor comprensión de la calidad de los servicios de salud requiere mediciones de lo que es importante para la población. Sin embargo, son pocos los sistemas de salud que de manera rutinaria preguntan a los pacientes sobre los resultados de la atención y sus experiencias.

Por ejemplo, después de un reemplazo de cadera, la calidad de vida de un individuo -en términos de movilidad, autocuidado, actividad, dolor y depresión- mejoraron en promedio alrededor de 20%.

Los países tienen gastos en salud altos, pero éstos no siempre el gasto se destina apropiadamente

- El gasto en salud fue en promedio de alrededor de USD 4 000 por persona (ajustado por la paridad de poder adquisitivo, PPA) en los países de la OCDE. En Estados Unidos el gasto es mayor que en los demás países por un margen considerable, con más de USD 10 000 por habitante. México tiene el gasto más bajo, con alrededor de USD 1 150 por habitante.
- El gasto en salud ha sobrepasado por mucho el crecimiento económico en el pasado, y a pesar de una desaceleración en los años recientes, se espera que siga siendo mayor en el futuro. Los estimados más recientes apuntan a que el gasto en salud sea de 10.2% del PIB en 2030 en los países de la OCDE, en comparación con 8.8% en 2018. La sustentabilidad de este gasto genera preocupación, particularmente porque casi todos los países obtienen fondos de recursos públicos.
- Las reformas para mejorar la eficiencia financiera son críticas. El incremento en el uso de medicamentos genéricos ha permitido ahorros, aunque estos productos representan solamente alrededor de la mitad del volumen de los productos farmacéuticos que se venden en los países de la OCDE. El aumento del número de cirugías ambulatorias, la disminución de las tasas de hospitalización y las estancias más cortas, también pueden ser indicadores de un uso más eficiente de los recursos hospitalarios.
- En todos los países, los sistemas sociales y de salud emplean un número mayor de personal hoy día que nunca antes históricamente, con alrededor de uno de cada diez empleos en salud o cuidado social. El traslado de responsabilidades de los médicos a los enfermeros y otros profesionales de la salud, pueden aliviar la presión de los costos altos y mejorar la eficiencia.
- El envejecimiento de la población ha incrementado la demanda de servicios de salud, particularmente de cuidados de largo plazo. Esto aumenta la presión en los miembros de las familias, particularmente las mujeres, con alrededor de 13% de las personas de 50 años de edad y mayores proporcionando cuidados informales al menos semanalmente a un familiar o amigo dependiente. Hacia 2050, la proporción de población de 80 años de edad y mayores será más del doble.

Guía del lector

Panorama de la Salud 2019: Indicadores de la OCDE presenta comparativos de indicadores clave de salud y desempeño de los sistemas de salud de los 36 países miembros de la OCDE. Los países candidatos y socios se incluyeron en la medida de lo posible -Brasil, República Popular China (China), Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Lituania, la Federación de Rusia (Rusia) y Sudáfrica. El 25 de mayo de 2018, el Consejo de la OCDE invitó a Colombia a integrarse como Miembro. Cuando esta publicación se preparaba, el instrumento de adhesión de Colombia a la Convención de la OCDE estaba pendiente todavía, y por lo tanto Colombia no aparece en la lista de miembros de la OCDE y no se incluye en los agregados de la zona OCDE.

La información presentada en esta publicación proviene de estadísticas oficiales de los países, a menos que se indique otra cosa.

Marco conceptual

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

Existen muchos factores ajenos al sistema de salud que tienen impacto en el estado de salud, particularmente el nivel de ingreso y educativo, el entorno físico en el que la gente vive, y el grado en el que adoptan estilos de vida saludables. El contexto demográfico, económico y social también afecta la demanda y oferta de servicios de salud y finalmente el estado de salud.

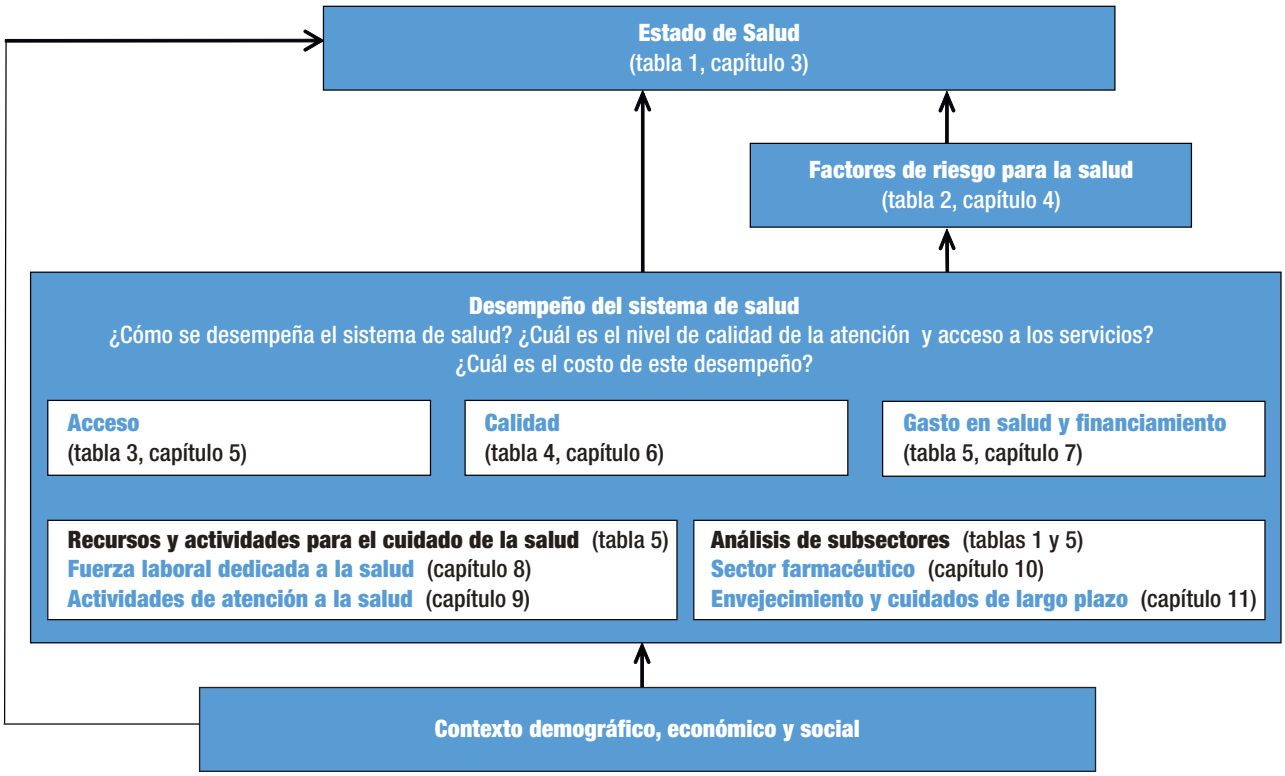
Al mismo tiempo, el desempeño de un sistema de salud tiene una fuerte influencia en el estado de salud de la población. Cuando los servicios de salud son de buena calidad y accesibles para toda la población, los resultados son mejores. La consecución de las metas de acceso y calidad, y en última instancia de mejores resultados de salud, depende en forma crítica de que el gasto en salud sea suficiente. Este gasto incluye suficiente personal sanitario prestando los servicios requeridos, así como los bienes y servicios necesarios para prevenir y tratar enfermedades. Sin embargo, estos recursos deben ser invertidos sensatamente para maximizar la relación costo-beneficio.

Estructura de la publicación

Panorama de la Salud 2019 compara a los países de la OCDE en cada componente de este marco general. El documento consta de once capítulos. El primero presenta una **perspectiva general de salud y desempeño de los sistemas de salud** basada en un subgrupo de indicadores clave del reporte. Una serie de tablas por país muestran las fortalezas y debilidades relativas de los sistemas de salud de los países de la OCDE, junto con información

resumida de la OCDE en conjunto. Los vínculos entre el gasto en salud y los resultados importantes para la población también son ilustrados.

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



Fuente: Adaptado de Carinci, F. et al. (2015), "Towards Actionable International Comparisons of Health System Performance: Expert Revision of the OECD Framework and Quality Indicators", International Journal for Quality in Health Care, Vol. 27, No. 2, pp. 137-146.

En el segundo capítulo se presenta un enfoque especial en **resultados y experiencias reportados por pacientes**, y los indicadores ofrecen mejores medidas de lo que es importante para los pacientes. Describe los motivos para recolectar y usar información reportada por los pacientes. También proporciona resultados preliminares de algunos países en tres áreas clínicas: reemplazos de cadera y de rodilla electivos, atención de cáncer de mama y salud mental.

En los siguientes nueve capítulos se ofrecen comparaciones detalladas entre países de una variedad de indicadores de salud, incluyendo cuando ha sido posible, análisis de tendencias temporales e información desglosada por demografía y características socioeconómicas.

En el capítulo 3 sobre el **estado de salud**, se destacan las variaciones en esperanza de vida entre los países, principales causas de mortalidad, incidencia de enfermedades y otros indicadores de la salud de la población. En este capítulo también se incluyen medidas de desigualdad en el estado de salud por nivel educativo y de ingresos tales como la esperanza de vida y autoevaluación de la salud.

En el capítulo 4 se analizan los **factores de riesgo para la salud**, con un enfoque en los comportamientos individuales relacionados con la salud, la mayoría de los cuales pueden ser modificados por políticas efectivas de salud pública y prevención. Se incluyen los principales

factores de riesgo para enfermedades no transmisibles relacionadas con el tabaquismo, el alcohol y la obesidad, e información nueva sobre uso de opioides. También se analizan los estilos de vida saludables y la exposición de la población a la contaminación del aire y las temperaturas extremas.

En el capítulo 5, sobre **acceso a los servicios de salud**, se estudia la medida en que la población tiene acceso a los servicios, prestando especial atención a las desigualdades socioeconómicas. Se presentan también las medidas generales de cobertura de la población, así como las consecuencias financieras en los hogares por el acceso a los servicios.

En el capítulo 6 se evalúa la **calidad y resultado de los servicios de salud** en términos de seguridad de los pacientes, efectividad clínica, y la respuesta personal al tratamiento. Se incluyen los indicadores del ciclo completo del servicio, desde la prevención hasta la atención primaria, de enfermedades crónicas y agudas. Esto incluye el análisis de prácticas de prescripción, manejo de condiciones crónicas, atención de infartos y accidentes cerebrovasculares, salud mental, atención de cáncer y prevención de enfermedades transmisibles.

En el capítulo 7, sobre **gasto en salud y financiamiento**, se comparan los montos de gasto de los países per cápita en relación con su PIB. Se analizan las diferencias en los gastos, la medida en que los países financian los servicios de salud a través de esquemas de prepago o de gasto de bolsillo directo de los hogares, y la mezcla de fondos públicos y privados. También se examina el gasto por proveedor y tipo de servicio. Finalmente, se presentan proyecciones del gasto estimado a 2030 bajo diferentes escenarios de políticas.

En el capítulo 8 se analiza la **fuerza laboral dedicada a la salud**, particularmente el suministro y nivel de remuneración de médicos y enfermeros. Asimismo, se presenta información sobre el número de graduados de programas de educación médicos y de enfermería. Se comparan indicadores de migración internacional de médicos y enfermeros de los países, en términos de su dependencia de personal capacitado en el extranjero.

En el capítulo 9, sobre **actividades para el cuidado de la salud**, se describen algunas de las principales características de la prestación de servicios de salud, comenzando con el número de consultas con médicos, que con frecuencia es el "punto de acceso" de los pacientes a los sistemas de salud. Se incluyen comparativos del uso y suministro de servicios hospitalarios, en términos de altas, número de camas y tiempos promedio de hospitalización. También se analizan la utilización de tecnologías médicas, procedimientos quirúrgicos comunes y el incremento de cirugías ambulatorias.

En el capítulo 10, se revisa detalladamente el **sector farmacéutico**. El análisis del gasto en medicamentos da una idea de la variación del tamaño del mercado en diferentes países, así como la inversión en investigación y desarrollo. Asimismo se comparan el número de farmacéuticos y de farmacias, el consumo de ciertos productos de alta demanda y el uso de medicamentos genéricos y biosimilares.

El capítulo 11 se centra en **envejecimiento y cuidados de largo plazo**. Se evalúan los factores clave que afectan la demanda de cuidados de largo plazo, como las tendencias demográficas y los indicadores de estado de salud de poblaciones de edad avanzada. Se comparan datos de demencia en términos de prevalencia y de la calidad del cuidado, como la seguridad de la población de edad avanzada. Se evalúan los indicadores de receptores de cuidados de largo plazo y los cuidadores formales e informales a su cargo, así como las tendencias de gasto en cuidados de largo plazo.

Presentación de los indicadores

Con excepción de los primeros dos capítulos, los indicadores incluidos en el resto de la publicación se presentan en dos páginas. En la primera se define el indicador, se resaltan los hallazgos clave mostrados por las cifras y las percepciones de políticas relacionadas, y señala variaciones significativas de metodología por país que pudieran afectar la comparabilidad de los datos. También se presentan algunas referencias clave.

En la página opuesta se presentan un conjunto de figuras que típicamente muestran los niveles del indicador en la actualidad y cuando es posible, las tendencias en el tiempo. Cuando se incluye un promedio de la OCDE en alguna figura, se trata del promedio no ponderado de los países de la OCDE incluidos, a menos que se especifique otra cosa. El número de países considerados en el promedio de la OCDE se indica en la misma figura y para tablas que muestran más de un año, el número se refiere al último año.

Limitaciones en la información

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

Fuentes de información

Se invita a los lectores interesados en el uso de la información presentada en este documento para análisis posteriores e investigación a consultar la documentación completa de definiciones, fuentes y métodos presentada en la base de datos en línea *Estadísticas de Salud de la OCDE (OECD Health Statistics)* en OECD.Stat en *https://oe.cd/ds/health-statistics.* Hay más información información sobre Estadísticas de Salud de la OCDE disponible en *http://www.oecd.org/health/health-data.htm.*

Cifras de población

Las cifras de población usadas para calcular las tasas per cápita a lo largo de la publicación provienen de Eurostat para países europeos, y de datos de la OCDE basados en *UN Demographic Yearbook* y en *UN Population Prospects* (diferentes ediciones), o estimados por país para miembros de la OCDE no europeos (datos extraídos a principios de junio de 2019). Se utilizan estimados de mitad del año. Los estimados de población están sujetos a revisión, así que pueden diferir de las cifras más recientemente publicadas por las dependencias de estadísticas oficiales de los países miembros de la OCDE.

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

Códigos ISO de los países miembros de la OCDE

Alemania	DEU	Israel	ISR
Australia	AUS	Italia	ITA
Austria	AUT	Japón	JPN
Bélgica	BEL	Letonia	LVA
Canadá	CAN	Lituania	LTU
Chile	CHL	Luxemburgo	LUX
Corea	KOR	México	MEX
Dinamarca	DNK	Noruega	NOR
Estonia	EST	Nueva Zelanda	NZL
Eslovenia	SVN	Países Bajos	NLD
España	ESP	Polonia	POL
Estados Unidos	USA	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 los países socios de la OCDE

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

Capítulo 1

Perspectiva general de indicadores: desempeño comparativo de los países y tendencias principales

En este capítulo se analiza un conjunto de indicadores primordiales de salud y sistemas de salud. Las tablas por país ilustran cómo se comparan los países de la OCDE en cinco dimensiones: estado de salud, factores de riesgo para la salud, acceso, calidad y resultados, así como recursos para el cuidado de la salud. Las instantáneas de la OCDE resumen la medida de la variación del desempeño de los países, así como las tendencias temporales. Finalmente, las gráficas de cuadrante ilustran el gasto en salud que se asocia con la dotación de personal, acceso, calidad y resultados de los servicios de salud.

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

Introducción

Los indicadores de salud ofrecen un útil 'panorama' sobre el estado de salud de las poblaciones y el desempeño de los sistemas de salud. En este capítulo introductorio se presenta un resumen general de 20 indicadores principales en todos los países de la OCDE. También se revisa el grado en que el gasto en salud se asocia con la dotación de personal sanitario, acceso, calidad y resultados de los servicios de salud.

Este análisis comparativo no señala cuáles países tienen los sistemas con mejor desempeño general, sino que identifica las fortalezas y debilidades relativas de los países de la OCDE. Esto puede ayudar a los encargados de la formulación de políticas identificar áreas de acción prioritarias para sus países, y los capítulos subsecuentes de Panorama de la Salud proporcionan un conjunto más detallado de indicadores, organizados por área temática.

En este capítulo se analizan cinco dimensiones de la salud y los sistemas de salud, con lo que se cubren aspectos esenciales de la salud de las poblaciones y el desempeño de los sistemas de salud. Para cada una de estas dimensiones, se analizan cuatro indicadores resumen (Tabla 1.1). Estos indicadores se seleccionan de la publicación con base en su relevancia y viabilidad desde una perspectiva de política pública, así como desde la consideración más práctica de disponibilidad de datos en todos los países.

Tabla 1.1. **Salud de la población y desempeño del sistema de salud: indicadores resumen**

Dimensión	Indicador
Estado de salud (capítulos 3 y 11)	Esperanza de vida - años de vida al nacer Mortalidad evitable - muertes por cada 100 000 habitantes (estandarizado por edad) Morbilidad por enfermedades crónicas - prevalencia de diabetes (% de adultos, estandarizado por edad) Autoevaluación de la salud - población con mala salud (% de población de 15 años y mayores)
Factores de riesgo para la salud (capítulo 4)	Tabaquismo - fumadores habituales (% de la población de 15 años y mayores) Alcohol - consumo en litros per cápita (población de 15 años y mayores) Sobrepeso/obesidad - población con IMC>=25kg/m2 (% de población de 5 años y mayores
Acceso a servicios de salud (capítulo 5)	Cobertura de población - población elegible para servicios básicos (% de población) Protección financiera - gasto cubierto por esquemas de prepago (% del gasto total) Cobertura de servicio, servicios básicos - probabilidad de visitar a un médico ajustada por necesidad (% de población de 15 años y mayores) Cobertura de servicio, cuidados preventivos - probabilidad de pruebas de detección de cáncer cervicouterino (% de población de 15 años y mayores)
Calidad de los servicios de salud (capítulo 6)	Seguridad en la prescripción - prescripción de antibióticos (dosis diaria definida por cada 1000 habitantes) Efectividad de servicios básicos - admisiones evitables por asma/EPOC (por cada 100 000 habitantes, estandarizado por edad y género) Efectividad de servicios secundarios - mortalidad en 30 días después de infarto agudo de miocardio, IAM (AMI, por sus siglas en inglés) (por cada 100 000 habitantes estandarizado por edad y género) Efectividad en la atención de cáncer - sobrevivencia neta de 5 años por cáncer de mama (% estandarizado por edad)
Recursos para servicios de salud (capítulos 7-10)	Gasto en salud - per cápita (Dólares americanos con base en paridad de poder adquisitivo) Proporción del gasto en salud - como % del PIB Médicos - número de médicos practicantes (por cada 1000 habitantes) Personal de enfermería - número de enfermeros practicantes (por cada 1000 habitantes)

Nota: EPOC = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM = infarto agudo de miocardio; IMC = Índice de masa corporal

Con base en estos indicadores, se presentan tablas por país para cada una de estas cinco dimensiones, que comparan el desempeño de los países entre sí, y con el promedio de la OCDE. Para cada indicador, los países se clasifican en tres grupos con código de color:

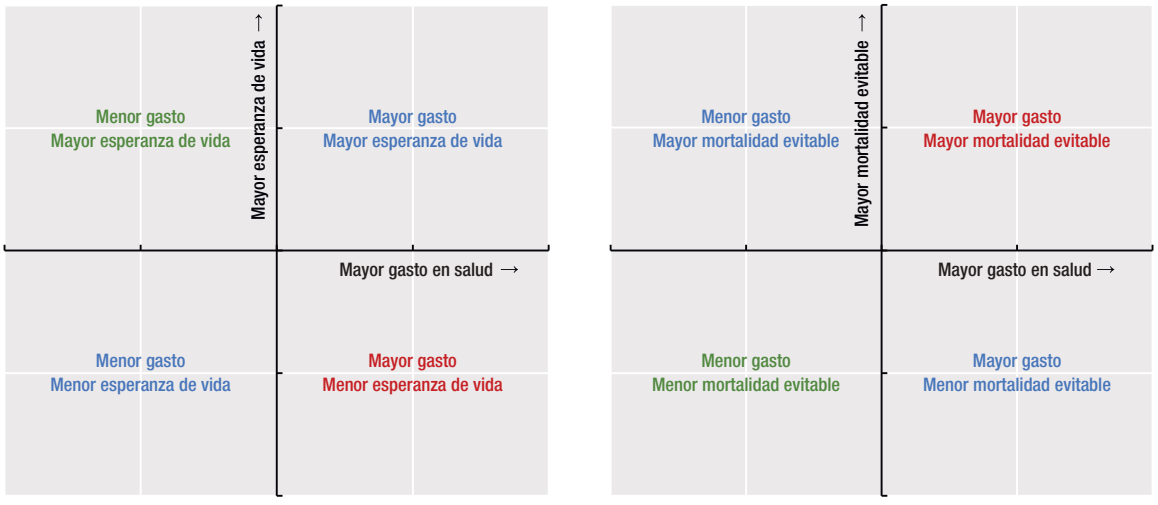
- Azul, cuando el desempeño del país es cercano al promedio de la OCDE
- Verde, cuando el desempeño del país es considerablemente superior que el promedio de la OCDE
- Rojo, cuando el desempeño del país es considerablemente inferior que el promedio de la OCDE

La única excepción a esta clasificación es la de la tabla de recursos para servicios de salud (Tabla .6), en la que los indicadores no pueden ser clasificados en forma estricta como mejor o peor desempeño. Por esta razón, el código de color en esta tabla es de tonos de azul más claros y obscuros para indicar que un país tiene considerablemente más o menos recursos para cierto servicio de salud que el promedio de la OCDE.

En las instantáneas de la OCDE se presentan estadísticas resumidas que acompañan a cada uno de estos indicadores. Complementan las tablas por país pues muestran un panorama general de la OCDE para cada indicador. Los valores más altos y más bajos de cada indicador, junto con el promedio de la OCDE dan un sentido general del grado de variación entre países. También se muestran los países que han tenido mejoras comparativamente grandes en algún indicador en un período de tiempo.

Finalmente, en las tablas de cuadrantes se ilustran las relaciones básicas del gasto en salud de los países con la efectividad de sus sistemas de salud; es decir, se muestra el grado en que un mayor gasto en salud se traduce en mejores resultados de los servicios, mejor calidad y acceso a los mismos en todos los países de la OCDE, al tiempo de reconocer la importancia de los principales factores de riesgo. También se explora la relación entre el gasto y el número de profesionales de la salud. En estas tablas se muestran relaciones simples a nivel macro entre indicadores, más que relaciones causales, pues su propósito es estimular discusiones más profundas sobre el establecimiento de prioridades en las políticas, al enfatizar áreas en las que los países podrían potencialmente mejorar. El centro de cada tabla es el promedio de la OCDE, y el gasto en salud aparece en el eje x, y la otra variable de interés en el eje y. La Figura 1.1 muestra la interpretación básica de cada cuadrante, con las variables de resultados de los servicios de salud como ejemplo.

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



Metodología, interpretación y uso

Tablas por país

La clasificación de países como cercanos, superiores, o inferiores al promedio de la OCDE se basa en la desviación estándar de cada indicador (una medida estadística común de dispersión). Se prefiere este método en lugar de un porcentaje fijo o un número fijo de países por categoría, pues refleja la variación; es decir, qué tan lejos está un país del promedio de la OCDE. Los países se clasifican como "cercanos al promedio de la OCDE" (azul), cuando el valor para cualquier indicador está dentro de una desviación estándar del promedio de la OCDE para el año más reciente. Los valores que son especialmente atípicos (de más de tres desviaciones estándar) se excluyen del cálculo de la desviación estándar para evitar distorsiones estadísticas. Estas excepciones se muestran al pie de las tablas correspondientes.

Para un indicador típico, alrededor del 65% de los países (24-25 países) serán equivalentes al promedio de la OCDE, y el restante 35% serán significativamente superiores (verde) o inferiores (rojo). Cuando el número de países que se encuentran cerca del promedio de la OCDE es mayor (menor), significa que la variación entre países es relativamente baja (alta) para ese indicador. Por ejemplo, para índices de obesidad, 27 países están cerca del promedio de la OCDE. En comparación, para mortalidad evitable, solo 16 países están cerca del promedio de la OCDE.

Instantáneas de la OCDE

Para cada indicador se muestran el promedio de la OCDE, y los valores más alto y más bajo para el último año disponible, que corresponden con los datos presentados en los principales capítulos del documento. Los países con incrementos comparativamente grandes en el tiempo en algún indicador también se muestran.

Tablas de cuadrantes

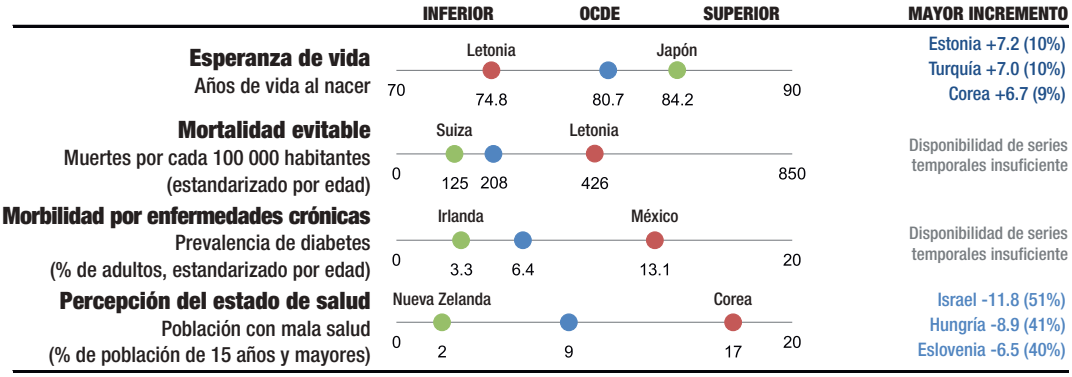
En las tablas de cuadrante se muestran el gasto en salud per cápita en relación con otro indicador de interés (en resultados, calidad, acceso y recursos físicos de los servicios de salud). Se muestra el porcentaje de diferencia de cada indicador en comparación con los promedios de la OCDE. La intersección de los ejes representa el promedio de la OCDE para ambos indicadores, de modo que las desviaciones del punto medio muestran los países que se desempeñan por encima o por debajo del promedio de la OCDE. También se incluye una línea de correlación simple. Cada país tiene un código de color con base en un índice simple (no ponderado) de factores de riesgo que promedia variables de tabaquismo, consumo de alcohol y obesidad (con la misma interpretación de los colores azul, verde y rojo que en las tablas por país).

Los datos del último año disponible se emplean para ambas variables en las tablas de cuadrantes. Una limitación de este enfoque es que no se toman en cuenta los efectos retardados -por ejemplo, pueden pasar algunos años antes de que un mayor gasto en salud se traduzca en una mayor esperanza de vida, o para que los factores de riesgo se traduzcan en tasas más altas de mortalidad evitable.

Estado de salud

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

Figura 1.2. **Instantánea del estado de salud en los países de la OCDE**



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

En todos estos indicadores, Japón, España, Suiza y Países Bajos tienen en general los mejores resultados de salud. Hungría, Letonia, México, Polonia y República Eslovaca están consistentemente debajo del promedio de la OCDE en estos indicadores. Los sistemas de salud más sólidos contribuyen a las mejoras en los resultados, al ofrecer mayor accesibilidad y calidad en el servicio. Las diferencias en los factores de riesgo, como el tabaquismo, consumo de alcohol e índices de obesidad, también explican la variación de los resultados entre países. Otros determinantes más amplios tienen también un impacto en la salud, en especial los niveles más altos de ingresos, educación y mejores condiciones de vida.

Japón, Suiza y España lideran un grupo de 26 países de la OCDE en los que la esperanza de vida al nacer supera los 80 años. En un segundo grupo que incluye a Estados Unidos y a varios países de Europa central y del este, la esperanza de vida es de 77 a 80 años. Letonia, Lituania, México y Hungría tienen la menor esperanza de vida, de menos de 76 años en 2017. Mientras que la esperanza de vida se ha incrementado constantemente en el tiempo en todos los países de la OCDE, los incrementos de longevidad se han desacelerado en años recientes.

Las tasas de mortalidad evitable (por causas prevenibles y tratables) más bajas fueron las de Suiza, Islandia, Japón, Suiza y Noruega, donde menos de 300 de cada 100 000 habitantes murieron en forma prematura. Letonia, Lituania y Hungría tuvieron las tasas de mortalidad evitable más alta, con más de 800 muertes prematuras por cada 100 000 habitantes.

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

Tabla 1.2. **Estado de Salud**

	Esperanza de vida		Mortalidad evitable		Morbilidad por enfermedades crónicas		Percepción del estado de salud	
	Años de vida al nacer		Muertes por cada 100 000 habitantes (estandarizado por edad)		Prevalencia de diabetes (% de adultos, estandarizado por edad)		Población con mala salud (% de población de 15 años y mayores)	
OCDE	80.7	◉	208	◉	6.4	◉	8.7	◉
Alemania	81.1	◉	186	◉	8.3	☒	8.4	◉
Australia	82.6	◉	145	☑	5.1	◉	3.7	☑
Austria	81.7	◉	175	◉	6.4	◉	8.1	◉
Bélgica	81.6	◉	172	◉	4.3	☑	8.6	◉
Canadá	82.0	◉	176	◉	7.4	◉	3.2	☑
Chile	80.2	◉	206	◉	8.5	☒	6.6	◉
Corea	82.7	◉	159	◉	6.8	◉	17.0	☒
Dinamarca	81.2	◉	184	◉	6.4	◉	7.5	◉
Estonia	78.2	☒	297	☒	4.0	☑	14.6	☒
Eslovenia	81.1	◉	210	◉	7.3	◉	9.7	◉
España	83.4	☑	146	☑	7.2	◉	6.6	◉
Estados Unidos	78.6	◉	262	☒	10.8	☒	2.6	☑
Finlandia	81.7	◉	184	◉	5.8	◉	5.7	◉
Francia	82.6	◉	154	☑	4.8	◉	8.3	◉
Grecia	81.4	◉	187	◉	4.6	☑	10.4	◉
Hungría	75.9	☒	388	☒	7.6	◉	11.9	◉
Irlanda	82.2	◉	172	◉	3.3	☑	3.4	☑
Islandia	82.7	◉	140	☑	5.3	◉	6.4	◉
Israel	82.6	◉	134	☑	6.7	◉	10.9	◉
Italia	83.0	◉	143	☑	4.8	◉	5.8	◉
Japón	84.2	☑	138	☑	5.7	◉	14.1	☒
Letonia	74.8	☒	426	☒	4.9	◉	15.5	☒
Lituania	75.6	☒	385	☒	3.7	☑	16.4	☒
Luxemburgo	82.2	◉	152	☑	4.4	☑	9.3	◉
México	75.4	☒	367	☒	13.1	☒	–	
Noruega	82.7	◉	145	☑	5.3	◉	7.2	◉
Nueva Zelanda	81.9	◉	178	◉	8.1	◉	2.3	☑
Países Bajos	81.8	◉	153	☑	5.3	◉	4.6	☑
Polonia	77.9	☒	268	☒	5.9	◉	13.6	☒
Portugal	81.5	◉	180	◉	9.9	☒	15.3	☒
Reino Unido	81.3	◉	189	◉	4.3	☑	7.1	◉
República Checa	79.1	◉	245	◉	6.8	◉	10.7	◉
República Eslovaca	77.3	☒	323	☒	7.3	◉	11.3	◉
Suecia	82.5	◉	144	☑	4.8	◉	5.7	◉
Suiza	83.6	☑	125	☑	5.6	◉	4.1	☑
Turquía	78.1	☒	257	◉	12.1	☒	9.4	◉

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

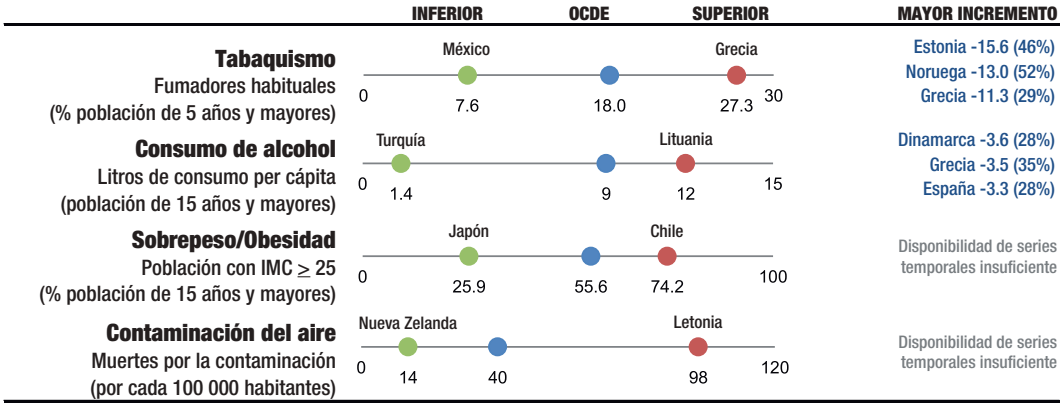
obesidad e inactividad física, y sus interacciones con el envejecimiento de la población.

En promedio, casi 9% de los adultos consideran tener condiciones de salud malas en todos los países de la OCDE, variando de más de 15% en Corea, Lituania, Letonia y Portugal, a menos de 4% en Nueva Zelanda, Estados Unidos, Canadá, Irlanda y Australia. Sin embargo, las diferencias socioculturales, la proporción de adultos mayores y las variaciones en el diseño de las encuestas afectan la comparabilidad entre países. En todos los países de la OCDE, la población de menores ingresos es en general menos optimista sobre sus condiciones de salud en comparación con quienes tienen ingresos más altos.

Factores de riesgo para la salud

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

Figura 1.3. **Instantánea de los factores de riesgo para la salud en los países de la OCDE**



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

El desempeño de Noruega y Suecia es bueno en todos estos indicadores. El tabaquismo causa una variedad de enfermedades -la OMS calcula que provoca 7 millones de muertes en todo el mundo cada año. Los índices de tabaquismo varían de más de 25% en Grecia, Turquía y Hungría, a menos de 10% en México e Islandia. Las tasas de fumadores habituales han decrecido en la mayoría de los países de la OCDE en la última década, de un promedio de 23% en 2007, a 18% en 2017, aunque en República Eslovaca y Austria han aumentado ligeramente.

El consumo de alcohol es una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, en especial para la población en edad laboral. Con mediciones basadas en cifras de ventas, Lituania reportó el consumo más alto (12.3 litros de alcohol puro por persona por año), seguido por Austria, Francia, República Checa, Luxemburgo, Irlanda, Letonia y Hungría, con más de 11 litros por persona. En Turquía, Israel y México, los niveles de consumo son comparativamente bajos (menos de 5 litros). El consumo promedio decreció en 27 países de la OCDE desde 2007. El consumo dañino de alcohol es una preocupación importante en algunos países, particularmente Letonia, Hungría y la Federación de Rusia.

La obesidad es un factor de riesgo importante para muchas enfermedades crónicas, como diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Los índices de obesidad han aumentado en casi todos los países de la OCDE en décadas recientes, ya que 56% de la población tienen sobrepeso o son obesos. En Chile, México, Estados Unidos, Finlandia, Portugal y Nueva Zelanda, se registran índices de obesidad considerablemente por encima del promedio de la OCDE. Los más bajos están en Japón, Corea y Suiza. La medida que se reporta en este documento para adultos con sobrepeso (incluyendo a los obesos), se basa en datos medidos y autoreportes. Debe tenerse cautela al comparar los países con diferencias en los reportes, ya que los datos medidos son generalmente más altos.

Tabla 1.3 **Factores de riesgo para la salud**

	Tabaquismo		Consumo de alcohol		Sobrepeso/obesidad		Contaminación del aire	
	Fumadores habituales (% población de 15 años y mayores)		Litros per cápita (población de 15 años y mayores)		Población con IMC≥25 (% población de 15 años y mayores)		Muertes causadas por la contaminación (por cada 100 000 habitantes)	
OCDE	18.0	◉	8.9	◉	55.6	◉	39.6	◉
Alemania	18.8	◉	10.9	◉	60.0	◉	45.3	◉
Australia	12.4	☑	9.4	◉	65.2	◉	16.8	☑
Austria	24.3	☒	11.8	☒	46.7*	◉	38.7	◉
Bélgica	18.9	◉	10.4	◉	51.0	◉	39.4	◉
Canadá	12.0	☑	8.1	◉	59.1	◉	14.7	☑
Chile	24.5	☒	7.9	◉	74.2	☒	34.8	◉
Corea	17.5	◉	8.7	◉	33.7	☑	35.0	◉
Dinamarca	16.9	◉	9.1	◉	51.0*	◉	30.4	◉
Estonia	17.2	◉	10.3	◉	51.3	◉	59.9	☒
Eslovenia	18.9	◉	10.1	◉	55.6*	◉	56.8	◉
España	22.1	◉	8.6	◉	53.0*	◉	27.1	◉
Estados Unidos	10.5	☑	8.9	◉	71.0	☒	24.1	◉
Finlandia	14.0	◉	8.4	◉	67.6	☒	18.7	☑
Francia	25.4	☒	11.7	☒	49.0	◉	25.2	◉
Grecia	27.3	☒	6.5	◉	55.0*	◉	76.7	☒
Hungría	25.8	☒	11.1	◉	62.3	◉	82.7	☒
Islandia	8.6	☑	7.7	◉	65.4*	◉	16.9	☑
Irlanda	17.0	◉	11.2	◉	62.0	◉	20.2	☑
Israel	16.9	◉	2.6	☑	50.9	◉	23.2	◉
Italia	19.9	◉	7.6	◉	46.0*	◉	48.7	◉
Japón	17.7	◉	7.2	◉	25.9	☑	42.9	◉
Letonia	24.1	☒	11.2	◉	54.6	◉	97.8	☒
Lituania	20.3	◉	12.3	☒	53.3*	◉	82.1	☒
Luxemburgo	14.5	◉	11.3	◉	58.1	◉	22.6	◉
México	7.6	☑	4.4	☑	72.5	☒	33.0	◉
Noruega	12.0	☑	6.0	☑	46.0*	◉	18.7	☑
Nueva Zelanda	13.8	◉	8.8	◉	66.6	☒	13.6	☑
Países Bajos	16.8	◉	8.3	◉	47.3*	◉	31.3	◉
Polonia	22.7	◉	10.6	◉	53.3*	◉	76.3	☒
Portugal	16.8	◉	10.7	◉	67.6	☒	28.3	◉
Reino Unido	17.2	◉	9.7	◉	64.3	◉	32.1	◉
República Checa	18.4	◉	11.6	☒	55.0	◉	64.3	☒
República Eslovaca	22.9	◉	9.7	◉	51.5	◉	59.1	☒
Suecia	10.4	☑	7.1	◉	48.2*	◉	18.5	☑
Suiza	19.1	◉	9.2	◉	41.8*	☑	25.2	◉
Turquía	26.5	☒	1.4	☑	64.4	◉	46.2	◉

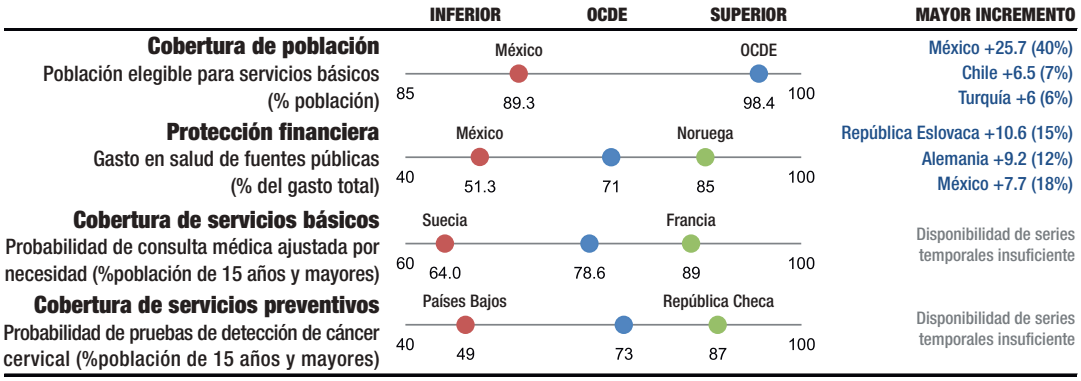
Nota: ☑ Superior al promedio de la OCDE; ◉Cercano al promedio de la OCDE; ☒Inferior al promedio de la OCDE. Hungría, Letonia y Lituania se excluyen del cálculo de desviación estándar de contaminación del aire. *Probable subestimación de obesidad por ser autoreportada.

La contaminación del aire es una amenaza ambiental importante y además afecta la salud. Con las proyecciones de la OCDE se calcula que la contaminación atmosférica puede causar entre 6 y 9 millones de muertes prematuras al año en todo el mundo hacia 2060. La mortalidad en 2016 varió de más de 80 fallecimientos en por cada 100 000 habitantes en Letonia, Hungría y Lituania, a 5 o menos en Nueva Zelanda y Canadá.

Acceso a servicios de salud

Asegurar un acceso equitativo a los servicios es crítico para las sociedades inclusivas y los sistemas de salud de alto desempeño. La cobertura de población, medida como la proporción de la población elegible para recibir un conjunto básico de servicio, es una evaluación inicial del acceso a los servicios de salud. La proporción del gasto cubierta por esquemas de prepago aporta información adicional sobre la protección financiera. La utilización de servicios se mide a través de la probabilidad de consultar a un médico, ajustada por necesidad, y la proporción de mujeres entre 20 y 69 años a quienes se practica pruebas de detección de cáncer cervical. La Figura 1.4 es una instantánea del acceso a servicios de salud en la OCDE, y la Tabla 1.4 presenta comparaciones más detalladas entre países.

Figura 1.4. **Instantánea del acceso a servicios de salud en los países de la OCDE**



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

Austria, República Checa, Francia, Alemania y Luxemburgo se desempeñan bien en estos indicadores. En términos de cobertura de población, la mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal (o casi universal) para un conjunto de servicio básicos. Sin embargo, la cobertura sigue siendo menor a 95% en siete países -Chile, Estonia, Hungría, México, Polonia, República Eslovaca y Estados Unidos.

La cobertura de población no es suficiente en sí misma, ya que el grado de costo compartido aplicado a los servicios también afecta el acceso a los mismos. En todos los países de la OCDE, casi tres cuartas partes del costo de los servicios de salud es cubierto por esquemas gubernamentales o de seguros médicos obligatorios. Sin embargo, en México, Letonia y Corea, menos del 60% de los costos se cubren con esquemas públicos. No obstante, México ha expandido en forma importante la cobertura de población y la protección financiera en la última década.

Una de cada cinco personas reportan no consultar a un médico a pesar de tener necesidad de hacerlo. Las diferencias en utilización son pronunciadas, y la probabilidad de visitar a un médico varía de alrededor de 65% en Suecia y Estados Unidos, a 89% en Francia. Con excepción de Dinamarca y República Eslovaca, es más probable que las personas con ingresos más altos consulten a un médico, que quienes están en el quintil de ingresos más bajos, cuando hay una necesidad comparable.

Tabla 1.4. **Acceso a servicios de salud**

	Cobertura de población		Protección financiera		Cobertura de servicios básicos		Cobertura de servicios preventivos	
	Población elegible para servicios básicos (% población)		Gasto en salud de fuentes públicas (% del gasto total)		Probabilidad de consulta médica ajustada por necesidad (%población de 15 años y mayores)		Probabilidad de pruebas de detección de cáncer cervical (%población de 15 años y mayores)	
OCDE	98.4	◉	71.2	◉	78	◉	73	◉
Alemania	100	◉	77.7	◉	86	☑	81	◉
Australia	100	◉	68.6	◉	–		–	
Austria	99.9	◉	74.0	◉	86	☑	87	☑
Bélgica	98.7	◉	77.2	◉	86	☑	76	◉
Canadá	100	◉	73.0	◉	75	◉	76	◉
Chile	94.0	☒	50.1	☒	–		72	◉
Corea	100	◉	57.4	☒	–		–	
Dinamarca	100	◉	84.0	☑	81	◉	64	☒
Estonia	94.1	☒	74.7	◉	75	◉	58	☒
Eslovenia	100	◉	71.8	◉	71	☒	78	◉
España	99.9	◉	70.6	◉	84	◉	69	◉
Estados Unidos	90.8	☒	50.2	☒	65	☒	80	◉
Finlandia	100	◉	76.7	◉	74	◉	79	◉
Francia	99.9	◉	77.1	◉	89	☑	82	☑
Grecia	100	◉	60.8	◉	76	◉	76	◉
Hungría	94.0	☒	68.7	◉	84	◉	71	◉
Islandia	100	◉	81.8	◉	75	◉	80	◉
Irlanda	100	◉	73.3	◉	75	◉	69	◉
Israel	100	◉	63.6	◉	–		–	
Italia	100	◉	73.9	◉	80	◉	68	◉
Japón	100	◉	84.0	☑	–		–	
Letonia	100	◉	57.2	☒	76	◉	78	◉
Lituania	98.1	◉	65.5	◉	76	◉	62	☒
Luxemburgo	–		84.9	☑	88	☑	84	☑
México	89.3	☒	51.3	☒	–		–	
Noruega	100	◉	85.5	☑	77	◉	66	◉
Nueva Zelanda	100	◉	78.6	◉	–		–	
Países Bajos	99.9	◉	81.5	◉	75	◉	49	☒
Polonia	92.6	☒	69.0	◉	80	◉	72	◉
Portugal	100	◉	66.3	◉	86	☑	71	◉
Reino Unido	100	◉	79.4	◉	76	◉	63	☒
República Checa	100	◉	82.1	◉	85	☑	87	☑
República Eslovaca	94.6	☒	79.9	◉	74	◉	69	◉
Suecia	100	◉	83.7	☑	64	☒	81	◉
Suiza	100	◉	30.5	☒	–		–	
Turquía	99.2	◉	77.7	◉	–		–	

Nota: ☑ Superior al promedio de la OCDE; ◉ Cercano al promedio de la OCDE; ☒ Inferior al promedio de la OCDE.

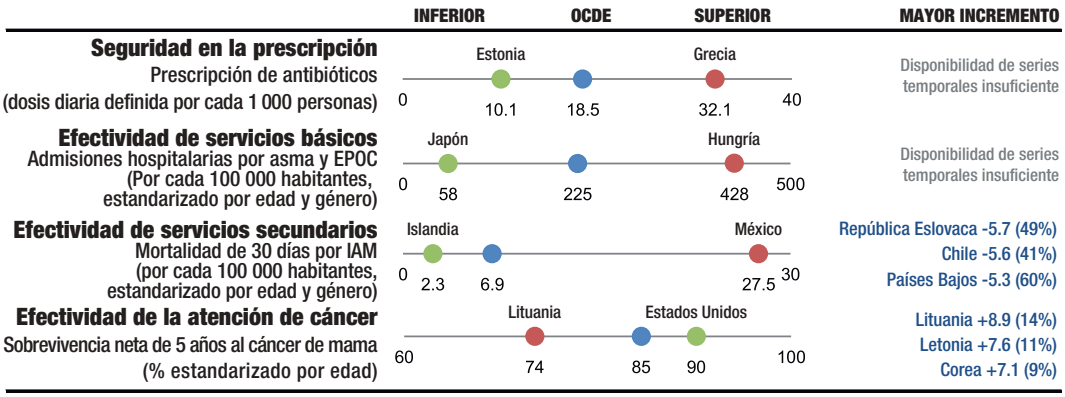
La adopción de pruebas de detección de cáncer también es más baja entre quienes tienen menos ingresos, a pesar de que la mayoría de los países de la OCDE las ofrecen sin costo. La adopción general de pruebas de detección de cáncer cervical varió de un poco menos de 50% de mujeres entre 20 y 69 años en Países Bajos, a más de 85% en República Checa y Austria.

Calidad de los servicios de salud

Un servicio de salud de buena calidad debe ser seguro, apropiado, clínicamente efectivo y receptivo a las necesidades de los pacientes. La prescripción de antibióticos y las admisiones hospitalarias evitables por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC; COPD por sus siglas en inglés), miden la seguridad y lo apropiado de los servicios básicos.

La mortalidad después de 30 días de un infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés) y la sobrevivencia de cáncer de mama son indicadores de la efectividad clínica de los servicios secundarios y atención de cáncer. La Figura 1.5 es una instantánea de la calidad y resultados de los servicios en los países de la OCDE, y la Tabla 1.5 muestra comparaciones más detalladas entre países.

Figura 1.5. **Instantánea de la calidad de servicios de salud en los países de la OCDE**



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

El uso excesivo, insuficiente o el mal uso de antibióticos y otros medicamentos de prescripción contribuye al incremento de la resistencia antimicrobiana y representa un gasto innecesario. El volumen total de antibiótico prescritos varía más de tres veces entre países. Estonia y Suecia reportan los volúmenes más bajos, mientras Italia y Grecia los más altos. En todos los países de la OCDE, la cantidad de antibióticos prescritos se ha incrementado ligeramente en el tiempo.

El asma y la EPOC son condiciones para las que el tratamiento efectivo en el nivel básico está bien establecido -y las admisiones hospitalarias para ambas pueden indicar problemas de calidad en los servicios básicos. Las tasas de admisión por asma varían 12 veces entre países, con las más bajas en México, Italia y Colombia, y las más altas, más del doble del promedio de la OCDE en Letonia, Turquía y Polonia. La variación internacional en admisiones hospitalarias por EPOC es de 15 veces entre países de la OCDE, con las más bajas en Japón, Italia y México, y las más altas en Hungría, Turquía y Australia. Para estos dos padecimientos respiratorios combinados, la variación entre países es menor, de 7 veces.

La mortalidad después de un infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés), es un indicador bien establecido de la calidad de los cuidados intensivos. Ha disminuido constantemente desde la década de 1970 en la mayoría de los países, pero aún existen diferencias considerables entre países. México tiene, por mucho, la tasa más alta de mortalidad en 30 días por AMI (28 fallecimientos por cada 100 admisiones); y las tasas también son relativamente altas en Letonia, Japón, Corea y Estonia. Las tasas más bajas son

Tabla 1.5. **Calidad de los servicios de salud**

	Seguridad en la prescripción		Efectividad de servicios básicos		Efectividad de servicios secundarios		Efectividad de la atención de cáncer	
	Prescripción de antibióticos (dosis diaria definida por cada 1 000 personas)		Admisiones hospitalarias por asma y EPOC (Por cada 100 000 habitantes, estandarizado por edad y género)		Mortalidad de 30 días por IAM (por cada 100 000 habitantes, estandarizado por edad y género)		Sobrevivencia neta de 5 años (% estandarizado por edad)	
OCDE	17.8	◉	225	◉	6.9	◉	84.5	◉
Alemania	12.3	☑	289	◉	8.5	◉	86.0	◉
Australia	23.5	◉	403	☒	3.8	☑	89.5	☑
Austria	12.1	☑	248	◉	6.2	◉	84.8	◉
Bélgica	15.9	◉	291	◉	6.8	◉	86.4	◉
Canadá	14.8	◉	253	◉	4.8	◉	88.6	◉
Chile	–		98	☑	8.2	◉	75.5	☒
Corea	26.5	☒	263	◉	9.6	☒	86.6	◉
Dinamarca	13.9	◉	325	☒	3.2	☑	86.1	◉
Estonia	10.1	☑	122	☑	9.6	☒	76.6	☒
Eslovenia	19.0	◉	128	◉	4.1	☑	83.5	◉
España	12.6	◉	210	◉	6.5	◉	85.3	◉
Estados Unidos	–		268	◉	5.0	◉	90.2	☑
Finlandia	12.6	◉	182	◉	8.0	◉	88.5	◉
Francia	23.0	◉	150	◉	5.6	◉	86.7	◉
Grecia	32.1	☒	–		–		–	
Hungría	13.4	◉	428	☒	–		–	
Islandia	24.6	☒	201	◉	2.3	☑	89.1	◉
Irlanda	24.6	☒	329	☒	5.4	◉	82.0	◉
Israel	20.5	◉	214	◉	5.5	◉	88.0	◉
Italia	28.3	☒	64	☑	5.4	◉	86.0	◉
Japón	–		58	☑	9.7	☒	89.4	☑
Letonia	12.1	☑	242	◉	13.4	☒	76.9	☒
Lituania	13.6	◉	263	◉	8.6	◉	73.5	☒
Luxemburgo	25.3	☒	203	◉	8.5	◉	–	
México	–		85	☑	27.5	☒	–	
Noruega	14.6	◉	244	◉	3.5	☑	87.2	◉
Nueva Zelanda	25.8	☒	363	☒	4.7	◉	87.6	◉
Países Bajos	14.3	◉	236	◉	3.5	☑	86.6	◉
Polonia	23.8	◉	236	◉	4.1	☑	76.5	☒
Portugal	16.4	◉	90	☑	7.3	◉	87.6	◉
Reino Unido	17.5	◉	281	◉	7.0	◉	85.6	◉
República Checa	19.6	◉	174	◉	6.2	◉	81.4	◉
República Eslovaca	23.6	◉	209	◉	5.9	◉	75.5	☒
Suecia	10.2	☑	169	◉	3.9	☑	88.8	◉
Suiza	–		138	◉	–		86.2	◉
Turquía	16.6	◉	425	☒	6.8	◉	82.1	◉

Nota: ☑ Superior al promedio de la OCDE; ◉ Cercano al promedio de la OCDE; ☒ Inferior al promedio de la OCDE. México se excluye del cálculo de desviación estándar de mortalidad por IAM.

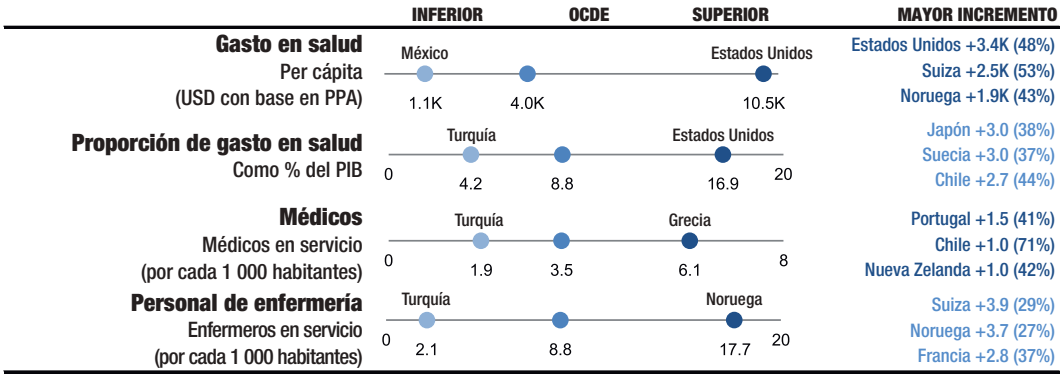
son las de Islandia, Dinamarca, Noruega, Países Bajos, Australia y Suecia (4% o menos en todos).

La sobrevivencia al cáncer de mama es una medida importante de la efectividad clínica, y es generalmente alta en los países de la OCDE. Algunas de las tasas más alta son las de Australia, Japón y Estados Unidos, mientras que las que son significativamente inferiores al promedio de la OCDE son las de Chile, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia y República Eslovaca.

Recursos para servicios de salud

Contar con recursos suficientes para servicios de salud es crítico para el buen funcionamiento del sistema de salud. Sin embargo, más recursos no se traducen automáticamente en mejores resultados -la efectividad del gasto también es importante. El gasto en salud per cápita como proporción del PIB, resume la disponibilidad general de recursos. El número de médicos y enfermeros en activo proporciona más información sobre el suministro de trabajadores sanitarios. La Figura 1.6 es una instantánea de los recursos para servicios de salud en la OCDE, y la Tabla 1.6 proporciona mayor detalle en las comparaciones entre países.

Figura 1.6. **Instantánea de los recursos para servicios de salud en los países de la OCDE**



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

En general, los países con niveles más altos de gasto en salud, mayor número de trabajadores sanitarios y otros recursos, tienen mejores resultados, calidad y acceso al servicio. Sin embargo, la cantidad absoluta de recursos invertidos no es un pronóstico perfecto de mejores resultados -el uso eficiente de los recursos y los determinantes sociales de la salud más generales, también son críticos. La siguiente sección revisa más a fondo los vínculos entre el gasto en salud y el suministro de personal sanitario, acceso, calidad y resultados de los servicios de salud.

El gasto de Estados Unidos es superior al de todos los demás países de manera considerable (más de USD 10 000 por persona, ajustado por la paridad de poder adquisitivo). El gasto en salud per cápita también es alto en Suiza, Noruega y Alemania. México y Turquía tienen los gastos más bajos en salud, alrededor de una cuarta parte del promedio de la OCDE. El gasto en salud ha crecido consistentemente en la mayoría de los países en décadas pasadas, sin tomar en cuenta una desaceleración temporal después de la crisis financiera de 2008. El aumento del ingreso, las nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población son los principales factores del incremento en el gasto en salud.

En términos de gasto en salud como proporción del PIB, Estados Unidos tiene por mucho el más alto, equivalente a 16.9% de su PIB -muy por encima de Suiza, segundo lugar en este rubro, con 12.2% . En el siguiente nivel de gasto se encuentran Alemania, Francia, Suecia y Japón. El siguiente grupo incluye a varios países europeos y además a Australia, Nueva Zelanda, Chile y Corea, que gastan entre 8 y 10% del PIB en salud. Algunos otros países de la OCDE gastan menos de 6% de su PIB en servicios de salud, incluyendo México, Letonia, Luxemburgo, y Turquía con 4.2%.

Una gran parte del gasto en salud se traduce en salarios de la fuerza laboral. El número

Tabla 1.6. **Recursos para servicios de salud**

	Gasto en salud		Proporción de gasto en salud		Médicos		Personal de enfermería	
	Per cápita (USD con base en PPA)		Como % del Producto Interno Bruto (PIB)		Médicos en servicio (por cada 1 000 habitantes)		Enfermeros en servicio (por cada 1 000 habitantes)	
OCDE	3 994	◉	8.8	◉	3.5	◉	8.8	◉
Alemania	5 986	↑	11.2	↑	4.3	◉	12.9	↑
Australia	5 005	◉	9.3	◉	3.7	◉	11.7	◉
Austria	5 395	◉	10.3	◉	5.2	↑	6.9	◉
Bélgica	4 944	◉	10.4	◉	3.1	◉	11.0	◉
Canadá	4 974	◉	10.7	◉	2.7	◉	10.0	◉
Chile	2 182	↓	8.9	◉	2.5	↓	2.7	↓
Corea	3 192	◉	8.1	◉	2.3	↓	6.9	◉
Dinamarca	5 299	◉	10.5	◉	4.0	◉	10.0	◉
Estonia	2 231	↓	6.4	↓	3.5	◉	6.2	◉
Eslovenia	2 859	◉	7.9	◉	3.1	◉	9.9	◉
España	3 323	◉	8.9	◉	3.9	◉	5.7	◉
Estados Unidos	10 586	↑	16.9	↑	2.6	◉	11.7	◉
Finlandia	4 228	◉	9.1	◉	3.2	◉	14.3	↑
Francia	4 965	◉	11.2	↑	3.2	◉	10.5	◉
Grecia	2 238	↓	7.8	◉	6.1*	↑	3.3	↓
Hungría	2 047	↓	6.6	↓	3.3	◉	6.5	◉
Islandia	4 349	◉	8.3	◉	3.9	◉	14.5	↑
Irlanda	4 915	◉	7.1	◉	3.1	◉	12.2	◉
Israel	2 780	◉	7.5	◉	3.1	◉	5.1	◉
Italia	3 428	◉	8.8	◉	4.0	◉	5.8	◉
Japón	4 766	◉	10.9	↑	2.4	↓	11.3	◉
Letonia	1 749	↓	5.9	↓	3.2	◉	4.6	↓
Lituania	2 416	↓	6.8	↓	4.6	↑	7.7	◉
Luxemburgo	5 070	◉	5.4	↓	3.0	◉	11.7	◉
México	1 138	↓	5.5	↓	2.4	↓	2.9	↓
Noruega	6 187	↑	10.2	◉	4.7	↑	17.7	↑
Nueva Zelanda	3 923	◉	9.3	◉	3.3	◉	10.2	◉
Países Bajos	5 288	◉	9.9	◉	3.6	◉	10.9	◉
Polonia	2 056	↓	6.3	↓	2.4	↓	5.1	◉
Portugal	2 861	◉	9.1	◉	5.0*	↑	6.7	◉
República Checa	3 058	◉	7.5	◉	3.7	◉	8.1	◉
República Eslovaca	2 290	↓	6.7	↓	3.4	◉	5.7	◉
Reino Unido	4 070	◉	9.8	◉	2.8	◉	7.8	◉
Suecia	5 447	◉	11.0	↑	4.1	◉	10.9	◉
Suiza	7 317	↑	12.2	↑	4.3	◉	17.2	↑
Turquía	1 227	↓	4.2	↓	1.9	↓	2.1	↓

Nota: ↑ Superior al promedio de la OCDE; ◉ Cercano al promedio de la OCDE; ↓ Inferior al promedio de la OCDE. Estados Unidos se excluye del cálculo de la desviación estándar para ambos indicadores de gasto en salud. *Incluye a todos los médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una sobreestimación.

de médicos y enfermeros en un sistema de salud, es por lo tanto un monitor importante del uso de los recursos. El número de médicos varió de alrededor de dos por cada 1 000 habitantes en Turquía, Japón, Chile y Corea, a más de cinco en Portugal, Austria y Grecia; aunque esta cifra en Portugal y Grecia es una sobreestimación ya que incluye a todos los médicos con licencia para ejercer. En 2017, había un poco menos de nueve enfermeros por cada 1 000 habitantes en los países de la OCDE en 2017, con una variación de alrededor de dos en Turquía, a más de 17 por cada 1 000 habitantes en Noruega y Suiza.

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

En las tablas de cuadrantes se muestran los vínculos entre el gasto en salud y alguna otra variable de interés. Se ilustran la medida en la que el mayor gasto en salud se traduce en un mejor desempeño en cuatro dimensiones: acceso, calidad, y resultados de los servicios de salud, y más profesionales de la salud. Debe notarse sin embargo, que solo un pequeño subconjunto de indicadores para estas cuatro dimensiones se comparan con el gasto en salud. Las tablas de cuadrantes muestran solamente correlaciones estadísticas, no implican causalidad.

El punto central de una tabla de cuadrantes representa el promedio de la OCDE, y los puntos la posición relativa de los países en el gasto en salud y el indicador analizado. Cada país tiene un código de color con base en un índice simple de factores de riesgo (RFI, por sus siglas en inglés) de indicadores de tabaquismo, consumo de alcohol y obesidad. Los países con un RFI relativamente bajo (p. ej. Israel, Noruega), aparecen con puntos verdes; los que tienen un RFI cercano al promedio de la OCDE, con puntos azules; y los que tienen un RFI relativamente alto (p. ej. Chile, Hungría), con puntos rojos. El RFI es un promedio no ponderado de estos tres factores de riesgo. De esta forma, Estados Unidos, por ejemplo, aparece con color azul a pesar de tener altos índices de obesidad, debido a que tiene índices de tabaquismo y consumo de alcohol relativamente bajos. Véase el recuadro "Metodología, interpretación y uso" para más detalles metodológicos.

Gasto en salud y resultados

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

Existe una clara relación positiva entre el gasto en salud per cápita y la esperanza de vida (Figura 1.7). Entre los 36 países de la OCDE, 17 gastan más y tienen mejor esperanza de vida que el promedio de la OCDE (cuadrante superior derecho). Otros 10 países gastan menos y tienen menor esperanza de vida al nacer (cuadrante inferior izquierdo).

Los países que se desvían de esta relación básica son de interés particular. Los ocho países que gastan menos que el promedio, pero alcanzan mejor esperanza de vida en general (cuadrante superior izquierdo) son Italia, Corea, Portugal, España, Eslovenia, Grecia, Israel y Nueva Zelanda. El único país en el cuadrante inferior derecho es Estados Unidos, con un gasto mucho mayor que el del resto, pero menor esperanza de vida que el promedio de la OCDE.

La mayoría de los países con factores de riesgo en general altos (puntos rojos), tienen menor esperanza de vida que el promedio de la OCDE, y normalmente aparecen debajo de la línea de tendencia, que muestra el promedio de la relación del gasto en salud con la esperanza de vida en los países de la OCDE. Lo contrario es normalmente el caso para países con factores de riesgo en general bajos (puntos verdes).

También existe una relación clara en el sentido esperado para mortalidad evitable (Figura 1.8). Entre los 36 países con datos comparables, 16 tienen un gasto mayor y tasas más bajas de mortalidad evitable (cuadrante inferior derecho). Otros nueve gastan menos y tienen más fallecimientos que pudieron haberse evitado (cuadrante superior izquierdo). Siete países gastan menos que el promedio pero tienen menores tasas de mortalidad evitable -por ejemplo, Italia, Israel y España (cuadrante inferior izquierdo). Estados Unidos gasta más que el promedio de la OCDE y tiene peores tasas de mortalidad evitable. De la misma forma que

con esperanza de vida, los países con más (menos) factores de riesgo (puntos rojos y verdes respectivamente), normalmente tienen tasas de mortalidad evitable más altas (más bajas).

Figura 1.7. **Esperanza de vida y gasto en salud**

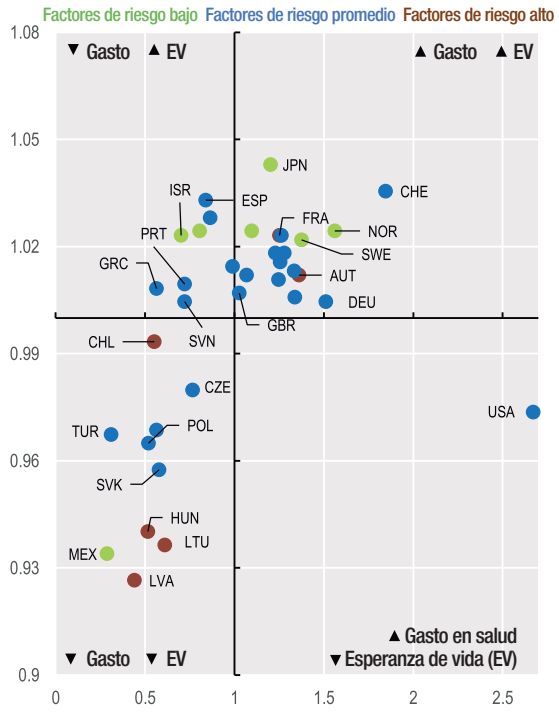
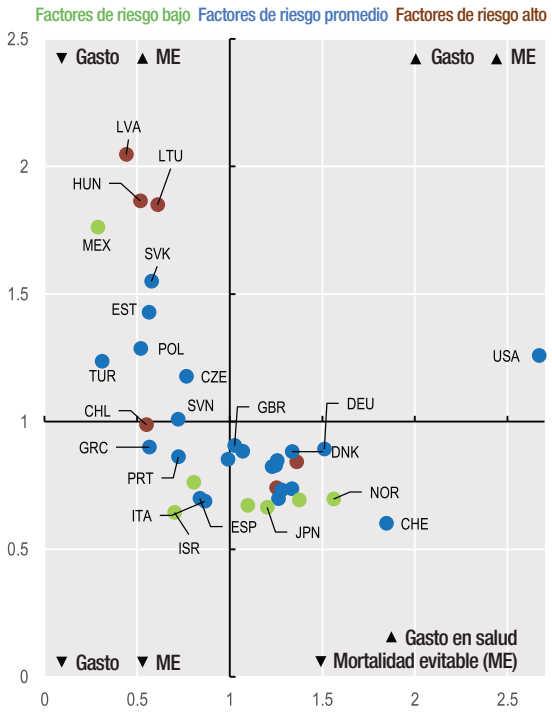


Figura 1.8. **Mortalidad evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud**



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

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

En términos de acceso, la Figura 1.9 muestra que la cobertura universal (o casi universal) para un conjunto básico de servicios, puede alcanzarse aún con niveles de gasto comparativamente bajos -por ejemplo, Turquía y Letonia gastan menos de USD 2 000 por persona (menos de la mitad del promedio de la OCDE) y tienen cobertura universal de la población.

Aun así, seis de los siete países con tasas de cobertura de población inferiores al 95% gastan relativamente menos -México, Polonia, Chile, Estonia, República Eslovaca y Hungría (cuadrante inferior izquierdo). El único país con niveles altos de gasto y bajos de cobertura es Estados Unidos. El resultado de reemplazar el gasto en salud por persona con gasto gubernamental o seguro médico obligatorio, o gasto como proporción del PIB, es un patrón muy similar.

En términos de calidad del servicio, la Figura 1.10 muestra la relación entre el gasto en salud y la sobrevivencia neta de 5 años al cáncer de mama (un indicador que refleja la calidad de los servicios preventivos y curativos). Existe una clara relación positiva, pues 16 de 32 países de la OCDE tienen mayor gasto en salud y una mayor sobrevivencia neta (cuadrante superior derecho; y nueve países cuyo gasto es menor, tienen una menor sobrevivencia neta (cuadrante inferior izquierdo). Seis países tienen una sobrevivencia relativamente alta al

cáncer de mama, a pesar de tener un gasto inferior al del promedio de la OCDE (Israel, Italia, Corea, Portugal, Nueva Zelanda y España). En Irlanda, el gasto en salud es casi 25% más alto que el promedio de la OCDE, y sin embargo la sobrevivencia neta es ligeramente inferior al promedio.

Figura 1.9. **Cobertura de población para un conjunto básico de servicios y gasto en salud**

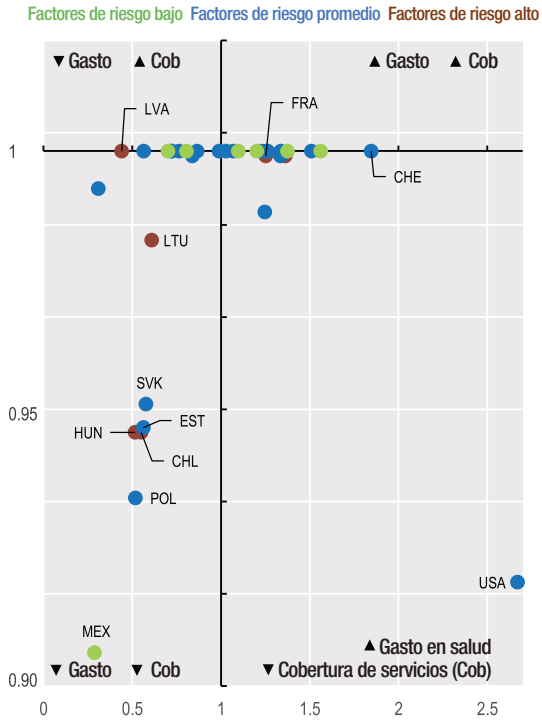
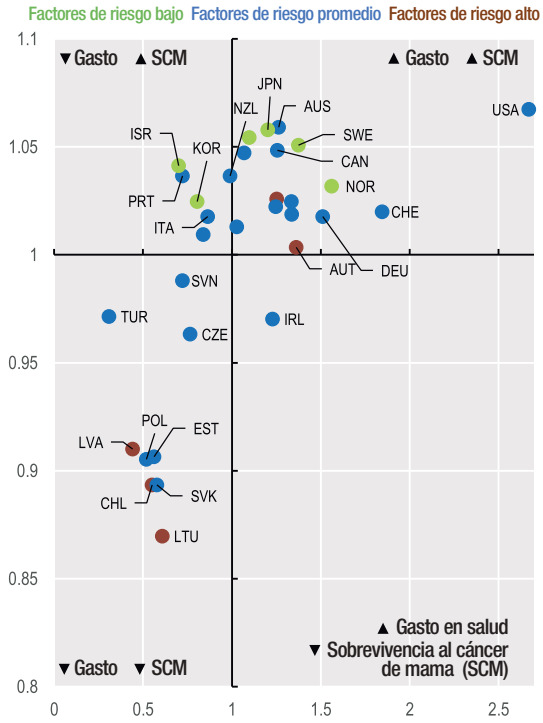


Figura 1.10. **Sobrevivencia al cáncer de mama y gasto en salud**



Gasto en salud y número de profesionales de la salud

En estas tablas de cuadrantes se ilustra la medida en que los países que tienen mayor gasto en salud tienen un mayor número de médicos y enfermeros (debe notarse que las relaciones no garantizan una relación causal).

Existe una frágil relación positiva entre el gasto en salud y el número de médicos (Figura 1.11). Nueve países que tienen gastos en salud más altos que el promedio de la OCDE, tienen menos médicos (p. ej. Canadá, Luxemburgo, Estados Unidos); otros 6 países tienen un gasto relativamente bajo y tienen más médicos que el promedio (República Checa, Grecia, Italia, Lituania, Portugal, España). Sin embargo, los números en Portugal y Grecia son sobreestimaciones, ya que incluyen a todos los médicos con licencia para ejercer. Estas divergencias también pueden reflejar diferencias en los niveles de remuneración, la composición del personal sanitario, y la prominencia que se da a personal de enfermería y otros profesionales de la salud (en comparación con los médicos).

La relación positiva entre el gasto en salud y el número de enfermeros es mucho más clara (Figura 1.12). Entre los 36 países de la OCDE, 16 tuvieron un gasto superior al promedio y también un número mayor de enfermeros por cada 1 000 habitantes. De la misma forma, 16 países tuvieron gastos menores y tuvieron un menor número de enfermeros. Solo dos países con gastos inferiores al promedio de la OCDE tuvieron más enfermeros (Eslovenia, y en menor grado, Nueva Zelanda). Otros dos países tuvieron gastos comparativamente altos pero menor número de enfermeros (Austria y Reino Unido).

Figura 1.11. **Número de médicos y gasto en salud**

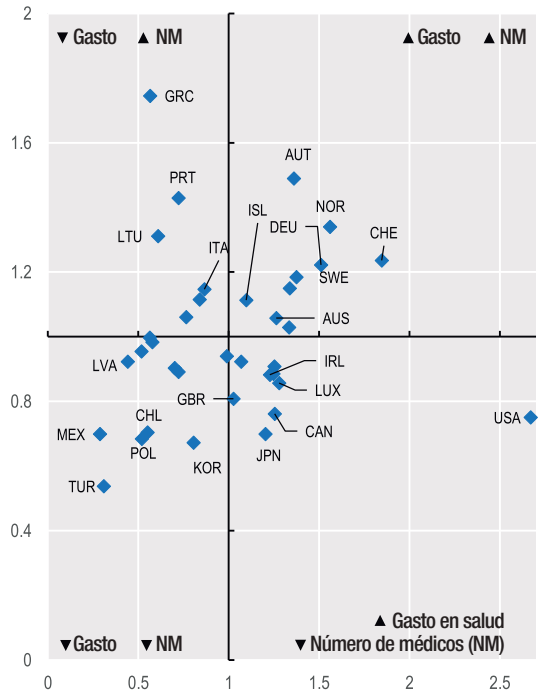
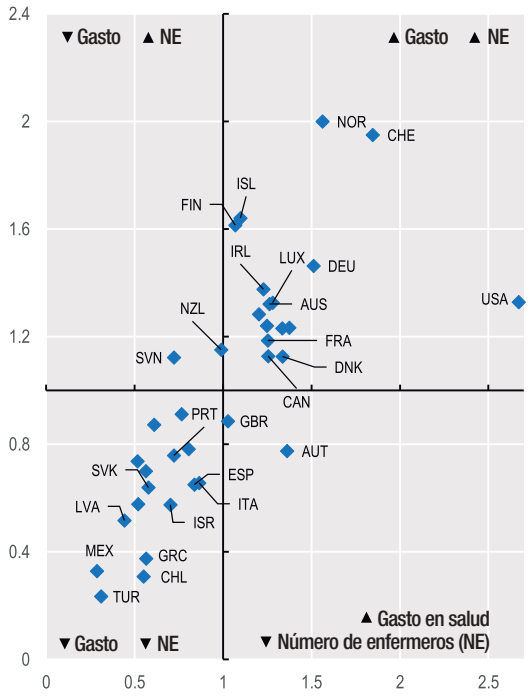


Figura 1.12. **Número de enfermeros y gasto en salud**



Capítulo 2

Evaluación de lo primordial para sistemas de salud centrados en la gente

El objetivo clave de un sistema de salud es mejorar la salud de los pacientes y las poblaciones. Sin embargo, solo unos cuantos sistemas de salud llevan a cabo encuestas de rutina con los pacientes sobre los resultados y su experiencia con la atención. En este capítulo se presentan los resultados reportados por pacientes después de cirugías de reemplazo de cadera y rodilla, y de cáncer de mama, así como reportes sobre la experiencia de personas con problemas de salud mental, de un subgrupo de países de la OCDE. Los pacientes que se sometieron a cirugías de reemplazo de articulaciones, reportaron en promedio mejoría en su funcionalidad y calidad de vida, con resultados un poco mejores para el reemplazo de cadera. Las mujeres que se sometieron a cirugías de reconstrucción autóloga de mama, reportaron en promedio mejores resultados que quienes se sometieron a reconstrucción con implante. Los resultados de una encuesta de Commonwealth Fund en 2016, llevada a cabo en 11 países, indican que las personas con problemas de salud mental reportan una mala experiencia con algunos aspectos de la atención. Esta información es valiosa para otros usuarios de servicios de salud, profesionales clínicos, proveedores, además de agencias de pago y quienes formulan las políticas públicas.

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

Introducción

El objetivo primordial de cualquier sistema, organización o servicio de salud es maximizar la salud de los individuos y poblaciones a quienes sirve, y hacerlo de manera equitativa dentro de parámetros presupuestales.

La buena salud es importante no solo por sí misma, sino también porque promueve el bienestar personal, social y económico. Las personas sanas crean comunidades sanas y contribuyen al buen funcionamiento de una sociedad más próspera y más productiva. Por ejemplo, una buena salud puede mejorar los ingresos vitalicios de una persona hasta en 25% (OECD, 2017[1]; OECD, 2018[2]).

Sin embargo, solo uno cuantos sistemas evalúan su impacto en la salud y el bienestar desde la perspectiva de la población a la que atienden. Aunque el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (QoL, por sus siglas en inglés) ha existido hace casi tres décadas, no se mide ni se reporta de manera sistemática. Las mediciones de desempeño en salud tienden a enfocarse principalmente en insumos y productos. Los resultados como la esperanza de vida son importantes, pero no dicen mucho sobre otros factores de valor para los pacientes, como el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida, así como la experiencia con la atención en sí. Esto significa que falta una parte esencial en la panormámica de los servicios de salud y del desempeño de los sistemas.

La perspectiva del paciente en los resultados y su experiencia con la atención, es esencial para promover la mejora continua de calidad de los servicios de salud. Es también cada vez más relevante para los desafíos demográficos, epidemiológicos y económicos más amplios que todos los sistemas de salud deben enfrentar. El aumento de condiciones crónicas como la principal fuente de carga por enfermedad, junto con mejor pero más cara tecnología para manejarlas y prolongar la vida, resalta la necesidad de un enfoque más centrado en las personas, tanto para las políticas, como para la práctica. Pero este enfoque sigue siendo solo una promesa si no se dispone de información sobre la forma en que los servicios de salud y las políticas públicas de salud realmente afectan la vida de los pacientes.

En este capítulo se presentan los resultados de una recopilación preliminar de datos de resultados reportados por pacientes en una selección de países de la OCDE. Las áreas incluidas son cirugía de reemplazo de articulaciones y de cáncer de mama. En la siguiente sección se revisa la importancia de emplear los datos reportados por pacientes en salud mental. Estas áreas de trabajo son parte de una iniciativa más amplia de la OCDE -los Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)- que busca promover el uso sistemático de estas mediciones en los sistemas de salud (véase https://www.oecd.org/health/paris.htm).

Un sistema de salud centrado en la gente necesita evaluar lo que es primordial para los pacientes

La evaluación que las personas hacen de su salud, y de los resultados de la atención, van más allá de sobrevivir una enfermedad o una intervención médica. Una variedad de áreas de salud física y mental relacionadas entre sí, como dolor, movilidad, fatiga, ansiedad y depresión, contribuyen a la calidad de vida relacionada con la salud de las personas. Los pacientes también evalúan su experiencia con los servicios, lo que incluye el respeto a la

autonomía, sentirse invitado y habilitado para participar en las decisiones de la atención, y si los aspectos organizacionales de las vías de atención están bien coordinados o son desarticulados y engorrosos.

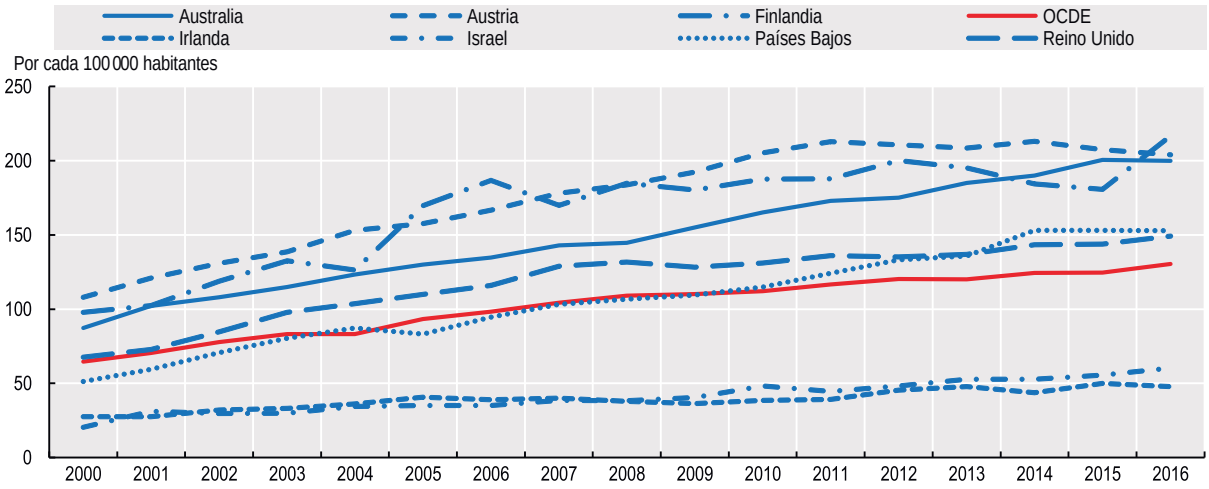
Es lógico que esta información se debe capturar de manera sistemática y útil para la toma de decisiones. Sin embargo, el sector salud ha sido negligente en la evaluación de los efectos de sus actividades en los resultados y experiencias reportados por los pacientes. Organizaciones proveedoras de avanzada, registros de enfermedades y algunos sistemas de salud han recopilado esta información para algunas enfermedades o procedimientos. Sin embargo, todavía no se ha establecido un sistema coherente y sistemático de presentación de informes de los pacientes en toda la gama de actividades e intervenciones del sistema de salud.

Los resultados son solo una parte del desempeño del sistema de salud

Los procesos y las actividades, por otro lado, se recaban y reportan de manera rutinaria. Si bien son una parte importante de la imagen general, en forma aislada revelan muy poco sobre desempeño, calidad y valor. Por ejemplo, la tasa promedio del total de reemplazos de rodilla en los países de la OCDE se duplicó entre 2000 y 2016 (Figura 2.1). Las tasas varían hasta cinco veces entre países y dentro de los mismos (OECD, 2014[3]). ¿Se justifica el aumento de las tasas y de la variación? ¿Realmente estas operaciones marcan una diferencia en las vidas de las personas, o es innecesario llevarlas a cabo? ¿Cuál es el efecto de los tiempos de espera para reemplazo de rodilla y la edad del paciente en la cirugía? ¿Es mejor para algunos pacientes elegir otros tratamientos para sus síntomas?

Figura 2.1. **Las tasas del total de reemplazos de rodilla se han duplicado desde 2000**

Tasas del total de reemplazos de rodilla por cada 100 000 habitantes –ajustado por el envejecimiento de la población– para una selección de países y promedio de la OCDE



Nota: OCDE es la tasa ajustada por edad de los países que proporcionaron datos. Los países se seleccionaron con base en la disponibilidad de información en este periodo.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014574

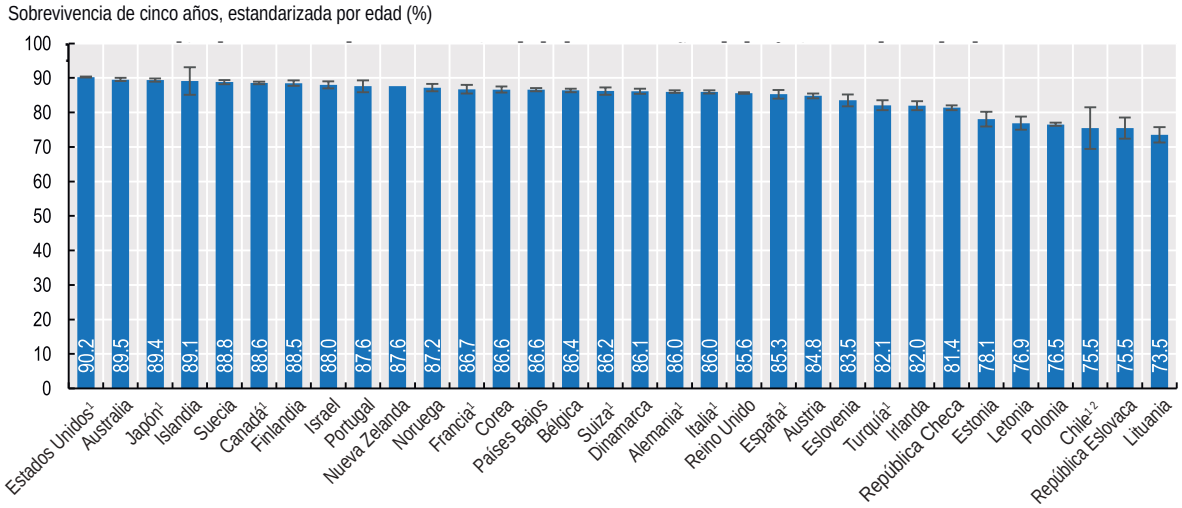
Estas preguntas no pueden ser respondidas sin conocer los resultados de la atención. Los índices de mortalidad o readmisión hospitalaria son mediciones útiles, pero son menos frecuentes en procedimientos de rutina como el reemplazo de cadera. Tampoco dan información de otros resultados que los pacientes valoran como la reducción del dolor y la mejora en la movilidad y funcionalidad.

Sabemos cómo la medicina trata las enfermedades, pero ¿qué hay de la calidad de vida de los pacientes?

Las mediciones tradicionales de resultados, como sobrevivencia o mortalidad, seguirán siendo útiles pero no capturan efectos que si bien son sutiles, son importantes. Por ejemplo, las personas diagnosticadas con cáncer valoran mucho la sobrevivencia, pero el éxito terapéutico involucra más que esto (Abahussin et al., 2018[4]). Los datos sobre sobrevivencia y mortalidad dicen poco sobre náusea, dolor, calidad de sueño, imagen corporal, función sexual, independencia y tiempo compartido con los seres queridos. Para algunas enfermedades, los datos de mortalidad y sobrevivencia son similares entre países de la OCDE (Figura 2.2), con poca separación entre los mejores y el resto. Esto dificulta el aprendizaje continuo sobre los mejores enfoques terapéuticos, técnicas e intervenciones (Donovan et al., 2016[5]; Hamdy et al., 2016[6]).

Figura 2.2. **La sobrevivencia al cáncer es similar entre países**

Sobrevivencia de cinco años al cáncer, estandarizada por edad, de pacientes diagnosticados de 2010 a 2014



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Cobertura menor a 100% de la población nacional. 2. Estimaciones de sobrevivencia consideradas menos confiables.
Fuente: Programa *CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.*

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014593

Debemos celebrar el éxito de la medicina tratando las enfermedades, pero la mejora continua debe incluir una evaluación del impacto de los tratamientos en la vida de los pacientes. Así, los resultados que tienen valor para los pacientes son un indicador clave del éxito. Hoy día es muy probable que los hombres diagnosticados con cáncer de próstata sobrevivan a la enfermedad. Más allá de la sobrevivencia, los pacientes valoran enormemente poder conservar la función eréctil y evitar la incontinencia (Nag et al., 2018[7]) -resultados que son de gran interés para pacientes, proveedores de servicios y legisladores.

Una buena experiencia con la atención contribuye a mejores resultados y es un fin en sí misma.

Además de los resultados, también es importante *cómo* se siente la gente tratada, lo que incluye recibir respeto, compasión, y apoyo, ser escuchado y estar involucrado en la toma de decisiones. También significa que hay mejor integración entre los equipos, y que éstos se comunican apropiadamente entre sí y con el paciente.

Una experiencia positiva con la atención es una señal inequívoca de calidad y es

instrumental en el logro de objetivos, especialmente para quienes manejan varias enfermedades crónicas (Stein et al., 2014[8]; Trzeciak et al., 2016[9]; Luxford, Safran y Delbanco, 2011[10]). Por ejemplo, en salud mental, una experiencia positiva tiene una influencia en la relación con el equipo de atención, que se manifiesta en mejor comunicación, continuidad terapéutica, adherencia y resultados de salud (Wong et al., 2019[11]). Pero en sí misma es también un fin importante, pues todos los pacientes esperan y merecen ser tratados con respeto. En algunos sectores, como cuidados paliativos, ser atendido con compasión y dignidad es uno de los componentes más importantes de la atención.

Sin embargo, a pesar de que hay avances considerables en algunos casos específicos, la experiencia con la atención no se captura sistemáticamente. Esto debe cambiar, dada la creciente importancia de esta dimensión de la prestación de servicios.

La toma de decisiones conjunta requiere de reportes de los pacientes

En el contexto clínico, la evaluación de mediciones reportadas por pacientes contribuye a enfocar la interacción de los servicios de salud en las necesidades del individuo. La discusión entonces no es '¿qué le *pasa*?', sino '¿qué es importante *para usted*?' –un primer paso crítico en la toma de decisiones conjunta, que es un principio central de la atención centrada en la gente. Los resultados agregados reportados por pacientes pueden informar las decisiones de atención y ayudar a elegir las opciones terapéuticas correctas cuando hay varias intervenciones disponibles (incluyendo 'espera vigilante') (Veroff, Marr y Wennberg, 2013[12]). La gente puede ver cuáles pueden ser los resultados más probables de una intervención y decidir en consecuencia.

Los reportes rutinarios de pacientes a lo largo de su atención, añaden estructura y rigor a la evaluación, toma de decisiones y acción. La atención puede adaptarse mejor a las necesidades individuales, y permite una respuesta rápida y precisa al deterioro clínico. Por ejemplo, se ha encontrado que cuando los pacientes reportan sus síntomas durante la quimioterapia se prolonga significativamente la sobrevivencia y se reduce la hospitalización (Basch, 2017[13]; Basch et al., 2017[14]).

El conocimiento que se deriva de los datos reportados por pacientes puede usarse para el desarrollo de ayudas de decisión y la actualización de guías de práctica clínica. También informa a los proveedores sobre cómo su trabajo afecta la salud y el bienestar de los pacientes. Las mediciones de resultados reportados por pacientes, por ejemplo, proporcionan una forma de medir el avance clínico más objetivamente. Pueden complementar otras mediciones o proporcionar una evaluación más completa del desempeño de terapias y servicios. Si se implementan bien, esta referencia e incluso la presentación de informes públicos pueden ser un poderoso motor para mejorar la calidad (Greenhalgh et al., 2017[15]).

Los datos generados por pacientes también pueden contribuir a la evaluación del desempeño de productos médicos, terapias combinadas, rutas de atención, servicios de salud y el sistema de salud en su conjunto. Combinados con otras fuentes de información, pueden proporcionar a investigadores, agencias de regulación y de tecnología de la salud, agencias de pago y quienes dictan políticas, conocimiento para tomar decisiones mejor informadas que maximicen el desempeño del sistema de salud, y cumplan con las expectativas de pacientes, ciudadanos y comunidades (Calvert, O'Connor y Basch, 2019[16]).

Las mediciones reportadas por pacientes son robustas y confiables

La capacidad de obtener información de las personas sobre su estado de salud, calidad de vida y experiencia con la atención tiene décadas. Los instrumentos y encuestas disponibles se han sometido a pruebas psicométricas y validación estadística rigurosas, y

Recuadro 2.1. **Evaluación de resultados reportados por pacientes y experiencias con la atención**

Los instrumentos para obtener información reportada por los pacientes sobre su estado de salud, resultados y experiencias con la atención, normalmente constan de cuestionarios de longitud y formato variables que se administran de diferentes formas (verbal, electrónica o en papel). Las dos principales categorías de mediciones de resultados reportados por pacientes (PROMs, por sus siglas en inglés) son instrumentos para condiciones específicas, e instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (QoL, por sus siglas en inglés) –comúnmente llamados PROMs 'genéricos'.

PROMs para condiciones específicas

Éstos son diseñados específicamente para una enfermedad (p. ej. osteoartritis) o un procedimiento (p. ej. reemplazo de articulación). Los PROMs se adaptan a los síntomas de la enfermedad especifica, o a los que el procedimiento está dirigido, de modo que su ventaja es que son sensibles y específicos. Su principal limitación es que no son generalizables –es decir, sus resultados no pueden compararse directamente con los resultados de instrumentos diseñados para otras enfermedades o procedimientos, a menos que existan algoritmos de mapeo validados ('cruceros') para convertir los puntajes de uno y otro.

Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (PROMs 'genericos')

Los instrumentos PROM 'genéricos' intentan capturar un rango más amplio de dominios físicos y psicosociales que se consideran determinantes de calidad de vida relacionada con la salud y son importantes. Su ventaja es que pueden ser comparados con los de otras enfermedades, procedimientos o intervenciones, por lo que con frecuencia se usan en análisis costo-utilidad y evaluación de tecnología de la salud (HTA, por sus siglas en inglés).

Mediciones de experiencias reportadas por pacientes (PREMs)

La experiencia del paciente también se evalúa utilizando encuestas o cuestionarios, que pueden ser administrados en diferentes formas y para los que se han desarrollado varios enfoques y preguntas. Éstas pueden ser adaptadas a un contexto determinado (p. ej. atención primaria, hospitales, cuidados de largo plazo), o evaluar un aspecto específico de la atención (p. ej. continuidad, autonomía, suministro de información). Hoy día los PREMs son sofisticados y anclados a eventos objetivos, pues en el pasado solían ser encuestas más subjetivas de 'satisfacción' del paciente. Con ellos se obtienen datos en escala a través de una gama de dimensiones que incluyen accesibilidad, comunicación, continuidad y confianza. Estos datos se usan para informar la evaluación y comparaciones internacionales de sistemas de salud (Schneider W, 2017[18]).

Recopilación y utilización de datos reportados por los pacientes

Existe una variedad de factores que afectan los resultados de servicios de salud que reportan los pacientes, como el comportamiento, adherencia al tratamiento, edad y comorbilidades. Las mediciones más tradicionales de resultados, como readmisión y mortalidad, también están sujetas a estas variables distractoras. Todos los datos, ya sean reportados por pacientes o no, tienen limitaciones y deben ser interpretados con la cautela necesaria. Como cualquier conjunto de datos de resultados utilizados como referencia, los distractores de los indicadores reportados por pacientes deben normalmente ser ajustados para permitir comparaciones efectivas (Nuttall, Parkin y Devlin, 2013[19]).

los resultados se han publicado en la literatura revisada por pares. Es una área de conocimiento madura, y la evidencia indica que estos instrumentos miden de manera confiable lo previsto (Black, 2013[17]). En el Recuadro 2.1 se describen los diferentes tipos de resultados reportados por pacientes y mediciones de experiencia (PROMs y PREMs) así como algunos de los aspectos técnicos de su recolección, interpretación y uso.

Finalmente, ninguna fuente de datos puede, en forma individual, proporcionar información para una evaluación completa del desempeño de un sistema de salud altamente complejo y adaptativo. Los datos reportados por pacientes deben ser interpretados en el contexto de otras mediciones del desempeño y actividad del sistema de salud. No se pretende que sustituyan, sino que complementen los datos existentes, recabados en un esfuerzo de evitar la visión de túnel y generar una imagen más completa del desempeño para todos los involucrados: pacientes, proveedores, agencias de regulación y legisladores. Para que las mediciones reportadas por pacientes cumplan su promesa en la prestación de servicio, la investigación y las políticas públicas, es esencial estandarizar los métodos de

recolección de datos, análisis y reporte, lo que depende enormemente de la colaboración internacional (Calvert, O'Connor y Basch, 2019[16]).

Las tasas de reemplazo de articulaciones están creciendo, pero ¿reportan mejoría los pacientes?

Cada año, más de 2.2 millones de personas se someten a cirugías electivas de reemplazo de cadera o rodilla en los países de la OCDE. Las tasas de reemplazo de rodilla se han duplicado desde el año 2000 (Figura 2.1), mientras que los reemplazos de cadera se han incrementado en 30%. Las variaciones de las tasas entre y dentro de los países pueden ser de hasta cinco veces (OECD, 2014[3]).

Los pacientes normalmente se someten a estos procedimientos para manejar síntomas de osteoartritis como dolor, y pérdida de movilidad y funcionalidad, lo que tiene un impacto considerable en la calidad de vida relacionada con la salud. Ambos son procedimientos invasivos, y como todas las cirugías, involucran un grado de riesgo. Requieren de un largo periodo de rehabilitación, y además son caras. En Australia, por ejemplo, representan más de 2% del total del gasto en salud.[1]

Dado que existen alternativas no quirúrgicas para el manejo del dolor de cadera y rodilla (terapia física, ejercicio y medicación), los pacientes deben poder tomar decisiones sobre la cirugía con base en los resultados esperados, incluyendo dolor, movilidad y capacidad de llevar a cabo actividades diarias después de un periodo de recuperación. Quienes realizan los pagos esperan que los procedimientos representen valor en comparación con las alternativas.

La comunidad de ortopedia ha sido una de las más activas en el fomento de la recopilación de datos reportados por pacientes, aunque los reportes a nivel nacional son la excepción. La mayoría de las recopilaciones de datos reportados por pacientes son parte de programas regionales y locales, o registros voluntarios que cubren un subconjunto de proveedores y hospitales de un país.

Alrededor del mundo se usan una variedad de instrumentos que miden dimensiones como dolor, funcionalidad y calidad de vida. Los pacientes normalmente completan cuestionarios antes de la cirugía, y en un momento específico después de la operación (normalmente 6 o 12 meses). La diferencia numérica entre los puntajes pre y postoperatorios es el valor clave de interés.

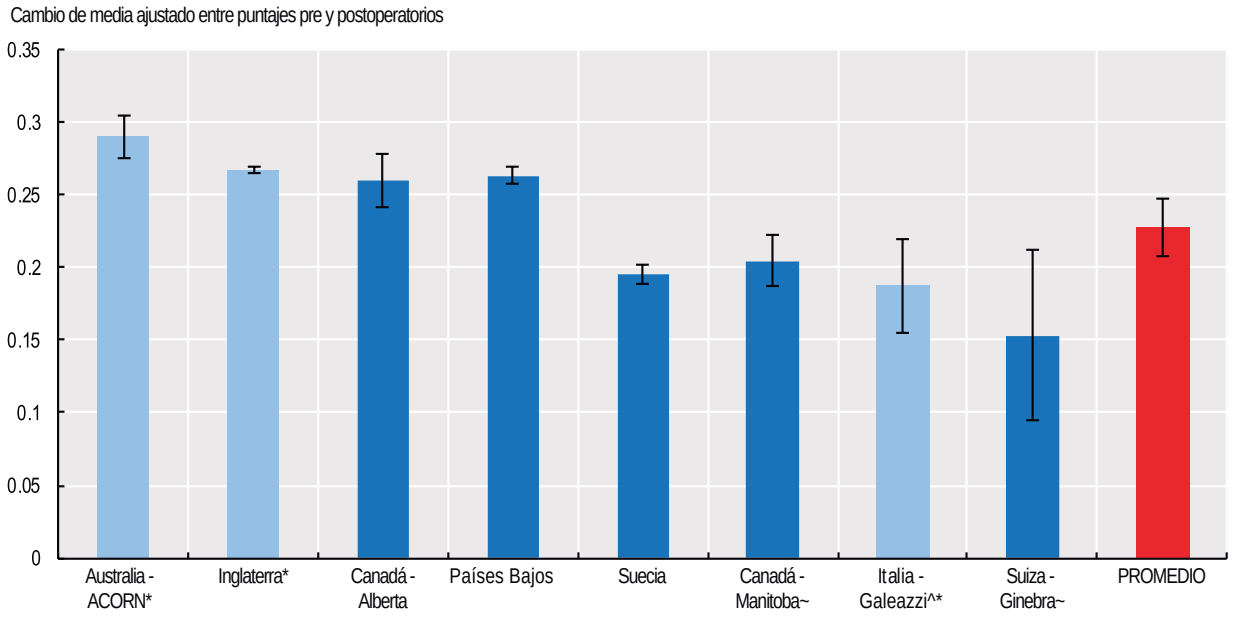
La OCDE ha estado trabajando con una variedad de interesados y expertos, que incluye a pacientes y médicos, para reunir datos PROM a nivel internacional. Una reciente recopilación piloto de datos, contiene contribuciones de diez programas en ocho países. Éstos incluyen iniciativas nacionales (Inglaterra, Países Bajos, Suecia), regionales (Canadá -Alberta y Manitoba, Suiza -Ginebra), registros subnacionales (el Australian Clinical Outcomes Registry -ACORN, por sus siglas en inglés- que recopila datos de proveedores en dos estados), y hospitales en forma individual (Hospital Coxa, Finlandia[2]; el Instituto Galeazzi, Italia). Los programas contribuyentes utilizan diferentes instrumentos PROM, y los datos postoperatorios se recopilaron a los 6 o 12 meses.

Los pacientes adultos con diagnóstico de osteoartritis[3] que se sometieron a procedimientos electivos primarios de reemplazo total se incluyeron en la recopilación de datos. Se recabaron los datos de los tres años más recientes, y se agregaron para proporcionar un resultado por cada programa participante.

Los pacientes con reemplazo de cadera reportaron mejoría en promedio

Los resultados de reemplazo de cadera derivados de instrumentos genéricos (EQ-5D-3L,

Figura 2.3 **Reemplazo de cadera: cambio de media ajustado entre puntajes EQ-5D-3L pre y postoperatorios (valoración EU), 2013-16 (o años más cercanos)**



Nota: ^Resultados convertidos del instrumento SF-12v1; ~convertido del instrumento SF-12v2, *recolección 6 meses después de la operación -azul claro (todos los demás a los 12 meses). Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014612

EQ-5D-5L y SF12) se presentan en una escala común –el índice EQ-5D-3L con una valoración derivada de Estados Unidos (Shaw JW, 2005[20]). El puntaje máximo en la escala EQ-5D es 1.0 (lo que denota óptima calidad de vida relacionada con la salud); y un puntaje negativo sugiere calidad relacionada con la salud valorada como peor que la muerte (Recuadro 2.2).

La Figura 2.3 presenta la diferencia promedio entre puntajes pre y postoperatorios[4] –es decir, la media del cambio en calidad de vida– ajustada por la edad, género y puntaje preoperatorio del paciente (Recuadro 2.2).[5] Los resultados indican que el paciente promedio en cada programa reportó mejoría en su calidad de vida relacionada con la salud después de un reemplazo de cadera. El cambio promedio con media ajustada en todos los programas fue de +0.23, lo que equivale aproximadamente a 21% de mejoría en este índice en un tiempo de 6 y 12 meses después de la operación.[6,7,8]

Los cambios ajustados entre puntajes pre y postoperatorios, derivados de instrumentos para condiciones específicas (Oxford Hip Score, HOOS-PS)[9], se presentan en la Figura 2.4. Es necesario mostrarlos en ejes separados porque por el momento no existen algoritmos para convertir los puntajes de uno al otro. La escala Oxford va de 0 a 48, la HOOS-PS va de 0 a 100. En ambos casos, un valor más alto representa un resultado más deseable.[10] Los resultados indican, en promedio, una mejoría de magnitud similar en todos los programas. El cambio promedio con media ajustada (no se muestra) fue +23 en la escala Oxford, y +32 en la escala HOOS-PS, equivalente a mejorías de alrededor de 48% y 32% respectivamente.[11] En el Capítulo 6 se presentan más resultados para condiciones específicas.

Las mejorías reportadas después del reemplazo de rodilla fueron más modestas

Los cambios ajustados entre puntajes pre y postoperatorios de reemplazo de rodilla, derivados de instrumentos para condiciones específicas, se presentan en la Figura 2.5 (las

Recuadro 2.2. **El índice EQ-5D común y estandarización de datos**

Los programas y países participantes utilizan diferentes instrumentos y mediciones de calidad de vida relacionada con la salud. Los datos presentados aquí se derivan de los instrumentos EQ-5D-5L, y el SF-12 versión 1 y versión 2, convertidos a la escala EQ-5D-3L utilizando algoritmos de mapeo validados (van Hout et al., 2012[21]; Sullivan y Ghushchyan, 2006[22]; Le, 2013[23]).

El instrumento EQ-5D

El instrumento EQ-5D de calidad de vida relacionada con la salud, contiene preguntas que cubren cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor/incomodidad y ansiedad/depresión. El paciente califica cada uno de 1 a 3 (en la versión 3L) o de 1 a 5 (en la versión 5L), donde 1 es lo mejor y 5 lo peor. El resultado es un 'estado de salud' de cinco dígitos -p. ej. 11111 (excelente salud), 33333 o 55555 (el peor estado posible para 3L y 5L respectivamente) y una variedad de permutaciones entre un extremo y otro.

Los estados de salud se convierten a un índice único refiriéndolos a las llamadas valoraciones, que son específicas para una población o país. Estas valoraciones se determinan preguntando a una muestra de la población cómo calificarían un estado de salud particular frente tener excelente salud (1.0) y la muerte (0), utilizando un método llamado intercambio de tiempo (TTO, por sus siglas en inglés). La función resultante se llama valoración o conjunto de valor. Actualmente existen más de una docena de valoraciones nacionales para la versión 3L, pero menos para la 5L que es más reciente. Las funciones pueden diferir considerablemente entre países (Zhuo et al., 2018[24]). Algunas permanecen arriba de cero, otras alcanzan valores negativos en los peores estados de salud posibles. Esto significa que los encuestados califican estos estados de salud como peores que la muerte, y estarían dispuestos a intercambiar menos tiempo pero con buena salud, antes que tener un estado de salud como aquellos.

El EQ-5D fue diseñado para generar años de vida ajustados por calidad (AVAC; QALYs, por sus siglas en inglés) -una medida que combina morbilidad y mortalidad, usada con frecuencia para evaluar la efectividad de intervenciones médicas. Por ejemplo, vivir con un estado de salud de 0.8 en el índice durante 10 años, equivale a 8 QALYs.

El índice EQ-5D-3L (valoración EU) como la escala común

El índice EQ-5D-3L se eligió como métrica común porque (a) la mayoría de los países usan este instrumento; (b) existen algoritmos para convertir -o mapear- puntajes de otros instrumentos genéricos al EQ-5D-3L. Las conversiones de puntajes se llevaron a cabo utilizando datos a nivel paciente.

Existen valoraciones de estado de salud 'nativas' EQ-5D-3L (véanse párrafos anteriores) para casi todos los programas de participación. Se prefiere una valoración única, más que una mezcla de los respectivos conjuntos de valor nativos, porque de alguna manera mitiga distractores del estado de salud auto reportado como los factores culturales, demográficos, socioeconómicos y otros (Devlin, 2019[25]). Presenta de facto resultados consistentes con el estado de salud que subyace, y elimina la variabilidad adicional creada por la valoración particular de estos estados en un país.

La elección de la valoración EU responde a razones prácticas. Fue el único 'punto final' de los algoritmos disponibles para generar puntajes EQ-5D-3L de otros instrumentos empleados por los programas que contribuyeron (van Hout et al., 2012[21]; Sullivan y Ghushchyan, 2006[22]; Le, 2013[23]).

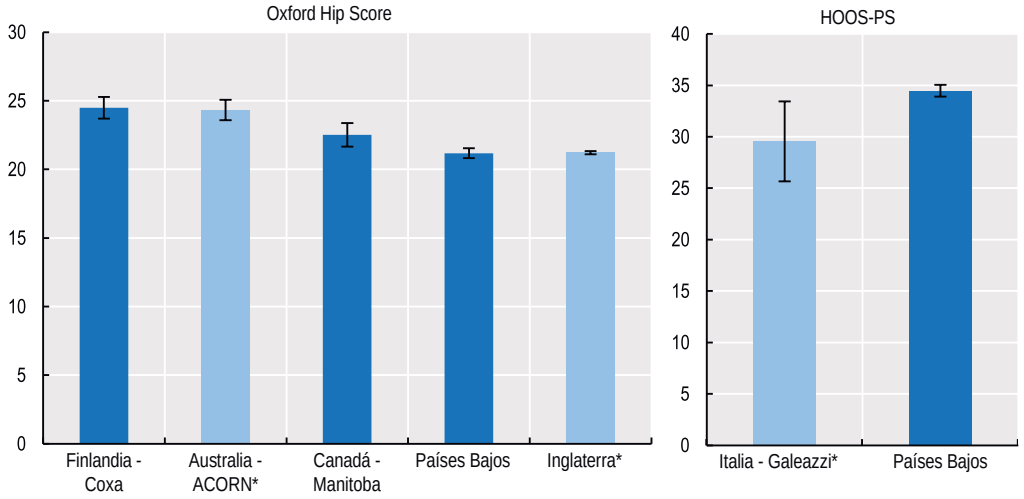
Estandarización de resultados para mejorar la comparabilidad

Con el fin de mejorar la comparabilidad y mitigar el efecto de las variables demográficas y otras, los resultados mostrados (que se obtienen tanto de instrumentos genéricos como para condiciones específicas) fueron ajustados por edad, género y el puntaje PROM preoperatorio reportado, para una población basada en los datos combinados de los programas que contribuyeron. Se usaron tres categorías de edad y dos de puntaje preoperatorio. Las diferencias entre los resultados brutos y ajustados fueron pequeñas en la mayoría de los casos. Los resultados no se ajustaron por comorbilidad ni nivel socioeconómico debido a la falta de datos consistentes.

escalas son las mismas empleadas en reemplazo de cadera). Los pacientes en cada programa reportaron mejorías de magnitud similar en promedio. El cambio promedio con media ajustada (no se muestra) fue de +17 en la escala Oxford, y +22 en la KOO-PS[12], equivalent a mejorías de 36% y 22% respectivamente (los valores correspondientes para reemplazo de cadera fueron 48% y 32%).[13]

Los resultados de reemplazo de rodilla derivados de instrumentos genéricos se

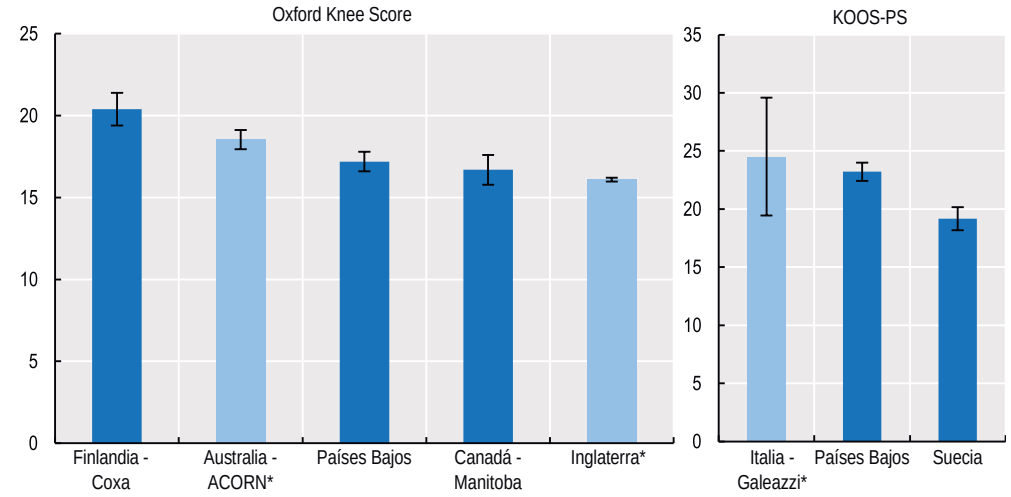
Figura 2.4 **Cambio de media ajustado entre puntajes pre y postoperatorios de Oxford Hip Score y HOOS-PS, 2013-16 (o años más cercanos)**



Nota: *recolección 6 meses después de la operación -azul claro (todos los demás a los 12 meses); Escalas: Oxford 0-48; HOOS-PS 0-100. Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014631

Figura 2.5. **Cambio de media ajustado entre puntajes pre y postoperatorios de Oxford Knee Score y KOOS-PS, 2013-16 (o años más cercanos)**

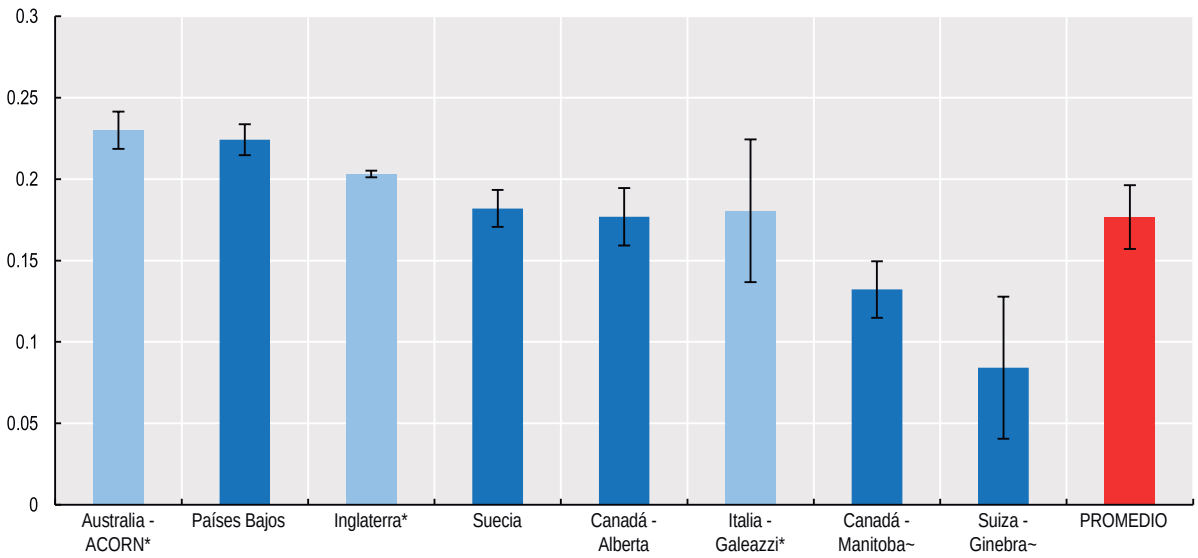


Nota: *recolección 6 meses después de la operación -azul claro (todos los demás a los 12 meses); Escalas: Oxford 0-48; KOOS-PS 0-100. Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014650

presentan utilizando el índice EQ-5D-3L con valoración EU (véase el Recuadro 2.2). Los datos derivados de las escalas EQ-5D-5L y SF-12 se convirtieron utilizando algoritmos validados (van Hout et al., 2012[21]; Sullivan y Ghushchyan, 2006[22]; Le, 2013[23]). La Figura 2.6 muestra la media de cambios entre puntajes pre y postoperatorios ajustada por edad, género y puntaje preoperatorio (Recuadro 2.2). En promedio, los pacientes en cada programa reportaron mejorías que van de +0.08 a +0.22. El cambio promedio con media ajustada en todos los programas fue +0.18 (alrededor de 16% de mejoría).[14] En comparación, como se muestra en párrafos anteriores, el valor equivalente para reemplazo de cadera fue +0.23

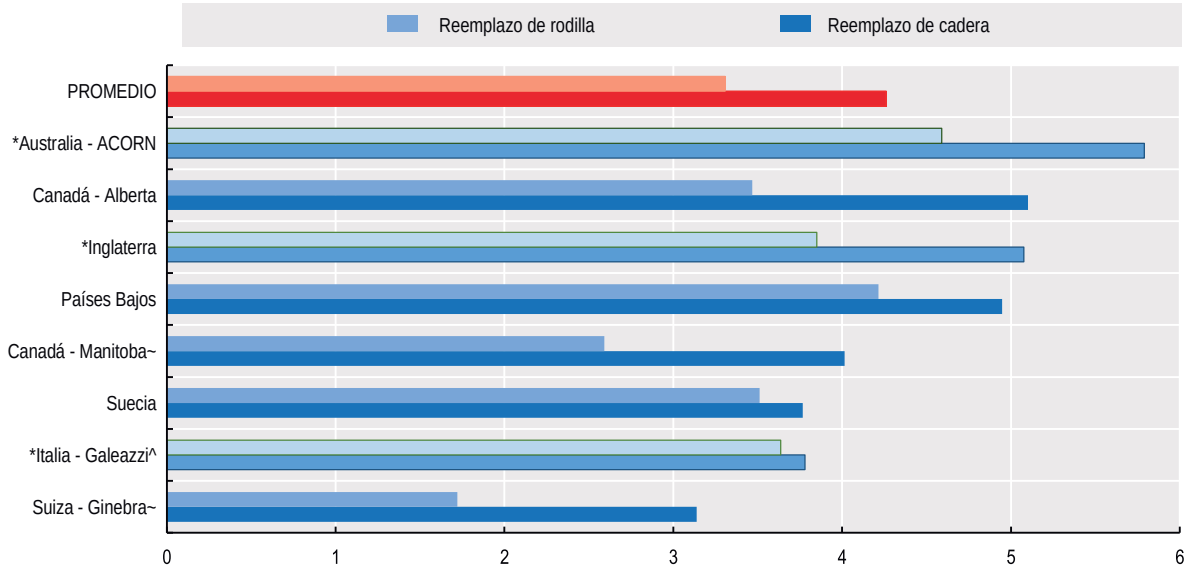
Figura 2.6. **Reemplazo de rodilla: cambio de media ajustado entre puntajes EQ-5D-3L pre y postoperatorios (valoración EU), 2013-16 (o años más cercanos)**



Nota: ^Resultados convertidos del instrumento SF-12v1; ~convertido del instrumento SF-12v2; *recolección 6 meses después de la operación -azul claro (todos los demás a los 12 meses) Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014669

Figura 2.7. **Los reemplazos de cadera y rodilla generan QALYs adicionales para los pacientes**



Nota: ^Resultados convertidos del instrumento SF-12v1; ~convertido del instrumento SF-12v2; *recolección 6 meses después de la operación (todos los demás a los 12 meses).
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014688

(21%), una diferencia estadísticamente significativa en el nivel 95%.

Los resultados de EQ-5D indican que -siendo todo lo demás equivalente- el paciente promedio de 65 años de edad que se sometió a un reemplazo de rodilla en los programas participantes, ganó un incremento adicional de 3.3 años de vida ajustados por calidad (AVAC; QALYs, por sus siglas en inglés).[15] En otras palabras, la ganancia fue el equivalente a 3.3 años

con 'total' calidad de vida relacionada con la salud adicionalmente al restante de vida esperado, en comparación con el status quo preoperatorio (es decir, una alternativa 'sin intervención'). La cifra correspondiente para reemplazo de cadera es superior, de 4.3 AVACs (Figura 2.7).[16] La diferencia entre los procedimientos es consistente con la literatura que existe (Konopka et al., 2018[26]). Sin embargo, debe notarse que los procedimientos de reemplazo de rodilla normalmente tienen un periodo de recuperación más largo que los reemplazos de cadera, lo que puede explicar en parte la diferencia.

Los resultados deben interpretarse con cautela

En promedio, los pacientes que se sometieron a procedimientos de reemplazo de cadera y rodilla en los programas participantes, reportaron mejoría en sus síntomas y calidad de vida relacionada con la salud. Esto no significa que todos los pacientes mejoraron. De hecho, una proporción pequeña pero significativa, reportó no haber sentido cambios o haber empeorado sus síntomas y calidad de vida relacionada con la salud para ambos procedimientos en todos los programas participantes. Aunque esto aún puede ser un resultado mejor en comparación con la alternativa (el estatus quo), no recibir intervención alguna no es probable, dada la disponibilidad de otras modalidades de tratamiento en la mayoría de los sistemas de salud.

De hecho, los resultados que se presentan aquí no dicen mucho sobre cómo se comparan los resultados de cirugías de reemplazo de cadera y rodilla con otros tratamientos no quirúrgicos, incluyendo terapia de ejercicio y medicamentos. Esto requeriría una expansión del estudio de cohorte a pacientes que eligen terapia no quirúrgica para dolor de articulaciones. La literatura indica que las intervenciones no quirúrgicas en efecto mejoran el dolor de articulaciones y la funcionalidad para personas que sufren de osteoartritis, aunque el reemplazo de articulaciones (seguido de terapia de ejercicio), resulta en mayor mejoría reportada por los pacientes (Skou, Bricca y Roos, 2018[27]; Skou et al., 2018[28]). Sin embargo, se asocia con un mayor número de eventos adversos serios como la infección, en comparación con el tratamiento no quirúrgico (Skou et al., 2015[29]).

Aunque los resultados fueron estandarizados por edad, género y puntaje preoperatorio, existen diferentes variables específicas de los programas que limitan su comparabilidad. El número de pacientes difiere considerablemente en cada programa. Algunos hacen la recolección de puntajes a los 6 meses y otros a los 12 meses. Éste periodo se considera el tiempo óptimo para valoración postoperatoria, ya que se espera una recuperación total después de 1 año de la cirugía. No se sabe cómo cambian los resultados más allá de los respectivos puntos en los que se recaba información después de la cirugía. Los programas también utilizan diferentes formas de recolección de información (papel, electrónicos, teléfono) lo que tiene influencia sobre los resultados. Los índices de respuesta varían entre programas, y a pesar del ajuste por puntaje preoperatorio, las diferencias en los tiempos de espera entre países pueden influenciar los resultados. Finalmente, los resultados de tres programas fueron convertidos de EQ-5D-5L y SF-12, al índice EQ-5D-3L (valoración EU), lo que puede sesgar el resultado final.

Adicionalmente, los resultados no fueron ajustados por casuística y comorbilidades porque no hay disponibilidad de datos consistentes en todos los programas. Existe una variedad de factores culturales, demográficos y socioeconómicos que ejercen influencia en el estado de salud auto reportado, y también la comparabilidad de resultados, aún cuando se usen un índice y valoración común.

Una mejor información sobre los resultados de la atención del cáncer de mama ayuda a los pacientes que enfrentan elecciones difíciles de tratamiento

El cáncer de mama es la forma de cáncer más prevalente en mujeres en todo el mundo, con alrededor de 2.1 millones nuevos casos diagnosticados en 2018, que representan casi 1 de cada 4 casos de cáncer en mujeres (Bray et al., 2018[30]). Aunque se ha observado un incremento en la incidencia de cáncer de mama en la última década, la mortalidad ha decrecido en casi todos los países de la OCDE. El diagnóstico oportuno y los mejores tratamientos han contribuido a este resultado, y hoy día la mayoría de los países de la OCDE tienen tasas netas de sobrevivencia de 5 años de 80% (véanse la información anterior y la Figura 2.2)

Aunque la cirugía es el tratamiento local preferido para la mayoría de pacientes con cáncer en etapa temprana, existe una variedad de opciones de tratamiento cuando se consideran alternativas específicas para la atención de cada mujer. Por ejemplo, el tratamiento sistémico primario con quimioterapia o terapia hormonal puede mejorar las opciones quirúrgicas al reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía. La radioterapia postoperatoria, quimioterapia y/o terapia hormonal, pueden reducir el riesgo de recurrencia del cáncer.

Las tres principales intervenciones quirúrgicas para cáncer de mama son:

- **Terapia de conservación de mama (BCT, por sus siglas en inglés)** implica una operación quirúrgica para remover el cáncer, conservando lo más posible de la mama –una opción común en etapas tempranas. Esta es la principal opción quirúrgica para el cáncer de mama, con un 60%-80% de los cánceres recién diagnosticados susceptibles de conservación de la mama en el momento del diagnóstico o después de la terapia sistémica primaria para mujeres en Europa Occidental (Cardoso et al., 2019[31]).
- **Mastectomía**, que implica la extirpación completa de la mama mediante cirugía y suele realizarse cuando una mujer no puede ser tratada con terapia de conservación de mama. Sin embargo, es posible que una mujer prefiera una mastectomía en lugar de una terapia de conservación, y cuando hay un riesgo muy alto de contraer un segundo cáncer a veces se extirpan ambos senos.
- **Reconstrucción de mama**, que puede ser elegida por mujeres que se han sometido a mastectomía, para reconstruir la forma y apariencia de los senos. Las dos principales formas de reconstrucción de mama son: 1) cirugía de **reconstrucción con implante**, que implica la inserción de un implante de silicón después de la extirpación del tejido mamario; y 2) cirugía de **reconstrucción autóloga de mama**, que utiliza tejido de otras partes del cuerpo de la paciente, como su abdomen, espalda, muslos o glúteos para reconstruir la forma del seno. En general se considera que esta forma de reconstrucción tiene una apariencia más natural, y un comportamiento más semejante al tejido mamario natural que los implantes de mama.

Existen una variedad de factores que pueden influenciar la elección de tratamiento y los resultados para mujeres con cáncer, incluyendo el tamaño y localización del tumor, la biología o tipo y características del tumor, edad, estado de salud general, disponibilidad de la atención, riesgos de salud relacionados, y preferencias de la paciente.

La elección de método quirúrgico como tal, puede tener influencia en la calidad de vida subsecuente de una mujer. Por lo tanto, las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama pueden enfrentar decisiones difíciles al considerar las opciones de tratamiento. Cuando factores como la edad, estado general de salud, tamaño y localización del tumor primario son importantes para la toma de decisiones clínicas, las preferencias de la paciente también son primordiales para la elección de estrategia de tratamiento (Cardoso et al., 2019[31]).

Más allá del objetivo general de mantenerse con vida, la calidad de vida es también una consideración clave. Al evaluar las opciones de tratamiento, la información sobre los resultados de otras mujeres que han estado en circunstancias similares pueden ser potencialmente una gran ayuda en el proceso de toma de decisiones y la reflexión continua de los avances durante y después del tratamiento y en la sobrevivencia.

La recolección y uso de PROMs en cáncer de mama está creciendo

Proveedores y pacientes motivados en todos los países de la OCDE, miden cada vez más los resultados reportados por los pacientes, para colaborar con información para la toma de decisiones clínicas difíciles. La utilidad de estas medidas se aprecia cada vez más. Por ejemplo, en Países Bajos se ha identificado actualmente el cáncer de mama como una de las posibles áreas de prioridad de un esfuerzo de política nacional para medir de manera sistemática los resultados reportados por pacientes, e implementar atención 'basada en valor'(van Egdom et al., 2019[32]). Sin embargo, se emplea una variedad de instrumentos PROM, lo que dificulta la comparabilidad de los resultados. Adicionalmente, la escala de adopción sigue estando en buena medida localizada y aislada a iniciativas específicas y líderes clínicos en lugares específicos.

En un esfuerzo por abordar esta prioridad emergente, la OCDE ha trabajado con un grupo de expertos (que incluye a pacientes, médicos, legisladores y representantes de la industria) y organizaciones colaboradoras para comprender los últimos avances en PROMS para cáncer de mama, y para explorar las oportunidades para recolección internacional de datos y comparaciones.

Estos esfuerzos han culminado en una recolección internacional preliminar de datos que involucra a 11 centros clínicos de 8 países (Flinders Medical Centre, Adelaida, Australia; Angers Cancer Centres, Nantes, France; Charité- Universitätsmedizin Berlín, Alemania; Erasmus Medical Center, Rotterdam, Países Bajos; Capio St Göran Breast Unit, Södersjukhuset Bröstcentrum y Karolinska Univ.sjukhuset Bröst Endokrin och Sarkom, Estocolmo, Suecia; Universitätspital Basel, Basilea, Suiza; Manchester University Hospitals NHS Foundation Trust, Manchester, Reino Unido; Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York, Estados Unidos, y Brigham and Women's Hospital, Boston, Estados Unidos).

Se utilizó la escala de satisfacción con los senos post operación de mama para los módulos de terapia de conservación de mama y de reconstrucción de la herramienta Breast Q,

Recuadro 2.3 **Escala de satisfacción postoperatoria Breast Q**

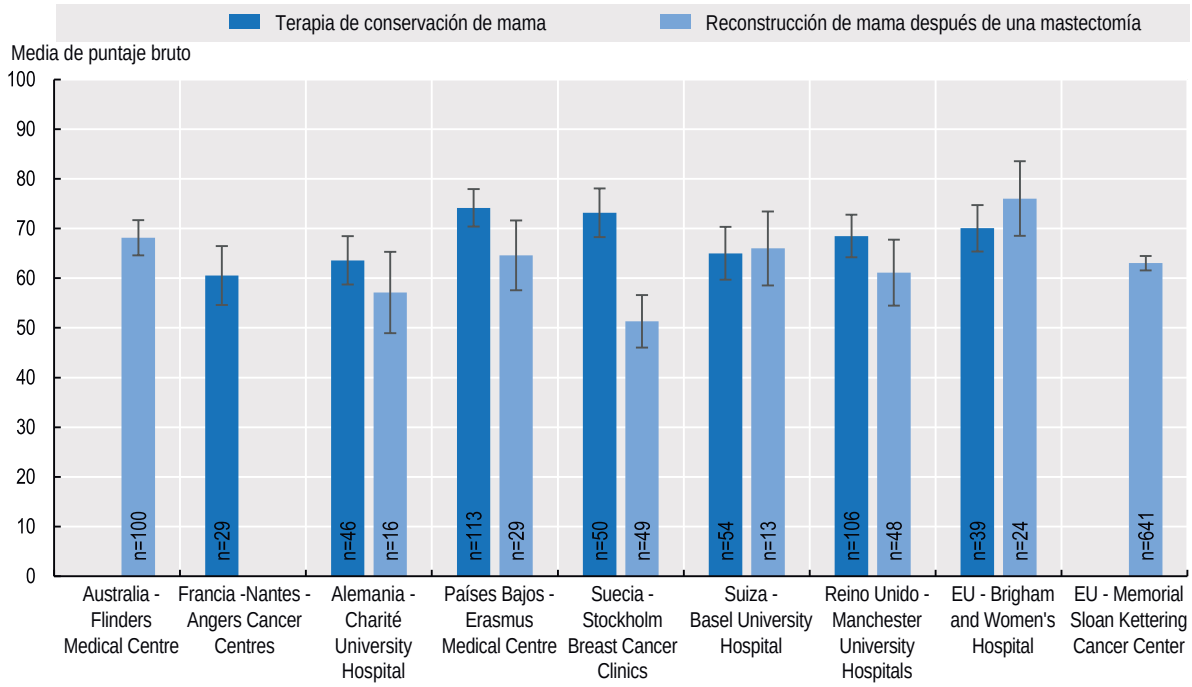
El conjunto de herramientas Breast Q es uno de los más utilizados de la variedad de instrumentos que se usan internacionalmente en la actualidad para medir los resultados de cirugía de cáncer de mama reportados por los pacientes (Tevis et al., 2018[34]).

Las escalas de satisfacción de las herramientas Breast Q miden imagen corporal en términos de la satisfacción de una mujer con sus senos y plantea preguntas en relación con que tan cómodamente ajustan los brassieres y qué tan satisfecha se siente una mujer con el área de su pecho, vestida y desvestida. Las preguntas post operación tienen que ver con la apariencia de los senos (p. ej. tamaño, simetría, suavidad), prendas de vestir (p. ej. el ajuste de los brassieres, poder usar ropa ajustada) y localización y apariencia de cicatrices. Existen módulos separados para lumpectomías, mastectomías y reconstrucciones, y cada uno consiste de múltiples escalas separadas que cubren temas como bienestar psicosocial, bienestar sexual, bienestar físico, satisfacción con los senos y satisfacción con la atención. También hay preguntas específicas para implantes, incluyendo el ondulamiento que se puede ver o sentir.

Los puntajes de cada escala de terapia de conservación de mama y de reconstrucción, junto con otras escalas de Breast Q, pueden ser convertidas a un Puntaje Transformado Equivalente de Rasch de 1-100 para permitir comparación directa entre escalas.

Véase *http://qportfolio.org/breast-q/breast-cancer/* para más detalles.

Figura 2.8. **Los puntajes brutos PROM para cáncer de mama muestran variaciones en los resultados quirúrgicos**



Nota: Mediciones extendidas a más de 12 meses después de la cirugía para centros en Suecia y Suiza. La información en la base del histograma se refiere al tamaño de la muestra en cada centro. Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: PaRIS Breast Cancer PROMS Pilot Data Collection, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014707

un instrumento validado internacionalmente que se utiliza para medir los resultados de cirugía de mama reportados por pacientes (Pusic et al., 2009[33]) (Recuadro 2.3).

La recolección de datos involucró a mujeres de 15 años y mayores que recibieron terapia unilateral de conservación de mama o reconstrucción de mama después de una mastectomía durante el tratamiento primario de cáncer de mama. Se excluyó a las mujeres que se sometieron a cirugía bilateral de mama dado el impacto diferencial que es posible que esta cirugía tenga en la satisfacción con los senos.

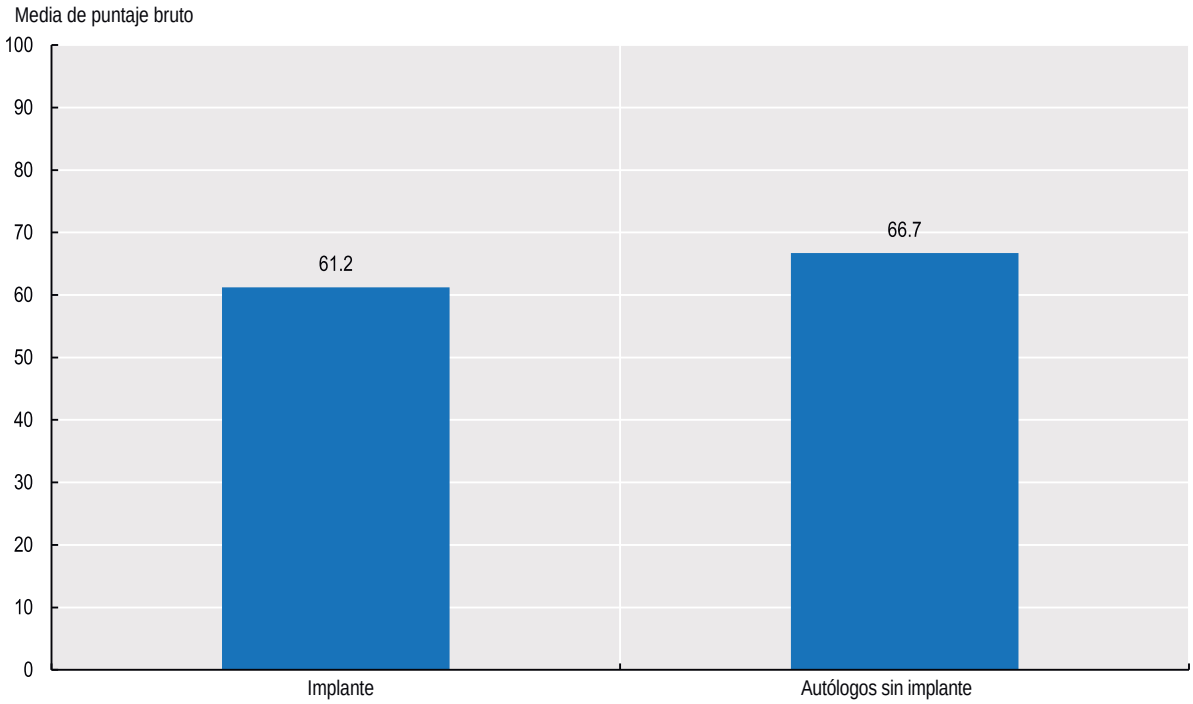
Los resultados indican mayor satisfacción con los senos después de la terapia de conservación de mama en algunos de los centros clínicos, pero no en todos

Los puntajes brutos (sin ajustar) de resultados a 6-12 meses después de la terapia de conservación de mama, de reconstrucción de mama, y el agregado de los dos, se presentan en la Figura 2.8. Los resultados son de muestras relativamente pequeñas, y no pretenden ser representativos los resultados de todas las pacientes con cáncer de mama en cada país. Sin embargo, demuestran la capacidad de que las mediciones de este tipo se reporten internacionalmente.

Los datos brutos de centros clínicos que reportaron puntajes para terapia de conservación de mama y para reconstrucción, indican que en la mayoría de los centros las mujeres podrían obtener resultados de mayor satisfacción con los senos después de la terapia de conservación, lo que corresponde con la sabiduría convencional en esta área (por ejemplo (Flanagan et al., 2019[35])). Sin embargo, en algunos centros, las mujeres pueden tener puntajes de satisfacción más altos para reconstrucción. Es necesario seguir trabajando y llevar a cabo una recopilación de datos más extensa para validar esta observación y

Figura 2.9. **Puntajes brutos de resultados reportados por pacientes para reconstrucciones autólogas y con implantes**

Satisfacción con los senos auto reportada por tipo de cirugía de reconstrucción, 2017-18 (o años más cercanos)



Nota: Obtenido de los datos consolidados de los 11 centros participantes.
Fuente: PaRIS Breast Cancer PROMS Pilot Data Collection, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014726

considerar la posible generalización de los resultados de los datos, pero estas observaciones iniciales pueden ser la base para un intercambio posterior y aprendizaje de los resultados de los diferentes centros. Por ejemplo, se puede justificar el seguimiento más allá de 6 y 12 meses, dado que el momento óptimo para evaluar los resultados puede variar para cada mujer por las diferencias en la duración y el impacto de las diferentes opciones de tratamiento para terapias de conservación y de reconstrucción de mama.

Existe una variedad de factores personales que pueden influenciar la satisfacción de una mujer con los resultados de su cirugía de cáncer de mama, tales como edad, tabaquismo, obesidad, carga tumoral, nivel educativo, antecedentes culturales, y satisfacción general con sus senos y salud física antes de la cirugía. Por ejemplo, el tabaquismo y la obesidad pueden perjudicar la curación de los tejidos y tener un impacto negativo en los resultados de la reconstrucción con implantes, incluyendo los resultados estéticos (Kern et al., 2015[36]). Estos factores están más allá de la influencia directa del servicio de salud, y su impacto debería, idealmente, tomarse en cuenta al comparar la calidad de la atención entre centros clínicos. En los centros participantes se recolectó información sobre variables clave de las pacientes, incluyendo edad, tabaquismo y obesidad. Sin embargo, no ha sido posible por el momento ajustar los resultados por riesgo, debido a limitaciones en el tamaño de la muestra y la capacidad reducida para la presentación de reportes por parte de todos los centros.

Las mujeres reportan una satisfacción ligeramente mayor con la reconstrucción autóloga de mama, que con la utilización de implantes

Los puntajes brutos consolidados de los centros clínicos participantes indican que las mujeres que tuvieron cirugías de reconstrucción autóloga de mama están 6% más satisfechas.

con sus senos que quienes se sometieron a reconstrucción con implante. (Figura 2.9). Este resultado es congruente con la evidencia existente (Matros et al., 2015[37]) y puede ser una consideración importante cuando es posible elegir el tipo de intervención quirúrgica.

De aquí se desprende que la variación en los puntajes de satisfacción con los senos que se presentan en la Figura 2.8 pueden estar influenciados, entre otros factores, por la proporción de mujeres que se someten a cirugía de reconstrucción autóloga de mama. La tabla 2.1 presenta el tamaño de la muestra de mujeres y la proporción de pacientes sometidas a reconstrucción autóloga que reporta cada centro. La proporción varía de 100% de mujeres receptoras de reconstrucciones autólogas (centros holandeses y suizos), a 0% en el centro clínico Sueco, donde todas las mujeres recibieron reconstrucciones con implante. Sin embargo, es posible que algunos centros no hayan incluido a todas las mujeres que se sometieron a reconstrucción. Por ejemplo, pueden haberse presentado datos solo de las unidades de cirugía plástica en algunos centros, y no incluir las reconstrucciones con implante llevadas a cabo por los cirujanos y viceversa.

Aunque no es aparente una relación clara entre la proporción de mujeres que se sometieron a una reconstrucción autóloga y los puntajes brutos de resultados (Figura 2.8), se puede justificar la consideración posterior de factores que contribuyen a la amplitud de la variación observada entre centros, particularmente dada sabiduría convencional sobre los resultados de la atención. Por ejemplo, la función de cada centro dentro de la gama de servicios ofrecidos a mujeres con cáncer de mama, o la representatividad de los datos de cada centro.

Tabla 2.1. **Total de cirugías de reconstrucción y proporción de cirugías de reconstrucción autóloga por centro**

	Total de reconstrucciones de mama	Reconstrucciones atuólogas sin implante
	No. de Mujeres	% del total de reconstrucciones
Australia-Flinders Medical Centre	100	57% (57)
Alemania-Charité University Hospital	16	19% (3)
Países Bajos-Erasmus Medical Centre	29	100% (29)
Suecia-Stockholm Breast Cancer Clinics	49	0% (0)
Suiza-Basel University Hospital	13	100% (13)
Reino Unido-Manchester University Hospitals	48	25% (12)
EU-Brigham and Women's Hospital	24	38% (9)
EU-Memorial Sloan Kettering Cancer Center	641	24% (153)

Fuente: PaRIS Breast Cancer PROMS Pilot Data Collection, 2019.

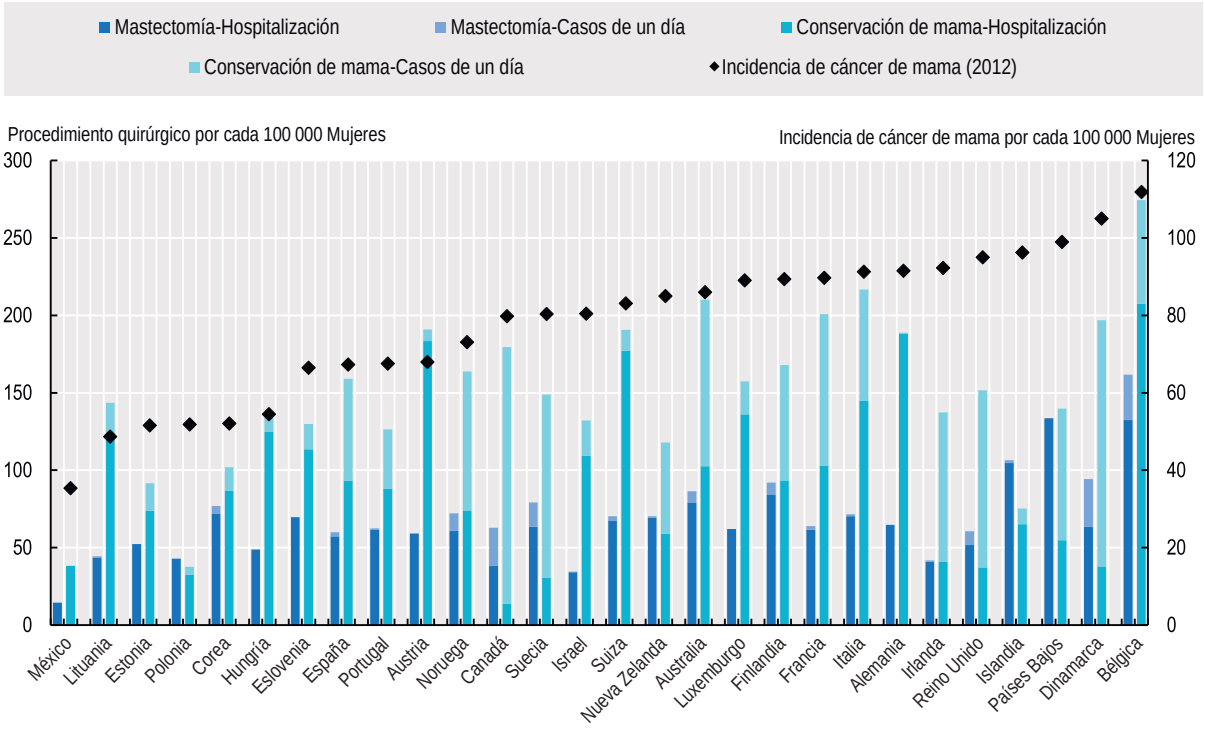
StatLink https://doi.org/10.1787/888934014745

El uso reciente de PROMs muestra que la reconstrucción autóloga puede tener buena relación costo-efectividad

Sigue existiendo una variación significativa en métodos y prácticas de tratamiento para mujeres con cáncer de mama, que incluye el uso de diferentes métodos quirúrgicos aún frente a guías establecidas de prácticas clínicas (Cardoso et al., 2019[31]; OECD, 2013[38]). La Figura 2.10 presenta las tasas, contextos y mezcla de terapias de conservación de mama y mastectomías en los países de la OCDE, y muestra evidencia de los diferentes patrones de tratamiento, aún entre países que tienen niveles muy similares de incidencia de cáncer. Desde luego la información debe ser interpretada con cautela, pues también puede haber variaciones en la fase del cáncer, comorbilidad y estado de desempeño preoperatorio de las pacientes.

La variación en los patrones de tratamiento también puede ser afectada por diferentes factores. Por ejemplo, las diferencias regionales en cirugías de reconstrucción de mama en Suecia han sido recientemente atribuidas a las variaciones en la información de pacientes, disponibilidad de servicio de cirugía plástica, y la participación de las mujeres en la toma de decisiones (Frisell, Lagergren and de Boniface, 2016[39]).

Figura 2.10. **Tipo de cirugía de cáncer de mama y contexto (2017), e incidencia (2012) por cada 100 000 mujeres**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014764

La elección de tratamiento de los pacientes en consulta con sus equipos clínicos no solo tiene consecuencias para su sobrevivencia y calidad de vida, sino también implicaciones financieras. Por ejemplo, después de una mastectomía, una mujer se enfrenta a la elección de someterse a una reconstrucción de mama (como procedimiento inmediato o posterior) o no, y en caso afirmativo, qué tipo de reconstrucción es indicada. Aunque los resultados de optar por la reconstrucción después de la mastectomía o no son en general comparables en términos de sobrevivencia (Platt et al., 2015[40]), la elección de reconstrucción puede dar diferentes resultados que son importantes para las mujeres, como calidad de vida o satisfacción con los senos, así como los diferentes costos para las mujeres y el sistema de salud.

Aunque las reconstrucciones autólogas parecen tener mejores resultados para la paciente que la reconstrucción con implantes, tienden a ser más complejas y costosas, lo que genera cuestionamientos sobre su relación costo-beneficio (Scurci et al., 2017[41]). En un estudio reciente en Estados Unidos se compararon los puntajes Breast Q de pacientes que han recibido implantes y de quienes se sometieron a reconstrucciones autólogas, y se calculó el costo adicional promedio de tener 1 año de perfecta salud mamaria con una reconstrucción autóloga unilateral en un poco menos de USD 12 000 en 2010, en comparación con la reconstrucción con implantes que tiene costos adicionales más bajo para pacientes más jóvenes y fases más tempranas de cáncer de mama (Matros et al., 2015[37]).

Aunque se desconoce el valor queda la sociedad a un año de perfecta calidad de vida relacionada con salud mamaria, se ha utilizado un umbral de entre USD 50 000 y USD 100 000 para un año de perfecta salud en general para calificar las intervenciones médicas como asequibles y con una buena relación costo-efectividad, y considerarlas aceptables para la adopción de nuevas tecnologías o técnicas en los países de la OCDE (Cameron, Ubels y Norström,

2018[42]). Sobre esta base, se puede justificar una consideración posterior de la relación costo-efectividad relativa de reconstrucciones autólogas, junto con una evaluación económica más amplia de la terapia de conservación y la cirugía de reconstrucción de mama.

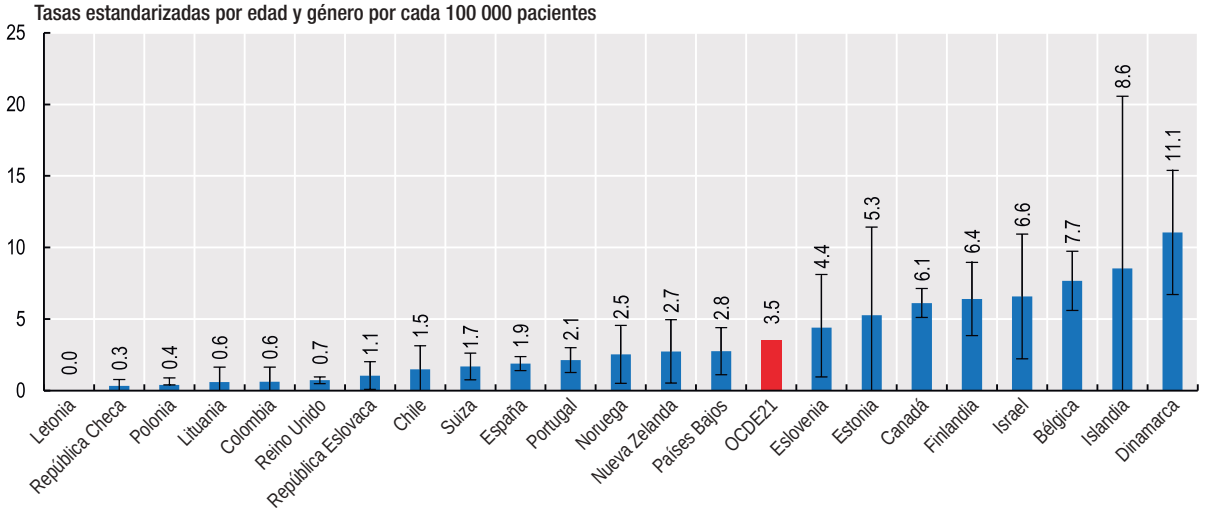
La recolección rutinaria de datos sobre los resultados que son importantes para las pacientes con cáncer de mama es útil no solo para la atención directa a las pacientes, sino también para la mejora del sistema a través de una comprensión más integral del impacto de las diferentes opciones de tratamiento. Estos datos complementan las mediciones tradicionales como sobrevivencia, mortalidad, complicaciones y readmisiones. Incluir en la ecuación las mediciones de lo que es importante para los pacientes crea el potencial de evaluar modos alternativos de tratamiento en términos de resultados y valor para los pacientes, agencias de pago y legisladores (Cardoso et al., 2019[31]).

Las mediciones de salud mental existentes dicen poco sobre las experiencias y resultados de la atención

La salud mental es un componente indispensable del bienestar individual y la participación social y económica. Sin embargo, muchos países de la OCDE consideran que la atención que brindan a la salud mental es inadecuada. Se estima que alrededor de una de cada cinco personas experimenta un problema de salud mental en un año determinado, mientras que uno de cada dos individuos experimentará un problema de salud mental en su vida (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019[43]). Los problemas más comunes de salud mental son el desorden de ansiedad (5.1% de la población), seguido de desórdenes depresivos (4.5%), y desórdenes relacionados con el consumo de drogas y alcohol (2.9%) (ibid.).

Los costos económicos y sociales de los trastornos mentales son significativos. En los países de la Unión Europea, se calcula que el gasto directo en servicios de salud mental representó alrededor de 13% del gasto total en salud –o 1.3% del PIB– en 2015 (OECD/EU, 2018[44]). Pero también se sufragan costos adicionales mayores fuera del sistema de salud. Las tasas empleo y productividad más bajas de las personas con problemas de salud mental tienen un impacto económico equivalente a 1.6% del PIB en los países de la Unión Europea; y el incremento del gasto en programas de seguridad social, como prestaciones por discapacidad o licencias por enfermedad pagadas, representan adicionalmente 1.2% del PIB (OECD/EU, 2018[44]).

Figura 2.11. **Suicidio durante la hospitalización de pacientes con un desorden psiquiátrico, 2015-2017**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. Promedio de tres años excepto para Nueva Zelanda..
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014783

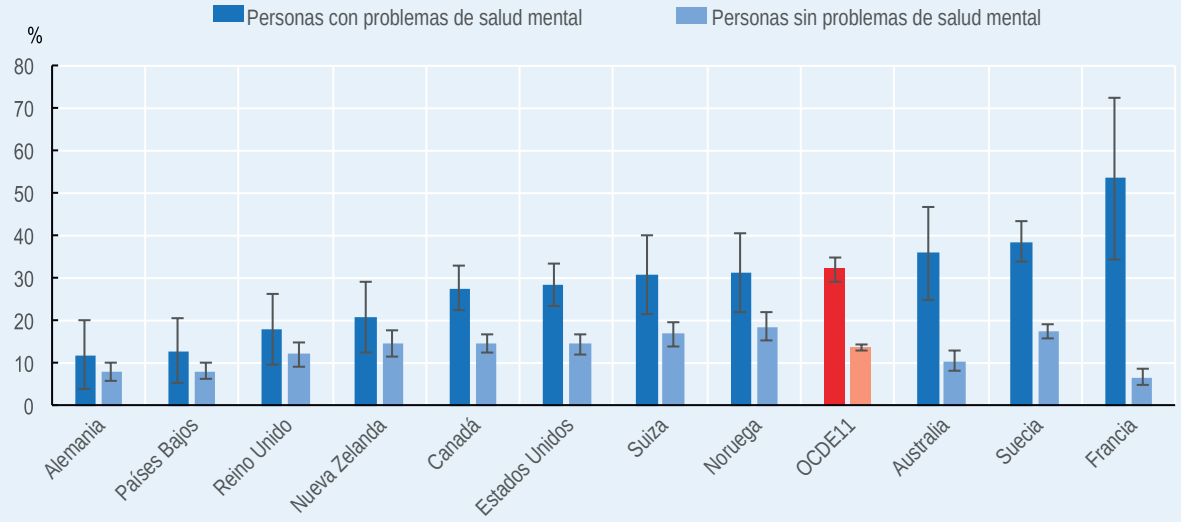
Recuadro 2.4. **Encuesta Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults**

La encuesta International Health Policy Survey of Adults de Commonwealth Fund en 2016 (The Commonwealth Fund, 2016[49]) se llevó a cabo en 11 países –Australia, Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos– con un total de 26 863 adultos entrevistados por teléfono sobre sus experiencias con el sistema de salud de sus países, su salud y bienestar.

La encuesta incluyó la pregunta ***"¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted padece de depresión, ansiedad u otro problema de salud mental?"***. Aunque existen algunas cuestiones metodológicas al aplicar la encuesta en esta forma, incluyendo la comparabilidad de los grupos encuestados y el tamaño de las muestras, la comparación de respuestas de todo el cuestionario de quienes respondieron 'sí' con quienes respondieron 'no' a la pregunta de salud mental, puede ayudar a tener más información sobre la experiencia que tienen las personas que padecen de un problema de salud mental en los países participantes con la gestión de su enfermedad.

Las personas que respondieron 'sí', reportaron experiencias similares al resto de los encuestados en algunas áreas de la atención. En otras, su experiencia con la atención parece ser inferior. En varios países, por ejemplo, es significativamente más probable que las personas con un problema de salud mental reporten haber recibido información contradictoria de diferentes profesionales de la salud (Figura 2.12). Las diferencias más pronunciadas se presentan en Australia, Suecia y Francia.

Figura 2.12. **Es más probable que las personas a quienes un médico les ha dicho que padecen depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental reporten haber recibido información contradictoria de profesionales de la salud**



Nota: 'Personas con problemas de salud mental' son los encuestados que respondieron 'sí' a la pregunta "durante los últimos dos años, cuando recibió atención por un problema médico, ¿hubo ALGUNA vez en que recibiera información contradictoria de diferentes médicos o profesionales de la salud?" Limitantes de los datos. El número de encuestados en los 11 países varió de 1 000 (Alemania) a 7 124 (Suecia). Las tasas de respuesta más bajas fueron las de Nueva Zelanda (31.1%), Países Bajos (32.4%) y Suiza (46.9%). El tamaño de las muestras de encuestados que respondieron 'sí' a la pregunta sobre salud mental por lo tanto fue pequeño, lo que se refleja en la magnitud de los intervalos de confianza (H se refiere a intervalos de confianza de 95%). Adicionalmente, la pregunta sobre salud mental no permite distinguir a individuos que padecían un problema de salud mental en el momento de la encuesta, de aquellos que lo experimentaron en el pasado pero se habían recuperado. También es posible que las diferencias culturales y lingüísticas en la interpretación de la pregunta hayan tenido influencia en las respuestas. Los resultados no se han ajustado por el riesgo de comorbilidad y estatus socioeconómico.
Fuente: Análisis de la OCDE con base en Commonwealth Fund 2016 International Health Policy Survey (The Commonwealth Fund, 2016[49]).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014802

Se han establecido estimaciones comparables de costos en países de la OCDE más allá de la Unión Europea. En Australia, por ejemplo, los costos totales de los trastornos mentales representan 4% del PIB, de los cuales 45% son costos indirectos (Australian Government - National Mental Health Commission, 2016[45]). Canadá y Japón reportan cifras similares (Sado et al., 2013[46]; Sado et al., 2013[47]; Mental Health Commission of Canada, 2012[48]).

El impacto de los problemas de salud mental en la vida de las personas, en las sociedades y las economías, puede ser abordado con políticas más efectivas e intervenciones para prevenirlos y gestionarlos. Sin embargo, la comprensión del impacto que la atención a la salud mental tiene en los usuarios de los servicios es aún limitada; es cada vez más necesario medir los efectos y el impacto de la prevención y opciones de tratamiento de manera más consistente y metódica.

Las mediciones tradicionales dicen poco sobre el impacto duradero que tiene la atención a la salud mental en el paciente. Por ejemplo, el suicidio durante la hospitalización es una medida crítica de seguridad, pues señala que algo ha estado terriblemente mal (Figura 2.11), y es una de las medidas limitadas de calidad de la atención que actualmente pueden reportarse internacionalmente. Afortunadamente, el suicidio de pacientes hospitalizados es muy raro, lo que implica que no tenemos un conocimiento profundo de las experiencias y resultados de la atención para la gran mayoría de pacientes psiquiátricos.

Las mediciones reportadas por los pacientes son una herramienta crítica para mejorar las políticas y la práctica en la atención de la salud mental. En el Recuadro 2.4 se presenta un ejemplo de cómo las mediciones reportadas por pacientes (en este caso PREMs) pueden contribuir a aclarar problemas potenciales en la atención de la salud mental, pues se reportan datos de encuestas sobre la experiencia de pacientes a quienes un médico les dijo que padecían de un trastorno de salud mental, en comparación de quienes no recibieron esta información.

Colaboración para mejorar los reportes de pacientes sobre salud mental

Dado el impacto de los problemas de salud mental en la salud y la economía, es importante evaluar la calidad y resultados de la atención en esta área. Los indicadores de proceso y resultados existentes -si bien son muy útiles en algunas circunstancias- no muestran la imagen completa de calidad y desempeño. Esta falta de información obstaculiza los esfuerzos para mejorar la atención, la práctica y las políticas.

Sin embargo, los reportes de pacientes sobre salud mental están todavía en una etapa muy temprana. La recolección de datos es irregular, y no es la norma obtener reportes y usar la información de manera rutinaria. Desde 2018, solo cinco de doce países encuestados (Australia, Israel, Países Bajos, Suecia, Reino Unido -Inglaterra) reportaron que se recopilaron PROMs y PREMs con regularidad en contextos de salud mental. Sólamente Australia, Países Bajos e Inglaterra informaron recolectar y reportar ambos de manera rutinaria. De esta forma, el número de datos nacionales es limitado y éstos no son fácilmente comparables a nivel internacional.

Esto debe cambiar, y la OCDE ha estado trabajando con pacientes, médicos y legisladores, y otros expertos de 13 países para desarrollar estándares para la recolección de datos PREM y PROM sobre salud mental que permitan informes internacionales y fomenten la capacidad de recopilar y usar esta importante información en los países miembros de la OCDE.

Conclusión

Un objetivo fundamental de los servicios sanitarios es mejorar la salud y el bienestar de los pacientes y las poblaciones. Sin embargo, la recopilación de información de los pacientes sobre el éxito de los sistemas de salud en este objetivo, no es la norma. Adicionalmente, los retos demográficos, epidemiológicos y financieros que surgen, hacen cada vez más necesario orientar los sistemas de salud a las necesidades de la gente y las comunidades. Esto no será posible sin información obtenida directamente de los pacientes para complementar la información existente sobre el desempeño de los sistemas de salud.

Más de 2.2 millones de pacientes se someten a reemplazos de cadera o de rodilla cada año en países de la OCDE, y las tasas de reemplazo de cadera se han incrementado en un tercio. La panorámica internacional para recolección de datos de resultados de personas con reemplazo de cadera o rodilla es variada. Sin embargo, diez programas de ocho países de la OCDE contribuyeron con datos reportados por pacientes adultos después de un procedimiento electivo de reemplazo de cadera o rodilla. Los resultados indican que:

- En cada país, ambos procedimientos mejoraron el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud, según lo reportado por pacientes, con resultados ajustados por edad, género y puntaje preoperatorio.
- Los pacientes sometidos a reemplazo de cadera tuvieron mejoras mayores. En caso de ser practicado a los 65 años de edad, en promedio el reemplazo generaría 4.3 AVACs adicionales, en comparación con 3.3 AVACs para el reemplazo de rodilla promedio (aunque debe notarse que el periodo de recuperación de la cirugía de reemplazo de rodilla es más largo).
- La variación entre países fue modesta, lo que indica la solidez de los métodos de recolección y análisis de los datos piloto.

El conocimiento público de este tipo de resultados es muy importante, ya que es una forma de mejorar la toma de decisiones informadas de los pacientes, y de calibrar sus objetivos y expectativas cuando deciden someterse a procedimientos electivos. Los resultados también facilitan las decisiones de políticas públicas y la evaluación costo -efectividad, costo-utilidad y valor desde la perspectiva del paciente. Contar con más datos reportados por pacientes permitirá llevar a cabo análisis temporales sólidos y comparaciones entre países en el futuro. Es importante que los países armonicen la recolección de datos a nivel nacional.

El cáncer de mama es la forma más prevalente de cáncer en mujeres en todo el mundo. Aunque se ha observado un aumento en su incidencia en la última década, la mayoría de los países de la OCDE presentan índices de sobrevivencia neta de 5 años de 80% o más. Se puede recurrir a una variedad de intervenciones quirúrgicas para tratar el cáncer de mama, pero se sabe relativamente poco sobre la evaluación que hacen las mujeres de los resultados, como dolor, satisfacción con los senos y calidad de vida. Diez centros clínicos en 7 países participaron en una recopilación piloto de datos de resultados reportados por pacientes que se sometieron a tratamiento quirúrgico de cáncer de mama. Los resultados preliminares de esta recopilación -que no han sido ajustados por riesgo- generaron las siguientes observaciones tentativas:

- Después de la operación, la satisfacción de las mujeres con los senos puede variar según el tipo de cirugía (ya sea mastectomía o terapia de conservación de mama) y el centro donde se llevó a cabo, pues algunos reportan puntajes más altos para lumpectomías y otros para reconstrucciones. Esto puede ofrecer oportunidades adicionales de intercambio y aprendizaje entre centros clínicos y países.
- De las mujeres que se sometieron a reconstrucción de mama después de la mastectomía, aquellas que tuvieron una intervención de reconstrucción *autóloga* reportaron resultados ligeramente mejores en promedio que quienes tuvieron reconstrucción con *implante*. Esto es congruente con la sabiduría convencional, y potencialmente proporciona a las mujeres mayor confianza en el uso de esta información para ayudarles a evaluar opciones de tratamiento.
- La reconstrucción autóloga de mama puede ser una alternativa con buena relación costo-efectividad a la cirugía con implante, cuando los costos adicionales por un año de

perfecta salud mamaria se compara con los umbrales de costo-efectividad aceptados en general.

Es necesario tomar en cuenta una variedad de factores clínicos al considerar estas observaciones, y se requiere continuidad en la recopilación de datos y perfeccionamiento analítico para explorar su veracidad. Sin embargo, estos resultados muestran que este tipo de información obtenida directamente de las pacientes tiene potencial de ser muy útil para otras mujeres cuando se enfrentan a decisiones difíciles y consideraciones sobre la ruta óptima de tratamiento para sus necesidades y preferencias individuales; para proveedores, al evaluar el 'éxito' de diferentes intervenciones; y para agencias de pago y legisladores al valorar de forma comparativa las relaciones costo-efectividad y costo-utilidad de diferentes tratamientos.

Los trastornos de salud mental representan una carga económica y de salud considerable en todo el mundo, aunque la recopilación sistemática de resultados y experiencias en salud mental reportados por pacientes está en una etapa inicial. A pesar de las limitaciones en los datos, la encuesta de 2016 de Commonwealth Fund en 11 países indica que las personas con problemas de salud mental reportan una experiencia más mala con la atención que quienes no tienen problemas de salud mental en algunos aspectos de los servicios de salud, como recibir información consistente de los proveedores. La OCDE está trabajando con las partes interesadas internacionalmente, incluyendo pacientes, médicos y legisladores, para el avance en la medición de los resultados y experiencias en la atención de la salud mental.

En general, estos resultados demuestran que es eminentemente posible presentar resultados válidos y comparables de datos reportados por pacientes a nivel internacional. Sin embargo, es necesario aumentar la capacidad de los países y entre ellos, de recopilar y reportar estos datos en forma consistente y armonizada. La OCDE continuará trabajando con los países que promueven la recopilación y reporte consistente de estos datos, en asociación con los interesados a nivel nacional e internacional, incluyendo pacientes y profesionales de la salud.

Notas

1. Con base en 45 600 reemplazos de cadera y 49 500 reemplazos de rodilla reportados en 2016 y 2017 respectivamente, a 'precio nacional eficiente' (NEP, por sus siglas en inglés) --el precio oficial pagado por el ordenante nacional por llevar a cabo estos procedimientos en el sector público. El NEP para 2019-20 es un poco menos de AUD 20 000 para cada procedimiento (disponible en *https://www.ihpa.gov.au/publications/national-efficient-price-determination-2019-20*). Es probable que la cifra nacional total sea más elevada, porque aproximadamente la mitad de los procedimientos se llevan a cabo en el sector privado, donde normalmente se pagan precios más altos.
2. El hospital Coxa tiene una captación de pacientes que cubre el total de una región de Finlandia.
3. Con excepción de Galeazzi, que incluyó todos los diagnósticos principales.
4. El valor se obtiene restando el puntaje preoperatorio del postoperatorio. Por lo tanto, un valor positivo representa una mejoría en la calidad de vida.
5. Las gráficas que muestran los resultados pre y postoperatorios promedio para cada programa participante se presentan en el Capítulo 6 (Sección Reemplazo de cadera y de rodilla).
6. El grado de mejoría fue estadísticamente significativo a un nivel de confianza de 95% en todos los programas y en el agregado.
7. Las escalas genéricas y específicas para alguna condición no son lineales -es decir, un cambio de 0.2 a 0.3 no es necesariamente la misma magnitud en términos de calidad de vida relacionada con la salud que uno de 0.7 a 0.8. Las mejorías porcentuales se presentan para fines ilustrativos y deben interpretarse con cautela.
8. Esto no significa que el resultado de un reemplazo de articulación sea una mejoría en la salud mayor que el de otras intervenciones, más conservadoras, para dolor de articulaciones, que pueden ser equivalentes o hasta mejores en este sentido para algunos pacientes y en promedio. Esta comparación está más allá del alcance de este capítulo (Sección A: Una buena experiencia con la atención contribuye a mejores resultados y es un fin en sí misma).
9. Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score-Physical Function Shortform; HOOS-PS, por sus siglas en inglés.
10. Para ambos instrumentos existe un sistema de puntaje alternativo, donde un valor *menor* representa un resultado *mejor*.
11. Véanse 6 y 7.
12. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score-Physical Function Shortform; KOOS-PS, por sus siglas en inglés.

13. Véanse 6 y 7.
14. Véanse 6 y 7.
15. Según la valoración de una muestra de población de Estados Unidos (Shaw JW, 2005).
16. Los QALY progresivos se calculan multiplicando el cambio de media ajustado por 20.5 años The incremental QALYs are derived by multiplying the adjusted mean change by 20.5 years –la esperanza de vida promedio a los 65 años de edad en los países de los programas participantes, menos un año para tomar en cuenta la recuperación y rehabilitación (OECD, 2019[50]).

Referencias

[4] Abahussin, A. et al. (2018), "PROMs for Pain in Adult Cancer Patients: A Systematic Review of Measurement Properties", *Pain Practice*, vol. 19/1, pp. 93-117, disponible en *http://dx.doi.org/10.1111/papr.12711*.

[13] Basch, E. (2017), "Patient-Reported Outcomes — Harnessing Patients' Voices to Improve Clinical Care", *New England Journal of Medicine*, vol. 376/2, pp. 105-108, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/nejmp1611252*.

[14] Basch, E. et al. (2017), "Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment", *JAMA*, vol. 318/2, p. 197, disponible en *http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.7156*.

[17] Black, N. (2013), "Patient reported outcome measures could help transform healthcare", *BMJ*, vol. 346, p. f167.

[30] Bray, F. et al. (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 68/6, pp. 394-424, disponible en *http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492*.

[16] Calvert, M., D. O'Connor y E. Basch (2019), "Harnessing the patient voice in real-world evidence: the essential role of patient-reported outcomes", *Nature Reviews Drug Discovery*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1038/d41573-019-00088-7*.

[42] Cameron, D., J. Ubels y F. Norström (2018), "On what basis are medical cost-effectiveness thresholds set? Clashing opinions and an absence of data: a systematic review", *Global Health Action*, vol. 11/1, p. 1447828, disponible en *http://dx.doi.org/10.1080/16549716.2018.1447828*.

[31] Cardoso, F. et al. (2019), "Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", *Annals of Oncology*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdz173*.

[25] Devlin, N. (2019), *Can We Really Compare and Aggregate PRO Data Between People and Settings? Implications for Multi-Country Clinical Trials and HTA*.

[5] Donovan, J. et al. (2016), "Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer", *New England Journal of Medicine*, vol. 375/15, pp. 1425-1437, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1606221*.

[35] Flanagan, M. et al. (2019), "A Comparison of Patient-Reported Outcomes After Breast-Conserving Surgery and Mastectomy with Implant Breast Reconstruction", *Annals of Surgical Oncology*, Vol. 26/10, pp. 3133-3140, *http://dx.doi.org/10.1245/s10434-019-07548-9*.

[39] Frisell, A., J. Lagergren and J. de Boniface (2016), "National study of the impact of patient information and involvement in decision-making on immediate breast reconstruction rates", *British Journal of Surgery*, vol. 103/12, pp. 1640-1648, disponible en *http://dx.doi.org/10.1002/bjs.10286*.

[45] Gobierno de Australia - National Mental Health Commission (2016), *Media Release: The Impact of Poor Mental Health: An Economic Issue*, disponible en *http://www.mentalhealthcommission.gov.au/media/181670/Economics%20of%20Mental%20Health%20in%20Australia%20MR%20(3).pdf*.

[15] Greenhalgh, J. et al. (2017), "How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis", *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 23/1, pp. 57-65, disponible en *http://dx.doi.org/10.1177/1355819617740925*.

[6] Hamdy, F. et al. (2016), "10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer", *New England Journal of Medicine*, vol. 375/15, pp. 1415-1424, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1606220*.

[43] Institute for Health Metrics and Evaluation (2019), disponible en *http://www.healthdata.org/*.

[36] Kern, P. et al. (2015), "Impact of Age, Obesity and Smoking on Patient Satisfaction with Breast Implant Surgery – A Unicentric Analysis of 318 Implant Reconstructions after Mastectomy", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 75/06, pp. 597-604, disponible en *http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1546171*.

[26] Konopka, J. et al. (2018), "Quality-Adjusted Life Years After Hip and Knee Arthroplasty", *JBJS Open Access*, vol. 3/3, p. e0007, disponible en *http://dx.doi.org/10.2106/jbjs.oa.18.00007*.

[23] Le, Q. (2013), "Probabilistic mapping of the health status measure SF-12 onto the health utility measure EQ-5D using the US-population-based scoring models", *Quality of Life Research*, vol. 23/2, pp. 459-466, disponible en *http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0517-3*.

[10] Luxford, K., D. Safran y T. Delbanco (2011), "Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23/5, pp. 510-515, disponible en *http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzr024*.

[37] Matros, E. et al. (2015), "Cost-Effectiveness Analysis of Implants versus Autologous Perforator Flaps Using the BREAST-Q", *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 135/4, pp. 937-946, disponbile en *http://dx.doi.org/10.1097/prs.0000000000001134*.

[48] Mental Health Commission of Canada (2012), *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*, disponible en *https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf*.

[7] Nag, N. et al. (2018), "Development of Indicators to Assess Quality of Care for Prostate Cancer", *European Urology Focus*, vol. 4/1, pp. 57-63, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.euf.2016.01.016*.

[19] Nuttall, D., D. Parkin y N. Devlin (2013), "Inter-provider comparison of patient-reported outcomes: Developing an adjustment to account for differences in patient case mix", *Health Economics*,vol. 24/1, pp. 41-54, disponible en *http://dx.doi.org/10.1002/hec.2999*.

[50] OECD (2019), "Health status", *OECD Health Statistics* (base de datos), *https://dx.doi.org/10.1787/data-00540-en*.

[2] OECD (2018), *A Broken Social Elevator? How to Promote Social Mobility*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264301085-en*.

[1] OECD (2017), *Preventing Ageing Unequally*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org /10.1787/9789264279087-en*.

[3] OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org /10.1787/9789264216594-en*.

[38] OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[44] OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Bruselas, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en*.

[40] Platt, J. et al. (2015), "Does Breast Reconstruction after Mastectomy for Breast Cancer Affect Overall Survival? Long-Term Follow-Up of a Retrospective Population-Based Cohort", *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 135/3, pp. 468e-476e, disponible en *http://dx.doi.org/10.1097/prs.0000000000001054*.

[33] Pusic, A. et al. (2009), "Development of a New Patient-Reported Outcome Measure for Breast Surgery: The BREAST-Q", *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 124/2, pp. 345-353, disponible en *http://dx.doi.org /10.1097/prs.0b013e3181aee807*.

[46] Sado, M. et al. (2013), "The cost of schizophrenia in Japan", *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, p. 787, disponible en *http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s41632*.

[47] Sado, M. et al. (2013), "Cost of anxiety disorders in Japan in 2008: a prevalence-based approach", *BMC Psychiatry*, vol. 13/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-13-338*.

[18] Schneider W, E. (2017), *Mirror Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*, disponible en *https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/*.

[41] Scurci, S. et al. (2017), "Abstract P8", *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, vol. 5, p. 107, disponible en *http://dx.doi.org/10.1097/01.gox.0000516665.93739.ee*.

[20] Shaw JW, J. (2005), "US valuation of the EQ-5D health states: development and testing of the D1 valuation model", *Medical Care*, vol. 43/3, pp. 203-20.

[27] Skou, S., A. Bricca y E. Roos (2018), "The impact of physical activity level on the short- and long-term pain relief from supervised exercise therapy and education: a study of 12,796 Danish patients with knee osteoarthritis", *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 26/11, pp. 1474-1478, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2018.07.010*.

[28] Skou, S. et al. (2018), "Total knee replacement and non-surgical treatment of knee osteoarthritis: 2-year outcome from two parallel randomized controlled trials", *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 26/9, pp. 1170-1180, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2018.04.014*.

[29] Skou, S. et al. (2015), "A Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement", *New England Journal of Medicine*, vol. 373/17, pp. 1597-1606, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1505467*.

[8] Stein, S. et al. (2014), "Patients' Perceptions of Care Are Associated With Quality of Hospital Care", *American Journal of Medical Quality*, vol. 30/4, pp. 382-388, disponible en *http://dx.doi.org/10.1177/1062860614530773*.

[22] Sullivan, P. and V. Ghushchyan (2006), "Mapping the EQ-5D Index from the SF-12: US General Population Preferences in a Nationally Representative Sample", *Medical Decision Making*, vol. 26/4, pp. 401-409, disponible en *http://dx.doi.org/10.1177/0272989x06290496*.

[34] Tevis, S. et al. (2018), "Patient-Reported Outcomes for Breast Cancer", *Annals of Surgical Oncology*, vol. 25/10, pp. 2839-2845, disponible en *http://dx.doi.org/10.1245/s10434-018-6616-1*.

[49] The Commonwealth Fund (2016), *International Health Policy Survey*.

[9] Trzeciak, S. et al. (2016), "Association Between Medicare Summary Star Ratings for Patient Experience and Clinical Outcomes in US Hospitals", *Journal of Patient Experience*, vol. 3/1, pp. 6-9, disponible en *http://dx.doi.org /10.1177/2374373516636681*.

[32] van Egdom, L. et al. (2019), "Implementation of Value Based Breast Cancer Care", *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 45/7, pp. 1163-1170, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2019.01.007*.

[21] van Hout, B. et al. (2012), "Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets", V*alue in Health*, vol. 15/5, pp. 708-715, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2012.02.008*.

[12] Veroff, D., A. Marr and D. Wennberg (2013), "Enhanced Support For Shared Decision Making Reduced Costs Of Care For Patients With Preference-Sensitive Conditions", *Health Affairs*, vol. 32/2, pp. 285-293, disponible en *http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0941*.

[11] Wong, E. et al. (2019), "Associations between provider communication and personal recovery outcomes", *BMC Psychiatry*, vol. 19/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1186/s12888-019-2084-9*.

[24] Zhuo, L. et al. (2018), "Time Trade-Off Value Set for EQ-5D-3L Based on a Nationally Representative Chinese Population Survey", *Value in Health*, vol. 21/11, pp. 1330-1337, disponible en *http://dx.doi.org/ 10.1016/j.jval.2018.04.1370*.


V6
F 60~ 0.5~100 Hz W



3. ESTADO DE SALUD

Tendencias en esperanza de vida

Esperanza de vida por género y nivel educativo

Principales causas de mortalidad

Mortalidad evitable (prevenible y tratable)

Mortalidad por enfermedades circulatorias

Incidencia y mortalidad por cáncer

Morbilidad por enfermedades crónicas

Salud infantil

Salud mental

Autopercepción del estado de salud

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

Tendencias en esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida se ha incrementado en todos los países de la OCDE en las últimas décadas, aunque estos incrementos se han desacelerado en años recientes. En 2017, la esperanza de vida promedio al nacer en los países de la OCDE era de 80.7 años, más de 10 años mayor de lo que era en 1970 (Figura 3.1).

Japón, Suiza y España lideran un grupo numeroso de 26 países de la OCDE donde la esperanza de vida al nacer sobrepasa 80 años. Un segundo grupo, que incluye a Estados Unidos y a varios países de Europa central y del este, tiene una esperanza de vida entre 77 y 80 años. Letonia, México, Lituania y Hungría tienen la esperanza de vida más baja, de menos de 76 años en 2017.

Los mayores incrementos en esperanza de vida desde 1970 entre los países de la OCDE, se han presentado en Turquía, Corea y Chile; de 24, 20 y 18 años respectivamente. El fortalecimiento de los sistemas de salud ha contribuido a estos aumentos, al poder ofrecer mayor accesibilidad y calidad en los servicios. Otros determinantes de la salud también juegan un papel –principalmente mejores ingresos, educación y condiciones de vida. Los estilos de vida más saludables, con la influencia de políticas dentro y más allá de los sistemas de salud, también han tenido un impacto considerable (James, Devaux y Sassi, 2018[1]).

En los países socios, la esperanza de vida sigue estando muy por debajo del promedio de la OCDE, excepto en Costa Rica; aunque algunos tienden a converger con rapidez al promedio con aumentos considerables de longevidad desde 1970 en India, China, Brasil, Indonesia, Colombia y Costa Rica. El progreso ha sido menor en la Federación de Rusia, debido principalmente al impacto de la transición económica en la década de 1990 y un incremento en los comportamientos riesgosos de los hombres. En Sudáfrica el progreso también ha sido lento, debido principalmente a la epidemia de SIDA, aunque los incrementos se han acelerado en la última década.

Un análisis más detallado de las tendencias en la esperanza de vida al nacer muestra una desaceleración importante en años recientes. El aumento de la esperanza de vida fue más lento en 27 países de la OCDE en los últimos cinco años (2012-17), en comparación con la década anterior (2002-2007) (Figura 3.2). Esta desaceleración fue más notable en Estados Unidos, Francia, Países Bajos, Alemania y Reino Unido. Los aumentos de longevidad fueron más lentos para mujeres que para hombres en casi todos los países de la OCDE.

De hecho, la esperanza de vida disminuyó en promedio en todos los países de la OCDE en 2015 –es la primera vez que esto ocurre desde 1970. Diecinueve países registraron una disminución, atribuida en buena parte a un brote de influenza especialmente severo que afectó a la población frágil de mayor edad y otros grupos vulnerables (Figura 3.3). La mayoría fueron países Europeos, con excepción de Estados Unidos e Israel. Las disminuciones más importantes se dieron en Italia (7.2 meses) y Alemania (6 meses).

Las causas de esta desaceleración en la esperanza de vida son variadas (Raleigh, 2019[2]). Una de las principales es la disminución en las mejoras para enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares. Los crecientes niveles de obesidad y diabetes, y el envejecimiento de la población, han dificultado que los países mantengan los avances en la reducción de muertes por enfermedades circulatorias. Las enfermedades respiratorias, como la influenza y la neumonía, han cobrado más vidas en años recientes –en particular en 2015, pero también en los inviernos 2012-13 y 2016-17. En algunos países, en especial Estados Unidos y Canadá, la crisis de opioides ha causado un aumento en los fallecimientos de adultos en edad laboral por envenenamiento accidental relacionado con el consumo de drogas.

En forma más general, las recesiones económicas y las medidas de austeridad relacionadas, como la crisis económica global de 2008, se han vinculado al deterioro de la salud mental y el aumento de los índices de suicidio, pero con un impacto menos claro en la mortalidad general (Parmar, Stavropoulou y Ioannidis, 2016[3]). Lo que es claro es que el aumento sostenido de la longevidad no debe darse por sentado, y que es indispensable contar con mejor protección para los adultos mayores y otros grupos vulnerables para aumentar la esperanza de vida.

Un ingreso nacional más alto se asocia en general con mayor longevidad, sobre todo para los niveles de ingreso bajos. La esperanza de vida también es mayor en promedio en países que invierten más en sus sistemas de salud –aunque esta relación tiende a ser menos pronunciada en los países que tienen los gastos en salud per cápita más altos (véase el Capítulo 1 para análisis posteriores).

Definición y comparabilidad

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

Los datos de esperanza de vida al nacer provienen de Eurostat para países de la Unión Europea, y de fuentes nacionales en otros casos. La Secretaría de la OCDE calcula la esperanza de vida al nacer para el total de la población de los países de la OCDE, usando el promedio no ponderado de la esperanza de vida de hombres y mujeres.

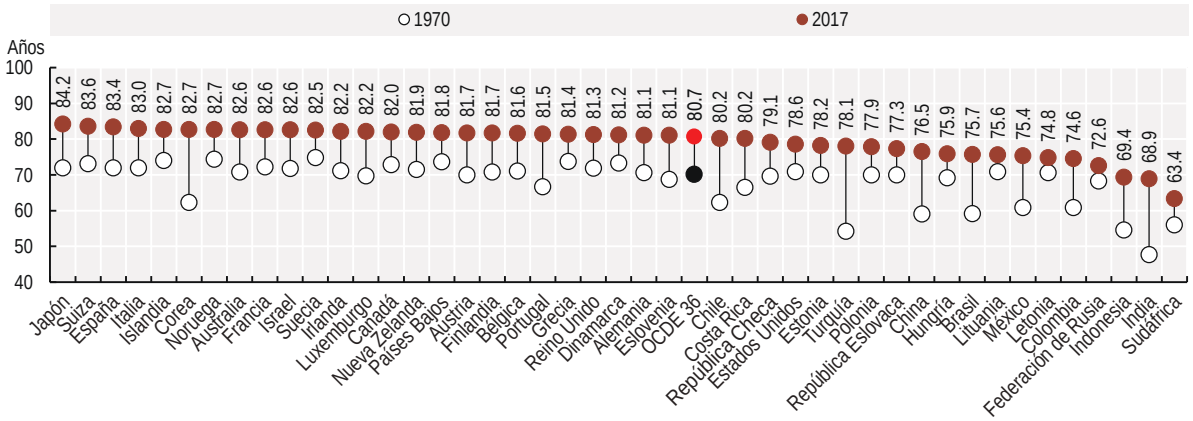
Referencias

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

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

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

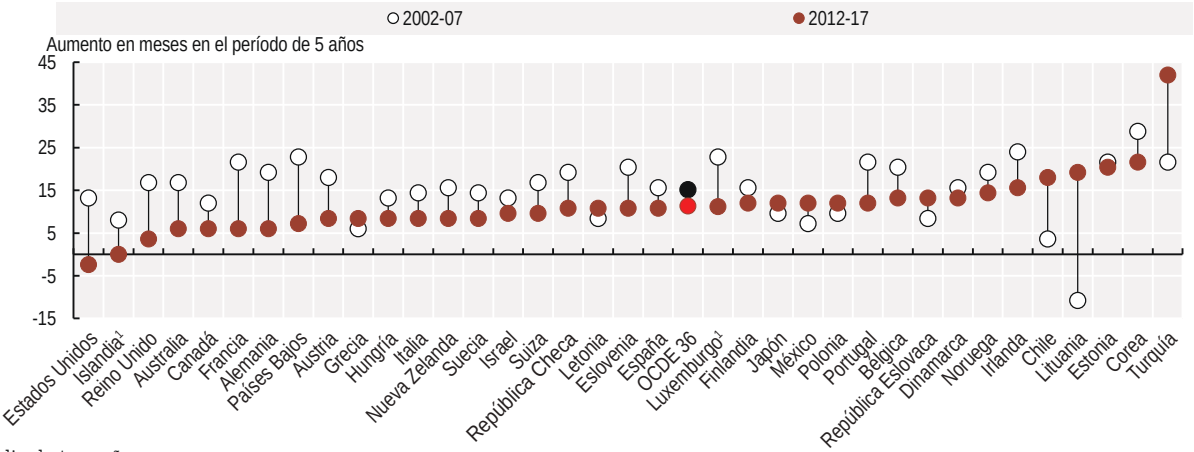
Figura 3.1. **Esperanza de vida al nacer, 1970 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014821

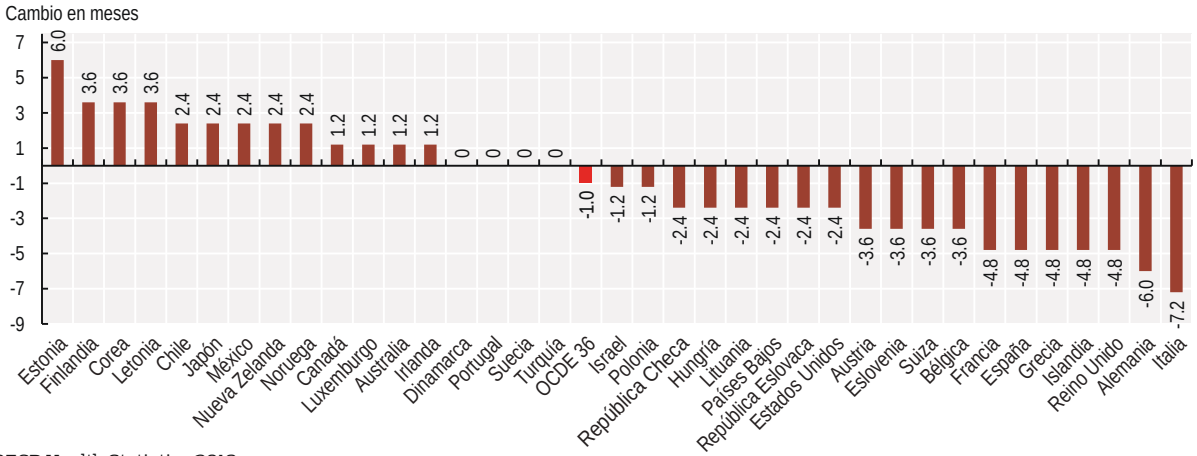
Figura 3.2. **Desaceleración en el aumento de la esperanza de vida, 2012-17 y 2002-07**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014840

Figura 3.3. **Cambios en la esperanza de vida al nacer, 2014 a 2015**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014859

Esperanza de vida por género y nivel educativo

En todos los países de la OCDE y países socios, las mujeres viven más que los hombres. Esta brecha de género promedió 5.3 años en todos los países en 2017 -la esperanza de vida al nacer para mujeres era de 83.4 años, en comparación con 78.1 para hombres (Figura 3.4); pero se ha acortado en un año desde 2000, lo que refleja aumentos más rápidos en la esperanza de vida para hombres en la mayoría de los países.

En 2017, la esperanza de vida al nacer para hombres en los países de la OCDE, varió de alrededor de 70 años en Letonia y Lituania, a 81 o más en Suiza, Japón, Islandia y Noruega. Para mujeres, la esperanza de vida alcanzó 87.3 años en Japón, pero fue de menos de 80 en México, Hungría y Letonia.

Las brechas de género son relativamente reducidas en Islandia, Países Bajos, Noruega, Suecia, Nueva Zelanda, Irlanda, Reino Unido y Dinamarca -de menos de cuatro años. Existen diferencias más grandes en varios países de Europa central y del este, notablemente en Letonia y Lituania (alrededor de diez años), Estonia (alrededor de nueve años) y Polonia (alrededor de ocho años). En estos países, los aumentos de longevidad para hombres en las últimas décadas han sido mucho más modestos, debido en parte a la mayor exposición a factores de riesgo -en particular tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y dietas menos saludables- lo que resulta en más fallecimientos por enfermedades cardiacas, cáncer y otros padecimientos. En los países socios, la brecha de género es de alrededor de diez años en la Federación de Rusia, y de un poco más de siete años en Colombia, Brasil y Sudáfrica. Las de India y China son de alrededor de tres años.

Las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida también son evidentes en todos los países de la OCDE donde hay información disponible (Figura 3.5). En el promedio de 26 países de la OCDE, una persona de 30 años con un nivel educativo menor a educación media superior, puede esperar vivir 5.5 años menos que una de la misma edad con educación superior (un grado universitario o equivalente). Estas diferencias son mayores entre los hombres, con una brecha promedio de 6.9 años, en comparación con una brecha promedio de 4.0 años para mujeres.

Las desigualdades socioeconómicas en varios países de Europa central y del este (República Eslovaca, Hungría, Polonia, República Checa, Letonia), son especialmente impactantes entre hombres, pues la brecha en la esperanza de vida entre hombres con nivel educativo superior e inferior es de más de diez años. Las brechas en esperanza de vida por nivel educativo son relativamente cortas en Turquía, Canadá y Suecia.

La brecha en la esperanza de vida por nivel educativo está determinada en buena medida, por haber más muertes de adultos en edad productiva (25-64 años) con menor nivel educativo. Para éstos, las tasas de mortalidad para hombres son casi cuatro veces más altas, y para mujeres alrededor de dos veces más altas, en comparación con quienes cuentan con educación superior (análisis con base en datos de 23 países de la OCDE). Aunque las diferencias en tasas de mortalidad entre hombres y mujeres de mayor edad son menos marcadas, siguen siendo altas entre quienes tienen menor nivel educativo, provocadas sobre todo por un número mayor de fallecimientos por enfermedades circulatorias y cáncer (Murtin et al, 2017[1]).

Los índices más altos de tabaquismo entre grupos socioeconómicos desfavorecidos son una contribución importante a las brechas en esperanza de vida por nivel educativo u otras medidas de nivel socioeconómico. Otros factores de riesgo también son más prevalentes entre grupos desfavorecidos, en especial consumo excesivo de alcohol entre los hombres, e índices de obesidad más altos para hombres y mujeres (véanse los indicadores del Capítulo 4 "Factores de riesgo para la salud").

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida al nacer es el número de años que un grupo de personas viviría, en promedio, con base en un conjunto de tasas de mortalidad relacionadas específicamente con la edad. Los datos de esperanza de vida al nacer provienen de Eurostat para países de la Unión Europea, y de fuentes nacionales en otros casos.

Los datos de esperanza de vida por nivel educativo provienen directamente de la OCDE para Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Francia, Islandia, Israel, Letonia, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suiza, Turquía y Reino Unidos. Los datos para el resto de los países europeos provienen de la base de datos de Eurostat. Los niveles educativos se definen con base en la International Standard Classification of Education (ISCED) 2011. El más bajo -ISCED 0-2- se refiere a gente que no terminó la educación media. El nivel educativo más alto -ISCED 6-8- se refiere a quienes terminaron la educación superior (un grado universitario o equivalente).

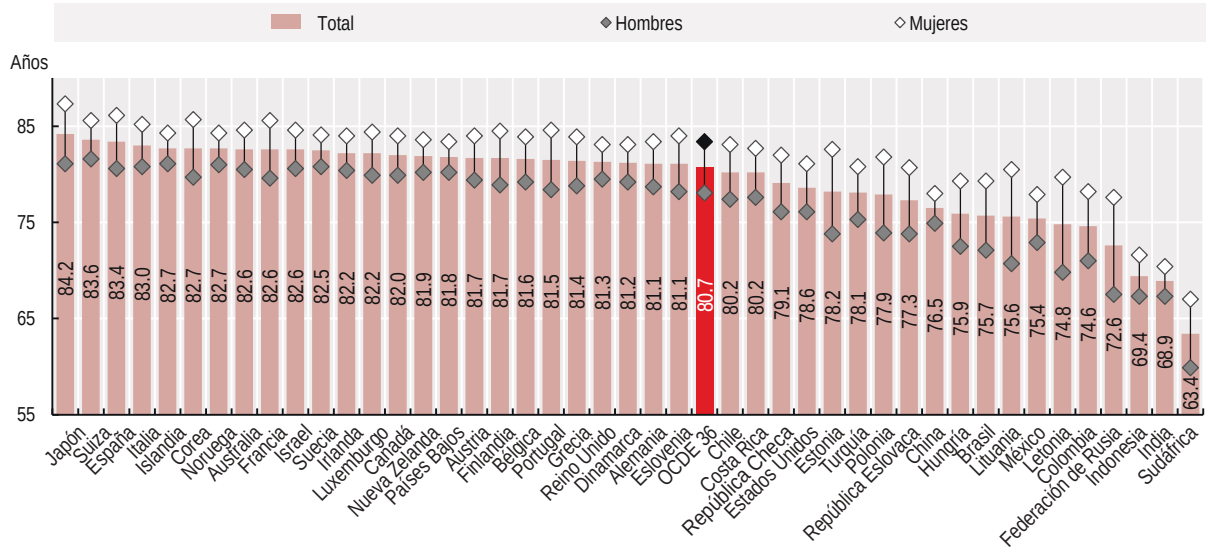
No todos los países tienen información sobre educación como parte de sus estadísticas de mortalidad. En esos casos, se requiere vincular los datos con otras fuentes (p. ej. un censo) con información sobre educación. Los datos desglosados para nivel educativo están disponibles solo para un subconjunto de población para Bélgica, República Checa y Noruega. En estos países, no se cuenta con información sobre el nivel educativo de una gran proporción de la población fallecida, lo que puede afectar la precisión de los datos.

Referencias

[1] Murtin, F. et al (2017), "Inequalities in Longevity by Education in OECD Countries: Insights from New OECD Estimates", *OECD Statistics Working Papers*, núm. 2017/02, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en*.

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

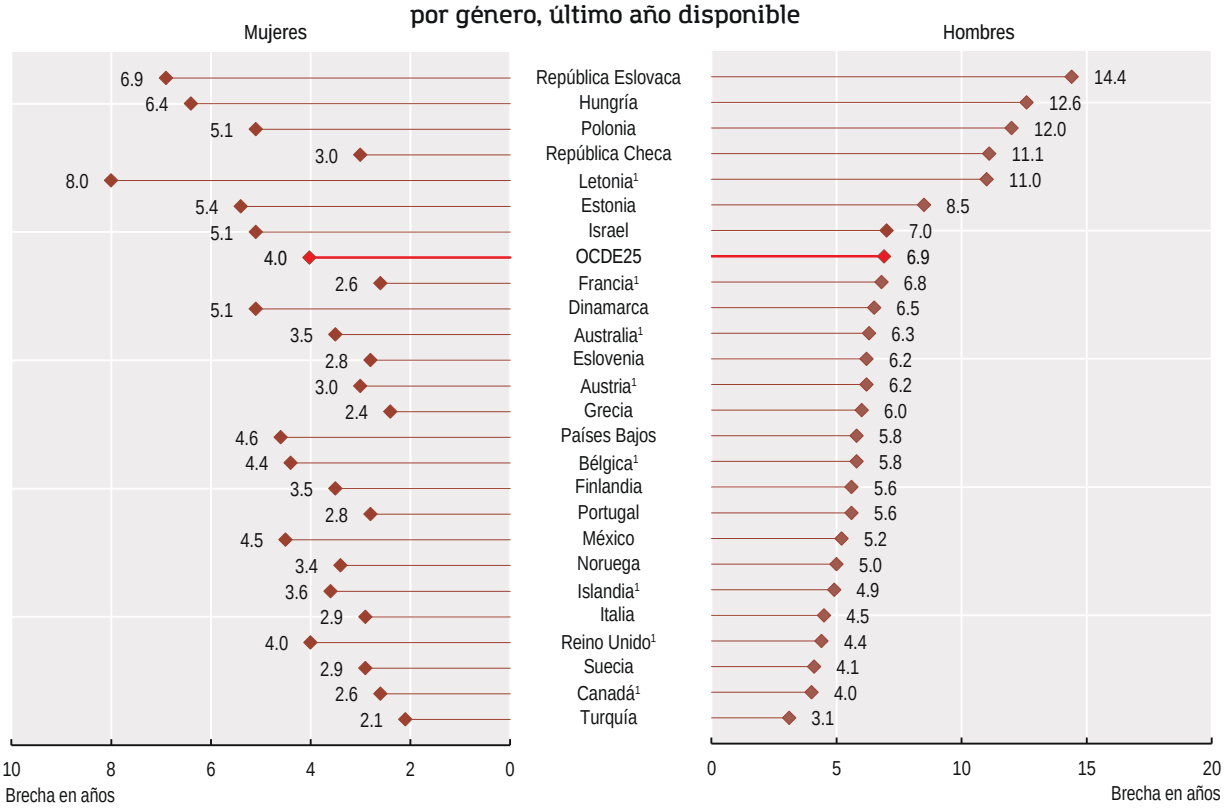
Figura 3.4. **Esperanza de vida al nacer por género, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014878

Figura 3.5. **Brecha en la esperanza de vida a los 30 años entre los niveles educativos más alto y más bajo, por género, último año disponible**



1. Datos de 2010-12. Todos los demás datos son de 2015-17.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014897

Principales causas de mortalidad

En 2017 murieron más de 10 millones de personas en los países de la OCDE, lo que equivale aproximadamente a 800 muertes por cada 100 000 habitantes (Figura 3.6). Las tasas de mortalidad por todas las causas variaron de menos de 600 muertes por cada 100 000 habitantes en Japón, a más de 1 100 muertes por cada 100 000 habitantes en Letonia, Hungría y Lituania (tasas estandarizadas por edad). Entre los países socios, las tasas de mortalidad más altas se presentaron en Sudáfrica y Federación de Rusia (1 940 y 1 417 por cada 100 000 habitantes respectivamente).

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad fueron 50% más altas para hombres que para mujeres en los países de la OCDE (997 por cada 100 000 habitantes para hombres, contra 655 para mujeres). En Lituania, Letonia y Hungría hubo del orden de 1500 muertes por cada 100 000 hombres. Las tasas de mortalidad más altas para mujeres se presentaron en Hungría, Chile y Letonia. Entre los países socios, los índices de mortalidad de hombres fueron de aproximadamente 2 400 muertes por cada 100 000 en Sudáfrica y casi 2 000 en Federación de Rusia. Estos países también tuvieron las tasas de mortalidad más altas para mujeres. Las diferencias por género se deben en parte a la mayor exposición a factores de riesgo -particularmente tabaquismo, consumo de alcohol y dietas menos saludables- además de las variaciones intrínsecas de género. En este sentido, los índices de mortalidad fueron más altos para los hombres por enfermedades cardiacas, cánceres de pulmón y lesiones, entre otras.

Las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer fueron las dos causas de muerte más frecuentes en la mayoría de los países. Este hecho refleja la transición epidemiológica de enfermedades transmisibles a otras no transmisibles, la cual ya ha tenido lugar en países con ingresos altos y está ocurriendo rápidamente en muchos países de ingresos medios (GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018[1]). En todos los países de la OCDE, los infartos, accidentes cerebrovasculares, y otras enfermedades circulatorias causaron alrededor de una de cada tres muertes; y una de cada cuatro estuvo relacionada con el cáncer en 2017 (Figura 3.7). El envejecimiento de la población explica en buena medida el predominio de muertes por enfermedades circulatorias -con los índices incrementándose constantemente de los 50 años de edad en adelante.

Las enfermedades respiratorias fueron también una de las principales causas de mortalidad, representando 10% de las muertes en los países de la OCDE. Sólamente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó 4% del total de muertes. El tabaquismo es el principal factor de riesgo para EPOC, pero la exposición ocupacional a polvos, gases y químicos, y la contaminación del aire en general, también son factores de riesgo importantes.

Las causas externas ocasionaron 6% de las muertes en los países de la OCDE, particularmente accidentes de tránsito y suicidios. Los accidentes de tránsito son una causa de muerte especialmente importante entre adultos jóvenes, mientras que las tasas de suicidio son generalmente más altas entre personas de edad madura y avanzada.

Revisando otras causas específicas, el Alzheimer y otros tipos de demencia causaron 9% de las muertes, y fueron una causa más importante de muerte de mujeres. La diabetes ocasionó 3% del total de muertes en países de la OCDE. Las causas principales de muerte varían entre grupos socioeconómicos, y las desigualdades sociales causan mayor impacto con la mayoría de las enfermedades evitables (Mackenbach et al., 2015[2]).

Definición y comparabilidad

Las tasas de mortalidad están basadas en el número de muertes registradas en un país en un año, dividido entre el total de la población correspondiente. Se han estandarizado por edad directamente según la población en 2010 en los países de la OCDE (disponible en *http://oe.cd/mortality*), para evitar las variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países y a lo largo del tiempo. La fuente es la base de datos de la Organización Mundial de la Salud *(WHO) Mortality Database*.

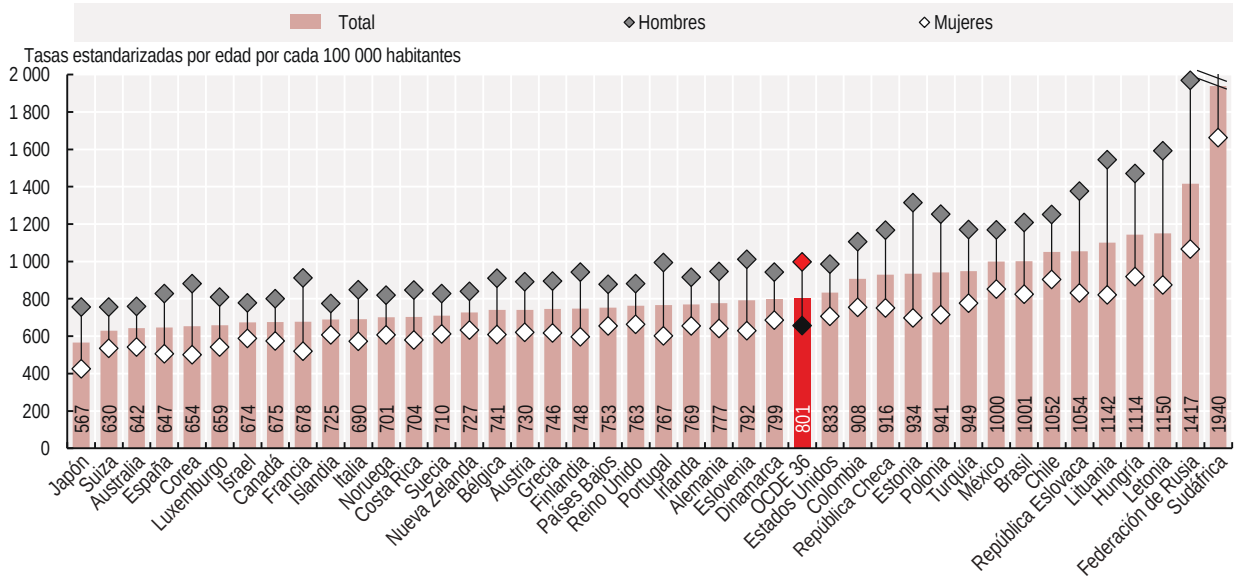
Las muertes por todas las causas se clasifican según ICD-10 códigos A00-Y89, excluyendo S00-T98. La clasificación de las causas de muerte define grupos y subgrupos. Los grupos son términos generales que cubren enfermedades relacionadas entre sí; los subgrupos se refieren a enfermedades específicas. Por ejemplo, el grupo enfermedades del sistema respiratorio consta de 4 subgrupos: influenza, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma. Las figuras se basan en esta clasificación, excepto por Alzheimer y otros tipos de demencia que se han agrupado separadamente (Alzheimer está clasificado en el Capítulo G, y otros tipos de demencia en el Capítulo F).

Referencias

[1] GBD 2017 Causes of Death Collaborators (2018), "Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", *The Lancet*, vol. 392/10159, pp. 1736-1788.

[2] Mackenbach, J. et al. (2015), "Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the 'fundamental causes' theory of social inequalities in health", *Social Science and Medicine*, vol. 127, pp. 51-62.

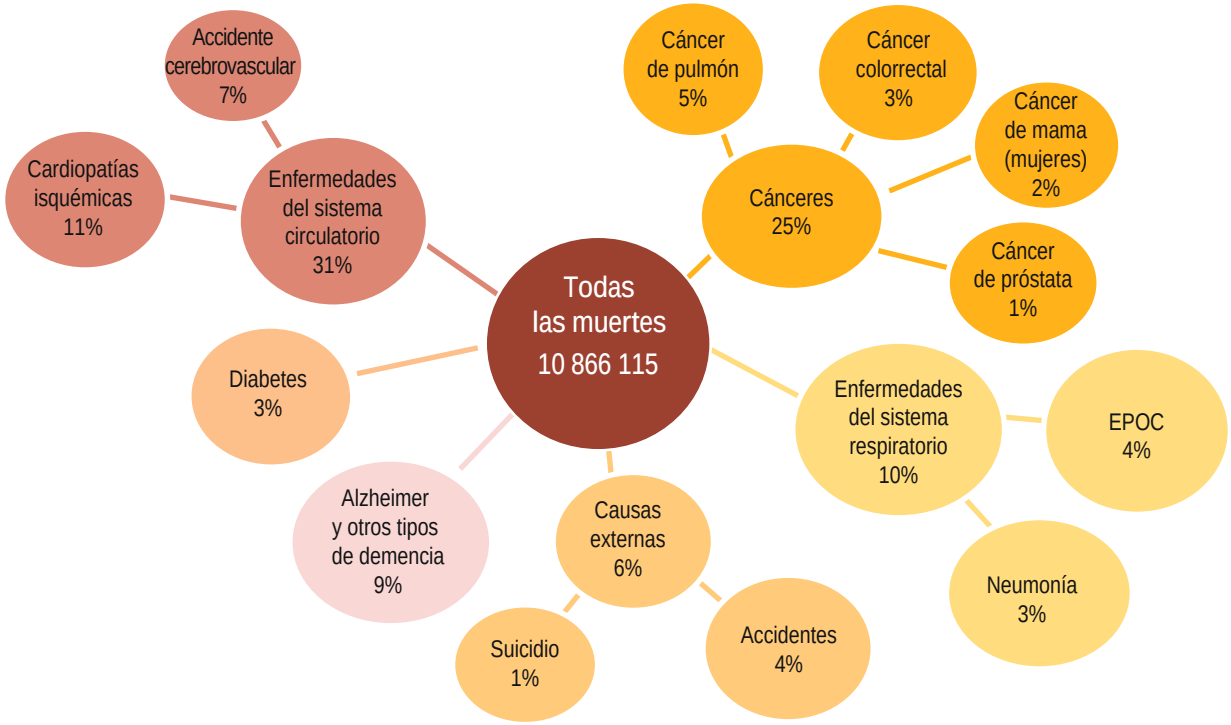
Figura 3.6. **Tasas de mortalidad por todas las causas, por género, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014916

Figura 3.7. **Principales causas de mortalidad en los países de la OCDE, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Otras causas de muerte que no aparecen en la figura representan 15% de todos los fallecimientos.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014935

Mortalidad evitable (prevenible y tratable)

Los indicadores de mortalidad evitable pueden proporcionar un "punto de partida" general para evaluar la efectividad de las políticas de salud pública y los sistemas de salud en la reducción de fallecimientos por diferentes enfermedades y lesiones. Sin embargo, se requieren análisis más profundos para evaluar en forma más precisa las diferentes causas de muerte potencialmente evitables y las intervenciones necesarias para reducirlas.

En 2017, pudieron haberse evitado casi 3 millones de muertes prematuras en los países de la OCDE con mejor prevención e intervenciones de servicios de salud. Esta cantidad representa más de una cuarta parte de todos los fallecimientos. De esa cifra, alrededor de 1.85 millones se consideraba prevenible a través de prevención primaria efectiva y otras medidas de salud pública, y más de 1 millón se consideraba tratable a través de intervenciones de servicios de salud más efectivas y oportunas.

Algunos tipos de cáncer que son prevenibles a través de medidas de salud pública fueron la causa principal de mortalidad prevenible (32% de todas las muertes prevenibles), en particular cáncer de pulmón (Figura 3.8). Otras, fueron causas externas de muerte, como accidentes viales y suicidio (25%); infarto, accidente cerebrovascular y otras enfermedades circulatorias (19%); muertes relacionadas con el consumo de alcohol y drogas (9%); y algunas enfermedades respiratorias como la influenza y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (8%).

La principal causa de mortalidad tratable son las enfermedades circulatorias (principalmente infarto y accidente cerebrovascular) que representan 36% de las muertes prematuras susceptibles de tratamiento. El tratamiento efectivo y oportuno de cáncer, como el colorrectal y el de mama, podría haber evitado 26% más de todas las muertes por causas tratables. La diabetes y otras enfermedades del sistema endocrino (9%) y las enfermedades respiratorias como la neumonía y el asma (9%) son otras causas de muerte prematura susceptible de tratamiento.

La tasa de mortalidad prevenible estandarizada por edad fue de 133 fallecimientos por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE. Las muertes prematuras tuvieron una variación de menos de 96 por cada 100 000 habitantes en Israel, Suiza, Japón, Italia, España y Suecia, a más de 200 en Letonia, Hungría, Lituania y México (Figura 3.9). Los niveles altos en estos países se debieron principalmente a mortalidad mucho más alta de enfermedad cardiaca isquémica, accidentes y muertes relacionadas con el consumo de alcohol, y cáncer de pulmón en Hungría.

Las tasas de mortalidad por causas tratables en los países de la OCDE fueron mucho menores, 75 por cada 100 000 habitantes, con una variación de menos de 50 en Suiza, Islandia, Noruega, Corea, Francia y Australia, a más de 130 muertes por cada 100 000 habitantes en Letonia, México, Lituania y Hungría. La enfermedad cardiaca isquémica, accidente cerebrovascular y algunos tipos de cáncer tratables (p. ej. colorrectal y de mama), contribuyeron de forma importante en Letonia, Lituania y Hungría, países donde se encuentran algunas de las tasas de mortalidad por causas tratables más altas.

Las tasas de mortalidad por causas prevenibles fueron 2.6 veces más altas entre hombres que entre mujeres en los países de la OCDE (197 por cada 100 000 habitantes para hombres, en comparación con 75 para mujeres). De forma similar, las tasas de mortalidad por causas tratables fueron aproximadamente 40% más altas entre hombres que entre mujeres, con una tasa de 87 por cada 100 000 habitantes para hombres, en comparación con 62 para mujeres. Estas brechas de género se explican por las tasas de mortalidad más altas entre hombres, que están en parte asociadas con la exposición a factores de riesgo como el tabaquismo (véase el indicador "Principales causas de mortalidad").

Definición y comparabilidad

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

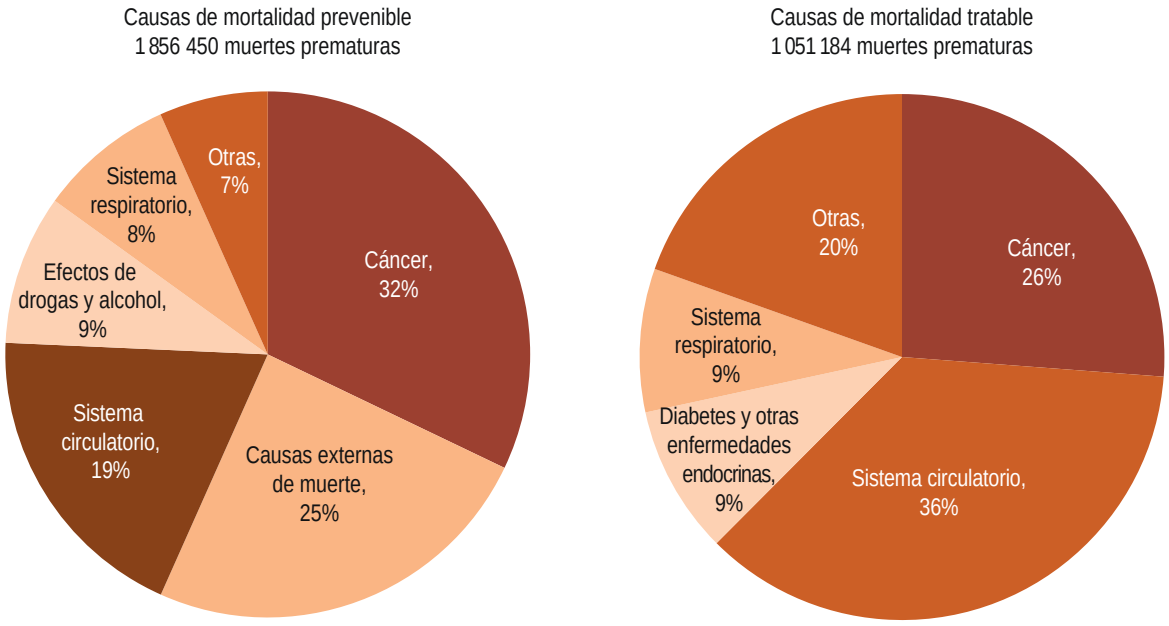
La OCDE y Eurostat adoptaron las dos listas actuales de mortalidad prevenible y tratable en 2019. La inclusión de cada causa de muerte en la categoría de prevenible o tratable, se basó en el criterio de si lo que la reduce predominantemente es la prevención o las intervenciones de servicios de salud. Las causas de muerte que pueden ser tanto prevenidas como tratadas una vez que se presentan, fueron incluidas en la categoría de prevenible, en vista de que si estas enfermedades se previenen, no habría necesidad de tratamiento. En los casos en que no hay evidencia importante de predominancia de previsión o tratamiento (p. ej. enfermedad cardiaca isquémica, accidente cerebrovascular, diabetes) las causas se incluyeron en las dos categorías por partes iguales (50%-50%), para evitar el doble conteo de la misma causa de muerte en ambas listas. El umbral de edad para mortalidad prematura se establece en los 74 años de edad para todas las causas (OECD/Eurostat, 2019[1]).

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

Referencias

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

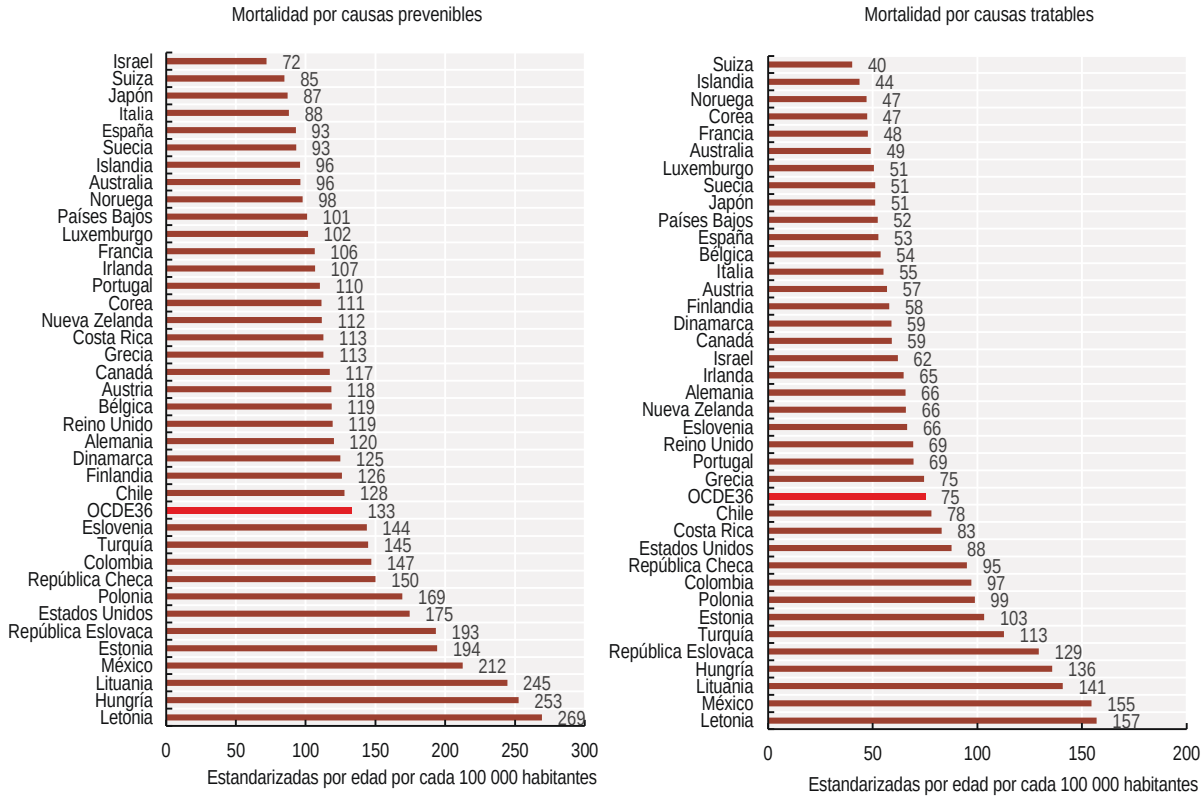
Figura 3.8. **Principales causas de mortalidad evitable, países de la OCDE, 2017 (o año más cercano)**



Nota: La lista OECD/Eurostat 2019 de causas de muerte prevenibles y tratables clasifica enfermedades y lesiones específicas como prevenibles y/o tratables. Por ejemplo, el cáncer de pulmón se clasifica como prevenible, mientras que el colorrectal y el de mama se clasifican como tratables.
Fuente: OECD calculations, based on WHO Mortality Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014954

Figura 3.9. **Tasas de mortalidad por causas evitables, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD calculations, based on WHO Mortality Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014973

Mortalidad por enfermedades circulatorias

Las enfermedades circulatorias -primordialmente infartos y accidentes cerebrovasculares- siguen siendo la principal causa de mortalidad en la mayoría de los países de la OCDE, y representan casi uno de cada tres fallecimientos en todos ellos. Aunque las tasas de mortalidad han decrecido en la mayoría de los países de la OCDE a lo largo del tiempo, el envejecimiento de la población, y el aumento de los índices de diabetes y obesidad, pueden impedir decrementos adicionales (OECD, 2015[1]). De hecho, la ralentización de mejoras en las enfermedades cardiacas y los accidentes cerebrovasculares es una de las principales causas de que el aumento de la esperanza de vida en muchos países sea menor (Raleigh, 2019[2]).

Los infartos y otras cardiopatías isquémicas (IHDs, por sus siglas en inglés) representaron 11% de todas las muertes en países de la OCDE en 2017. La causa de las IHDs es la acumulación de depósitos grasos en la pared interior de una arteria coronaria, que restringe el flujo de sangre al corazón. Las tasas de mortalidad son 80% más altas para hombres que para mujeres en todos los países de la OCDE, principalmente por una mayor prevalencia de factores de riesgo entre los hombres como tabaquismo, hipertensión y niveles altos de colesterol.

Entre los países de la OCDE, los del centro y este de Europa tienen las tasas más altas de mortalidad por IHD, en Lituania particularmente es de 383 muertes por cada 100 000 habitantes (estandarizada por edad), y en la Federación de Rusia las tasas también son muy altas. Japón, Corea y Francia tienen las tasas más bajas de mortalidad por IHD en los países de la OCDE, alrededor de un cuarto del promedio de la OCDE, y menos de una décima parte de las tasas de Lituania y la Federación de Rusia (Figura 3.10).

Desde 2000, las tasas de mortalidad por IHD han decrecido en casi todos los países de la OCDE, con una reducción promedio de 42%. Las más marcadas son las de Francia, Dinamarca, Países Bajos, Estonia y Noruega, donde las tasas bajaron más de 60%. México es el único país donde las tasas de mortalidad por IHD han aumentado, lo que está estrechamente relacionado con los índices crecientes de obesidad y la prevalencia de diabetes. Las tasas de sobrevivencia a un infarto también son mucho más bajas en México que en todos los demás países de la OCDE (véase el indicador "Mortalidad por infarto agudo de miocardio" en el Capítulo 6).

La enfermedad cerebrovascular fue la causa de 7% de los fallecimientos en los países de la OCDE en 2017. La interrupción del suministro de sangre al cerebro provoca el accidente cerebrovascular. Además de provocar muchas muertes, los accidentes cerebrovasculares representan una carga por discapacidad significativa. Las tasas de mortalidad son especialmente altas en Letonia y Lituania, de más del doble del promedio de la OCDE. También son altas en países socios como Sudáfrica y la Federación de Rusia (Figura 3.11).

Las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular han decrecido 47% en promedio en todos los países de la OCDE y sus socios desde 2000. La disminución ha sido menor en República Eslovaca y Chile, de menos de 15%. La reducción de algunos factores de riesgo -principalmente el tabaquismo- ha contribuido a que haya menos muertes tanto por IHD, como por accidente cerebrovascular, junto con la mejora de los índices de sobrevivencia después de un episodio agudo, lo que refleja una mejor calidad de la atención (véanse los indicadores "Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico" y "Mortalidad por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés)" en el Capítulo 6).

Definición y comparabilidad

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

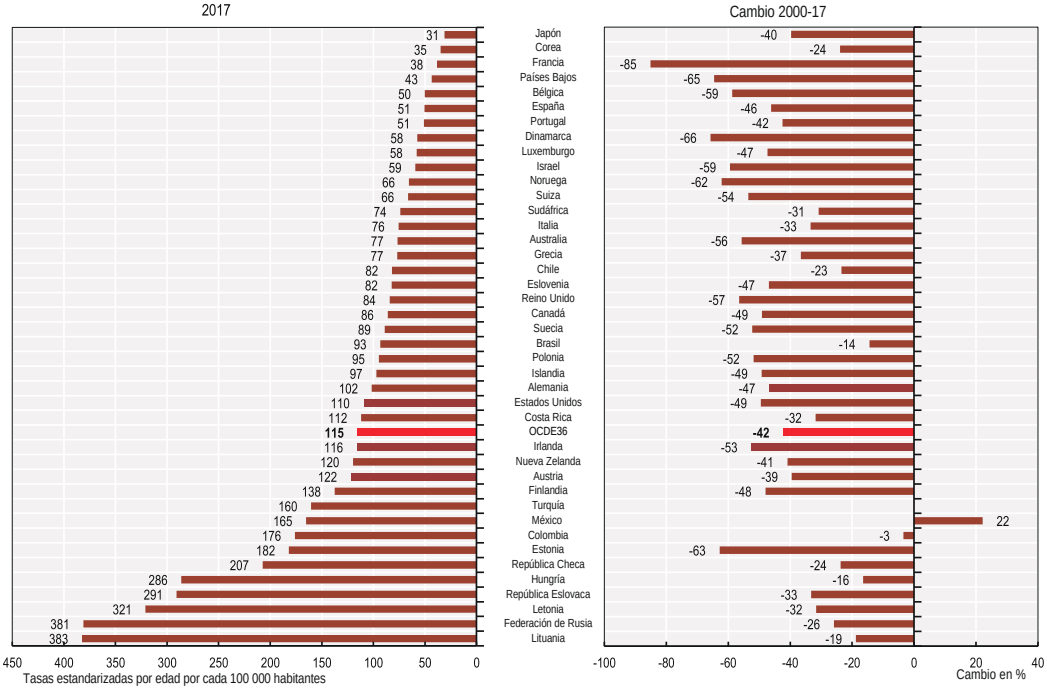
Las muertes se clasifican según ICD-10, códigos I20-I25 por cardiopatía isquémica, y códigos I60-I69 por enfermedad cerebrovascular.

Referencias

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

[2] Raleigh, V. (2019), "Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing?", *OECD Health Working Papers*, No. 108, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/223159ab-en*.

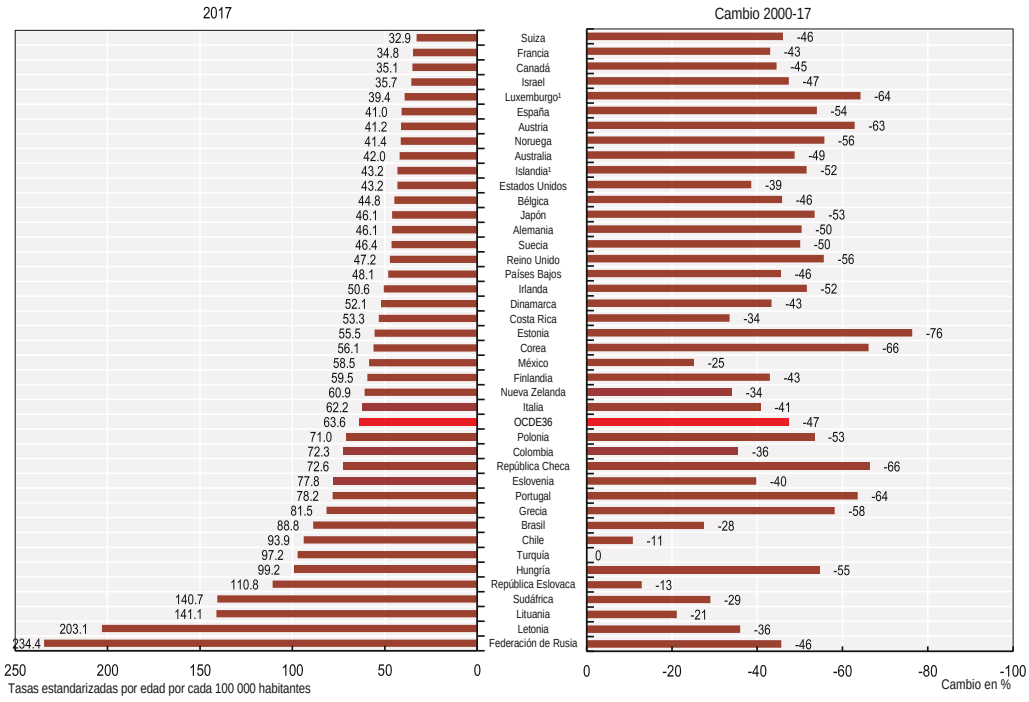
Figura 3.10. **Mortalidad por infarto y otras cardiopatías isquémicas, 2017 y cambio 2000-2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014992

Figura 3.11. **Mortalidad por accidente cerebrovascular, 2017 y cambio 2000-17 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015011

Incidencia y mortalidad por cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte más importante en países de la OCDE después de las enfermedades circulatorias, y representa 25% del total de fallecimientos en 2017. Además, se estima que se diagnosticaron 7.5 millones de nuevos casos de cáncer en todos los países de la OCDE. Los más comunes son el cáncer de pulmón (21.5%), el cáncer colorrectal (11%), el cáncer de mama (14.5% entre mujeres) y cáncer de próstata (9.4% entre hombres). Estos cuatro tipos representan más de 40% de todos los diagnósticos de cáncer en países de la OCDE. Las tasas de mortalidad por cáncer han decrecido desde 2000 en los países de la organización, aunque ha sido una disminución menor a la de enfermedades circulatorias en todos.

Entre los países de la OCDE, las tasas de incidencia de cáncer varían de más de 400 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en Australia y Nueva Zelanda, a aproximadamente 200 casos o menos en México y Chile (Figura 3.12). La incidencia de cáncer también es comparativamente baja en todos los países socios. Debe considerarse que las variaciones de las tasas de incidencia entre países reflejan no solo los nuevos diagnósticos por año, sino también las diferencias en políticas nacionales de detección, y calidad del control y reporte de cáncer. Las tasas altas en Australia y Nueva Zelanda se deben principalmente a la alta incidencia de cáncer de piel no melanoma.

El promedio de las tasas de mortalidad por cáncer en los países de la OCDE es de 201 muertes por cada 100 000 habitantes (Figura 3.13). Las más altas son las de Hungría, República Eslovaca y Eslovenia (más de 240); y las más bajas las de México, Turquía y Corea (165 o menos). En los países socios con datos comparables, las tasas de mortalidad por cáncer también fueron comparativamente bajas en Colombia, Costa Rica y Brasil.

El diagnóstico y tratamiento tempranos incrementan significativamente las tasas de sobrevivencia al cáncer. Esto explica parcialmente porqué, por ejemplo, Australia y Nueva Zelanda tienen tasas de mortalidad inferiores al promedio a pesar de tener las tasas de incidencia más elevadas. En ambos países, la sobrevivencia neta de cinco años a los tipos comunes de cáncer también es superior al promedio de la OCDE (véanse los indicadores sobre sobrevivencia al cáncer en el Capítulo 6).

Las tasas de incidencia de cáncer son más altas para hombres que para mujeres en todos los países de la OCDE y países socios; las tasas de mortalidad también son más altas para hombres excepto en México, Islandia, Indonesia e India. Existe una mayor prevalencia de factores de riesgo entre hombres -en especial tabaquismo y consumo de alcohol- lo que provoca esta brecha de género en incidencia y mortalidad por cáncer.

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte en hombres y mujeres, y el tabaquismo es el factor de riesgo más importante. Representa 25% de las muertes por cáncer entre hombres y 17% entre mujeres (Figura 3.14). El cáncer colorrectal es también una causa importante de muerte para hombres y mujeres (la segunda más importante para hombres y la tercera para mujeres, y representa alrededor de 10% de las muertes por cáncer para ambos géneros). Además de la edad y factores genéticos, una dieta alta en grasa y baja en fibra, la falta de actividad física, la obesidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol incrementan el riesgo de desarrollar la enfermedad.

El cáncer de mama es la segunda causa más común de mortalidad por cáncer entre mujeres (14.5% de los fallecimientos). Aunque las tasas de incidencia de cáncer de mama se han incrementado en la última década, la mortalidad ha decrecido o se ha estabilizado, lo que muestra diagnóstico y tratamiento tempranos y consecuentemente tasas de sobrevivencia más altas (véase el indicador "Resultados de cáncer de mama" en el Capítulo 6). El cáncer de próstata es la tercer causa más común de mortalidad por cáncer entre hombres, y representa un poco más de 10% de los fallecimientos 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 en un año, divididos entre la población. Las diferencias en la calidad del control y reporte del cáncer entre países pueden afectar la comparabilidad de los datos. Las tasas se han estandarizado por edad con base en la población mundial de Segi para evitar variaciones que surgen de las diferencias en estructura de edad entre países a lo largo del tiempo. Los datos proceden de la International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2018. Estos datos pueden diferir de los estimados nacionales debido a diferencias de metodología. La incidencia de todos los tipos de cáncer se clasifica según los códigos C00-C97 de ICD-10.

Las tasas de mortalidad se basan en el número de muertes registradas en un país en un año, dividido entre el tamaño de la población correspondiente. Las tasas se han estandarizado por edad directamente según la población de la OCDE 2010 (disponible en *http://oe.cd/mortality*). La fuente es WHO Mortality Database.

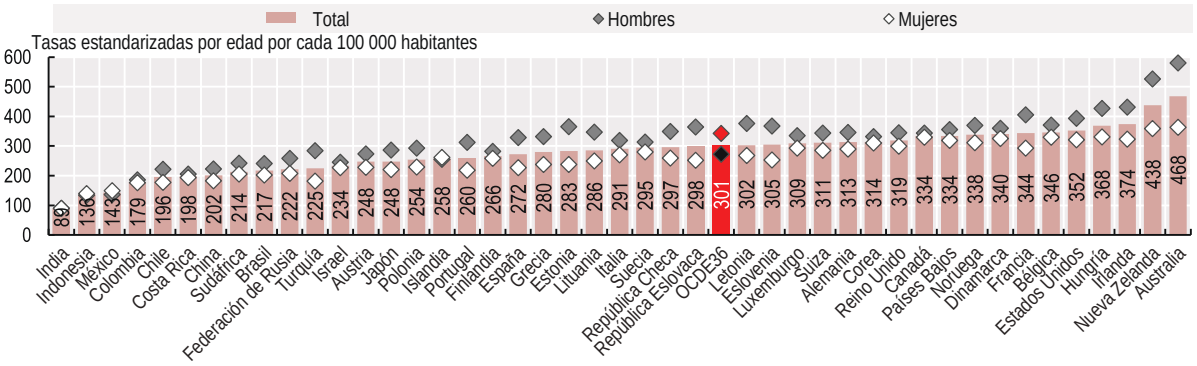
Las muertes por todos los tipos de cáncer se clasifican según los códigos C00-C97 de ICD-10. La comparabilidad internacional de los datos de mortalidad por cáncer puede ser afectada por diferencias en la capacitación y prácticas médicas, así como en el registro de muertes en los países.

Referencias

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

[2] OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

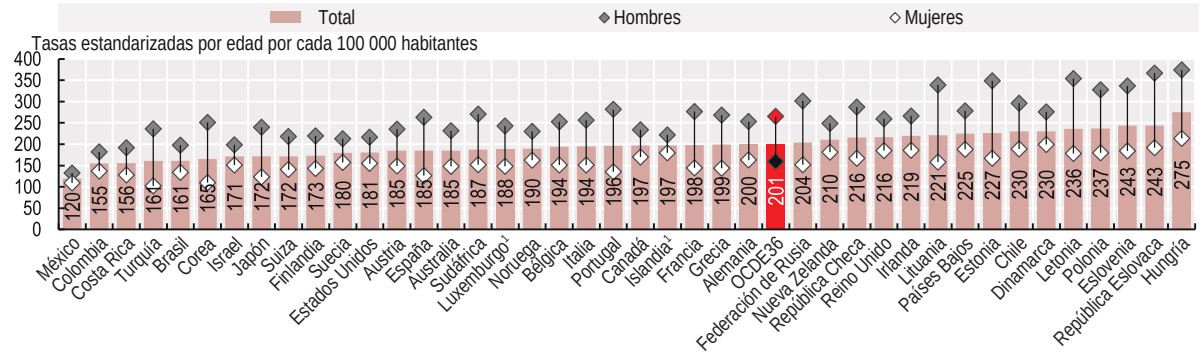
Figura 3.12. **Incidencia de todos los tipos de cáncer por género, 2018 (estimado)**



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2018.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015030

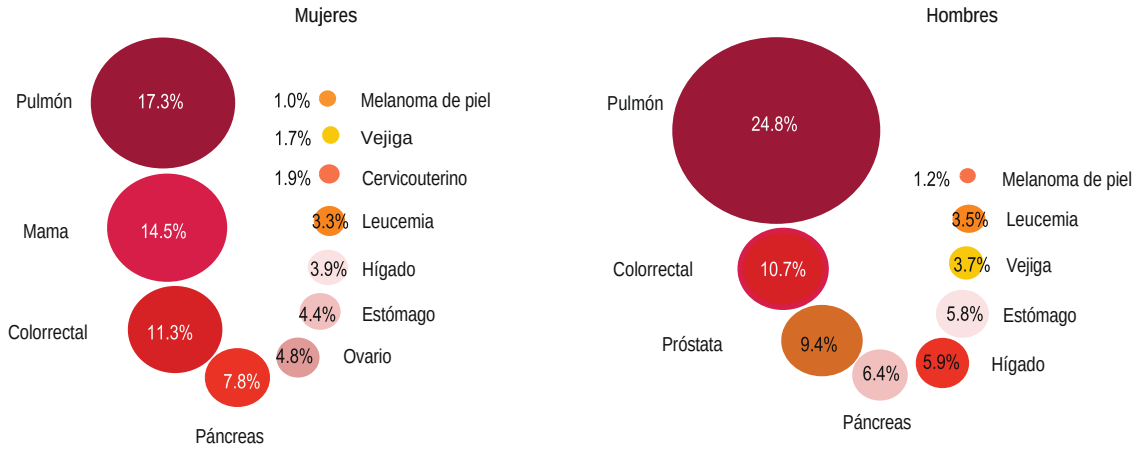
Figura 3.13. **Mortalidad por cáncer, por género, 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015049

Figura 3.14. **Principales causas de mortalidad por cáncer en los países de la OCDE, por género, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Proporción de la suma de muertes por cáncer en todos los países de la OCDE, por género.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015068

Morbilidad por enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas como el cáncer, infarto y accidente cerebrovascular, problemas respiratorios crónicos y diabetes, no solamente son las causas de muerte más importantes en los países de la OCDE, sino que representan una carga de discapacidad muy importante mientras los pacientes viven. Muchas enfermedades crónicas son prevenibles si se modifican los principales factores de riesgo como tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad e inactividad física.

En promedio en 27 países de la OCDE, casi un tercio de la población de 15 años de edad y mayores reportaron vivir con una o más condiciones crónicas (Figura 3.15). En Alemania y Finlandia, esta cifra se eleva a casi una de cada dos personas. La morbilidad múltiple es mucho más común entre grupos de edad avanzada -en promedio, 58% de los adultos de 65 años o mayores reportaron padecer dos o más enfermedades crónicas, y esta cifra se eleva a 70% o más en Portugal, Polonia, Hungría, República Eslovaca y Alemania. Este porcentaje se compara con 24% de la población de menos de 65 años que reporta dos o más enfermedades crónicas.

Las desigualdades socioeconómicas también son considerables, pues en los países de la OCDE en promedio, 35% de la población en el quintil de menor ingreso reporta una o más enfermedades crónicas, en comparación con 24% de la población en el quintil con el ingreso más alto (Figura 3.16). El gradiente más pronunciado por ingreso se presenta en Hungría, Eslovenia y Letonia.

La diabetes es una enfermedad crónica con una carga de discapacidad especialmente importante, pues causa problemas cardiovasculares, ceguera, falla renal y amputación de extremidades inferiores. Se presenta cuando el organismo es incapaz de regular niveles altos de glucosa en la sangre. En 2017, aproximadamente 98 millones de adultos -o 6.4% de la población de adultos- padecían diabetes en los países de la OCDE (Figura 3.17). Adicionalmente, se estima que otros 39 millones de adultos padecen diabetes sin haber sido diagnosticados (International Diabetes Federation, 2017[1]).

México, Turquía y Estados Unidos tienen la prevalencia más alta de diabetes entre los países de la OCDE, con más de 10% de los adultos enfermos de diabetes (cifras estandarizadas por edad). La prevalencia de diabetes en países socios también es alta, alrededor de 10% en India y China.

Los índices de prevalencia de diabetes estandarizados por edad se han estabilizado en muchos países de la OCDE, especialmente en Europa occidental, pero se han incrementado notablemente en Turquía y la mayoría de los países socios. Estas tendencias a la alza se deben en parte a las tasas crecientes de obesidad y falta de actividad física, y sus interacciones con el envejecimiento de la población (NCD Risk Factor Collaboration, 2016[2]).

La diabetes es mucho más común entre la gente de más edad, y hay un número ligeramente mayor de hombres que de mujeres que la padecen. También afecta desproporcionadamente a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. La carga económica de la diabetes es considerable. Se estima que en los países de la OCDE se gastaron USD 572 mil millones en tratamiento de diabetes y prevención de sus complicaciones (International Diabetes Federation, 2017[1]).

Definición y comparabilidad

La información de una variedad de enfermedades crónicas proviene de tres fuentes diferentes: European Health Interview Survey (EHIS-2) de Eurostat para países europeos; Medical Panel Expenditures Survey (MEPS) 2016 para Estados Unidos; y Canadian Community Health Survey (CCHS) 2015-16 para Canadá. Las siguientes enfermedades crónicas también están disponibles en cada encuesta:

- EHIS-2: asma (1), bronquitis crónica/EPOC /enfisema (2), infarto y consecuencias crónicas (3), enfermedad coronaria (4), hipertensión (5), accidente cerebrovascular y consecuencias crónicas (6), artrosis, dolor de espalda baja (7), dolor de cuello (8), diabetes (9), alergias (10), cirrosis hepática (11), incontinencia urinaria (12), problemas renales (13) y depresión (14).
- MEPS y CCHS: (1) - (6), (9) y (14).

En vista de que están disponibles menos enfermedades para Canadá y Estados Unidos, la prevalencia de morbilidad múltiple es artificialmente más baja para esos países, y por lo tanto no es comparable con los datos de países europeos.

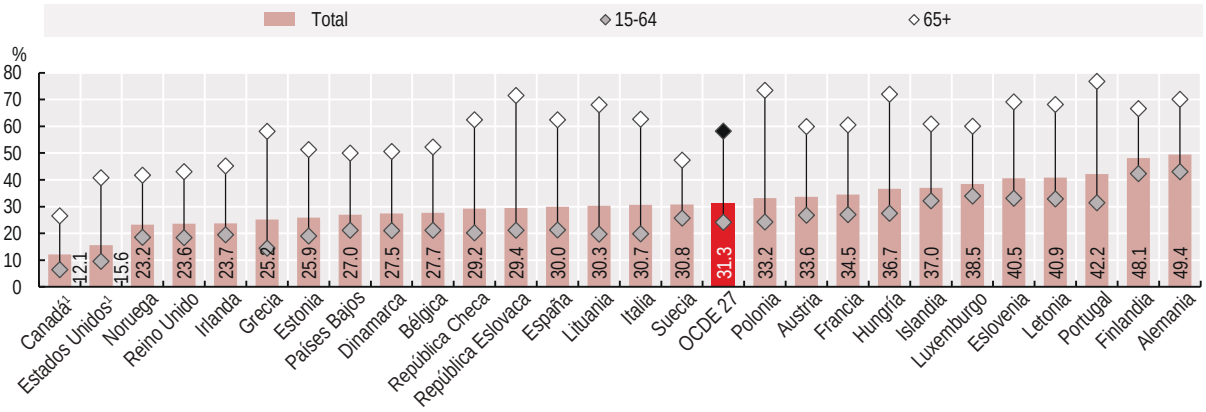
Las fuentes y los métodos usados por la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés) se describen en la 8° edición del Atlas de Diabetes (International Diabetes Federation, 2017). La IDF genera estimaciones basadas en una variedad de fuentes que cumplen con una variedad de criterios de confiabilidad. La mayoría fueron encuestas nacionales de salud y artículos revisados por pares. Los índices estandarizados por edad fueron calculados usando la población mundial basada en la distribución proporcionada por la OMS. Se considera aquí población de adultos a pacientes entre 20 y 79 años de edad, diagnosticados con diabetes Tipo 1 o Tipo 2.

Referencias

[2] International Diabetes Federation (2017), *IDF Diabetes Atlas*, 8th edition, International Diabetes Federation, Bruselas.

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

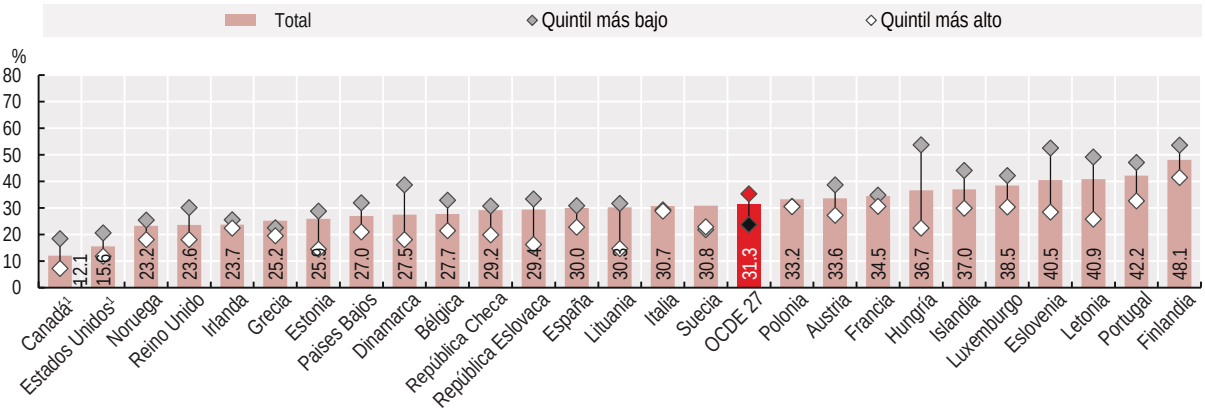
Figura 3.15. **Población con dos o más enfermedades crónicas, por edad, 2014**



1. Los resultados no son directamente comparables con los de otros países debido a diferencias en la definición de la variable (se consideran 8 enfermedades en lugar de 14), lo que resulta en un sesgo descendente.
Fuente: EHIS-2 2014 y otras encuestas nacionales de salud.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015087

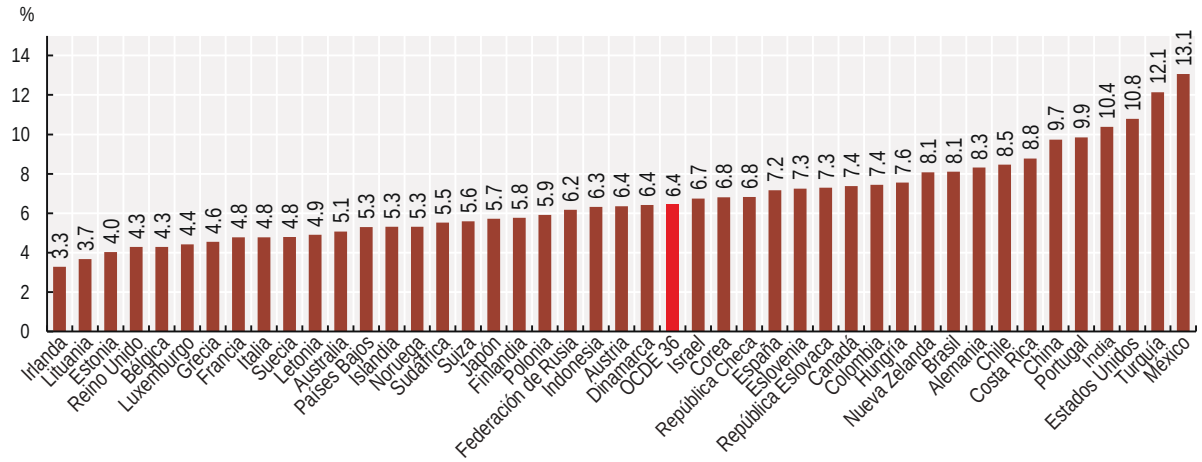
Figura 3.16. **Población con dos o más enfermedades crónicas, por nivel de ingresos, 2014**



1. Los resultados no son directamente comparables con los de otros países (ver nota en Figura 3.15).
Fuente: EHIS-2 2014 y otras encuestas nacionales de salud.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015106

Figura 3.17. **Prevalencia de diabetes tipo I y tipo II entre adultos, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: IDF Diabetes Atlas, 8a edición, 2017.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015125

Salud infantil

Las condiciones de vida inadecuadas, la pobreza extrema y otros factores socioeconómicos afectan la salud de las madres y los recién nacidos. Sin embargo, los sistemas de salud efectivos pueden limitar de forma importante el número de muertes de infantes, abordando las cuestiones que ponen en peligro la vida durante el período neonatal. Alrededor de dos tercios de los fallecimientos durante el primer año de vida ocurren antes de que el recién nacido cumpla 28 días (mortalidad neonatal), principalmente por anomalías congénitas, partos prematuros y otras condiciones que surgen durante el embarazo. Para los fallecimientos después de estas primeras semanas críticas (mortalidad post-neonatal), suele haber una mayor variedad de causas -de las cuales la más común es síndrome de muerte infantil súbita (SIDS, por sus siglas en inglés), defectos de nacimiento, infecciones y accidentes.

Las tasas de mortalidad infantil son bajas en la mayoría de los países de la OCDE, con menos de cinco fallecimientos por cada 1 000 nacidos vivos, excepto México, Turquía y Chile (Figura 3.18). Dentro de los países, las tasas de mortalidad con frecuencia son más altas entre las poblaciones indígenas y otros grupos vulnerables -como se observa en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos (Smylie et al., 2010[1]). En países socios, la mortalidad infantil permanece por encima de 20 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en India, Sudáfrica e Indonesia; y por encima de 10 muertes en Colombia y Brasil. No obstante, las tasas de mortalidad infantil han decrecido en todos los países de la OCDE y países socios desde 2000, con las mayores reducciones en países con tasas históricamente altas.

A pesar de estos avances en la reducción de mortalidad infantil, el número creciente de infantes con bajo peso al nacer es una preocupación en algunos países de la OCDE. En promedio, uno de cada 15 bebés nacidos en países de la OCDE (6.5% del total de nacimientos) pesaron menos de 2 500 gramos al nacer en 2017 (Figura 3.19). Los infantes con bajo peso al nacer tienen un riesgo más alto de salud frágil o muerte, requieren de un período más largo de hospitalización al nacer, y tienen mayores probabilidades de desarrollar importantes discapacidades durante su vida. Los factores de riesgo para el bajo peso al nacer incluyen tabaquismo, consumo de alcohol y mala nutrición de la madre durante el embarazo, bajo índice de masa corporal, nivel socioeconómico más bajo, haberse sometido a tratamiento de fertilización in-vitro y partos múltiples, además de mayor edad. El uso más común de técnicas de gestión del parto como la inducción del trabajo de parto y las cesáreas, que han contribuido al aumento de las tasas de sobrevivencia de infantes con bajo peso al nacer, también puede explicar el incremento en las cifras.

Entre los países de la OCDE, Japón, Grecia y Portugal tienen la proporción más grande de infantes con bajo peso al nacer. El número es menor en los países nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca) y bálticos (Estonia, Letonia, Lituania). En 23 de los 36 países de la OCDE, la proporción de infantes con bajo peso al nacer se ha incrementado desde 2000, de manera notable en Corea. Entre los países socios, Indonesia y Colombia tienen una proporción alta.

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 de 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, 2018[2]). Para eliminar esta limitación de comparabilidad de datos, la información presentada en esta sección se basa en un umbral mínimo de 22 semanas de gestación (o umbral de peso al nacer de 500 gramos) para la mayoría de los países de la OCDE que han proporcionado estos datos. Sin embargo, la información para diez países (Australia, Canadá, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, México, Noruega y Portugal) sigue estando basada en el registro de todos los nacidos vivos (es decir, sin umbral mínimo de período de gestación o peso al nacer), lo que resulta potencialmente en sobreestimaciones.

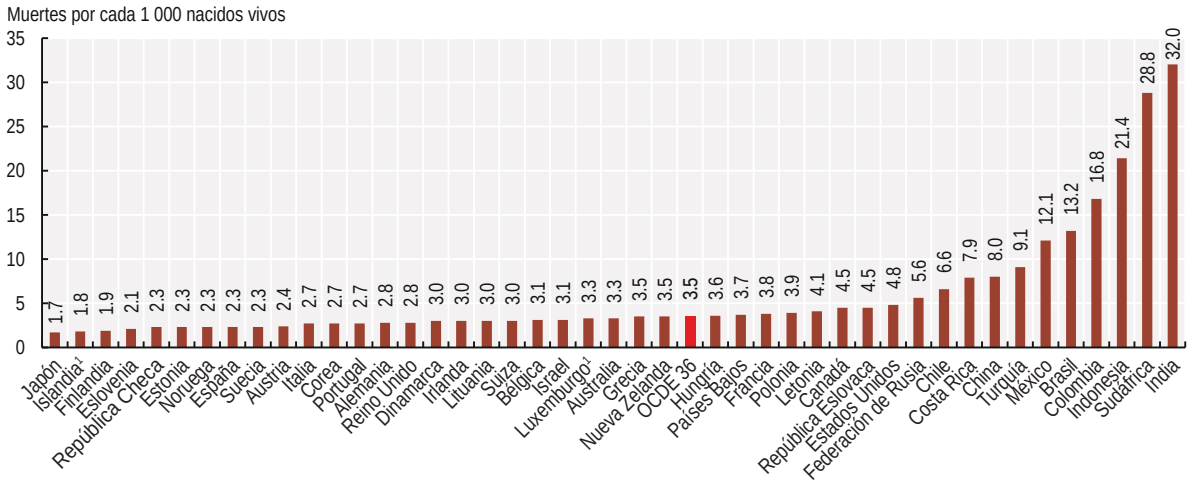
La OMS define el bajo peso al nacer como el peso de un infante en el nacimiento menor a 2 500 gramos (5.5 libras) independientemente de la edad gestacional. Este umbral se basa en observaciones epidemiológicas del incremento en el riesgo de muerte de infantes. A pesar del uso generalizado de este límite de 2 500 g para bajo peso al nacer, existen variaciones fisiológicas de talla entre países y grupos de población, que deben tomarse en cuenta al interpretar las diferencias (Euro-Peristat, 2018[2]). El número de nacimientos con bajo peso se expresa como porcentaje del total de nacidos vivos.

Referencias

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

[2] Smylie, J. et al. (2010), "Indigenous birth outcomes in Australia, Canada, New Zealand and the United States - an overview", *Open Womens Health*, vol. 4, pp. 7-17.

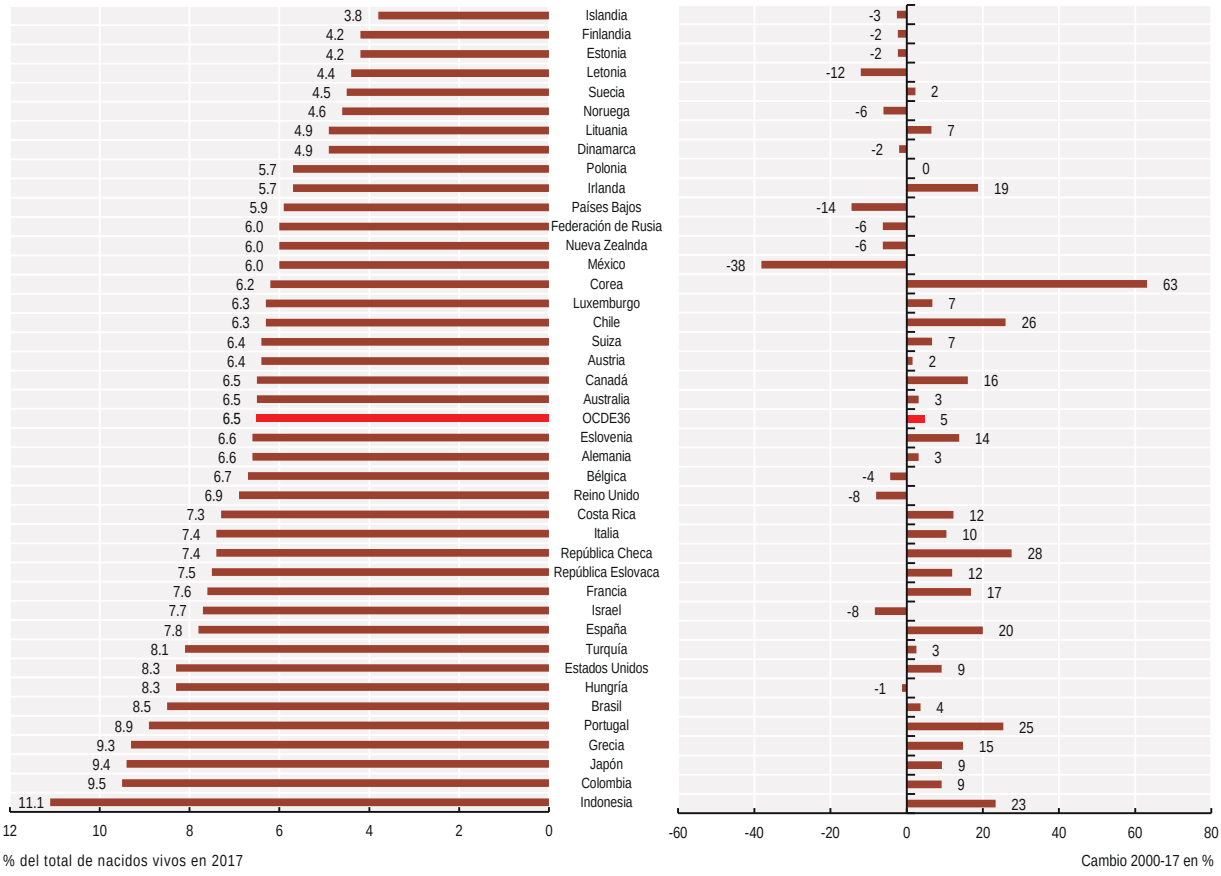
Figura 3.18. **Mortalidad infantil, 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años (2015-17).
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015144

Figura 3.19. **Infantes con bajo peso al nacer, 2017 y cambio 2000-17 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015163

Salud mental

La buena salud mental es indispensable para que la gente pueda disfrutar de una vida productiva y saludable, pero se estima que una de cada dos personas padece un problema de salud mental en su vida (OECD, 2015[1]). Un trastorno de salud mental puede tener un impacto significativo en la vida diaria de las personas, y ser un factor para malos resultados de educación, aumento de las tasas de desempleo y mala salud física. La Figura 3.22 muestra el impacto que tiene la salud de las personas en sus actividades diarias y su habilidad para trabajar; las personas que reportaron un problema de salud mental tienen significativamente mayor inclinación a decir que su salud tuvo un impacto negativo en su vida diaria. En Noruega y Francia, más de 50% de los encuestados a quienes un médico les había diagnosticado un problema de salud mental, sintieron que su habilidad para trabajar y sus actividades diarias estaban limitadas. Se puede hacer más para ayudar a la gente a participar en actividades que son importantes para ellos, aún con un problema de salud mental, mediante acciones como la promoción del acceso oportuno a tratamiento e integración de servicios de salud mental y empleo.

Sin tratamiento y apoyo efectivos, los problemas de salud mental pueden tener un efecto devastador en la vida de las personas, llevándoles incluso al suicidio. Aunque hay razones sociales y culturales complejas que afectan el comportamiento suicida, el riesgo se incrementa al padecer un problema de salud mental (OECD/EU, 2018[2]). Como se plantea en el Capítulo 6, una tasa de suicidio más alta, contribuye a una tasa general de mortalidad significativamente mayor para personas con trastornos mentales serios. En 2017, hubo 11.2 muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes en países de la OCDE. La Figura 3.20 muestra que las tasas de suicidio más bajas se observaron en Turquía y Grecia, con menos de 5 muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes en 2017. Corea y Lituania tuvieron las tasas de suicidio más altas, de 24.6 y 24.4 muertes por cada 100 000 habitantes respectivamente. En todos los países, la tasa de suicidio fue más alta entre hombres que entre mujeres; en Lituania, fue cinco veces mayor para hombres que para mujeres.

Las tasas de suicidio han disminuido en casi todos los países de la OCDE, decrecieron más de 30% entre 1990 y 2017. En algunos países la reducción es significativa, como Finlandia, Suiza y Eslovenia, donde disminuyeron más de 40%. Otros países, como Chile y Corea alcanzaron máximos en la última década, seguidos de una disminución en años más recientes (Figura 3.21). En Suiza, el suicidio ha disminuido 48% desde 1990; pero las tasas de 'suicidio asistido' están en aumento sobre todo entre la gente mayor, aunque desde 2009 los suicidios asistidos se han excluido de los datos generales de suicidio, lo que explica la disminución marcada en el año que cambió el reporte. Suiza ha tomado acciones para reducir el número de muertes por suicidio, tales como un plan de acción de prevención en 2016 que incluye proporcionar acceso rápido a apoyo de salud mental, con el fin de reducir el estigma asociado al suicidio y crear conciencia del riesgo de suicidio. En Finlandia, donde se observó una disminución muy importante de suicidios a principios de la década de 1990, recientemente se eliminaron los planes independientes de prevención del suicidio para incluirlo en las estrategias de atención de salud mental más generales, enfocándose en mejorar el tratamiento de trastornos mentales e implementar una red de coordinación de prevención del suicidio (OECD/EU, 2018[2]).

Definición y comparabilidad

El registro de un suicidio es un procedimiento complejo, afectado por factores como el método con el que se lleva a cabo, quién es responsable de emitir el certificado de defunción, y dimensiones culturales que incluyen el estigma asociado con el suicidio. Por lo tanto, se requiere cautela al comparar los índices de suicidio entre países. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad se basan en el número de muertes dividido entre el tamaño de la población correspondiente. La fuente es WHO Mortality Database; en la que los suicidios se clasifican bajo ICD-10 códigos X60-X84, Y870.

La Figura 3.22 usa datos de la encuesta International Health Policy Survey of Adults de Commonwealth Fund de 2016. Es posible identificar adultos que respondieron "sí" a la pregunta "¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted padece depresión, ansiedad u otros problemas de salud mental?" y dar seguimiento a sus respuestas a otras preguntas. Esta figura muestra el índice de respuestas a la pregunta "¿Su salud le impide tener un trabajo de tiempo completo, o limita su habilidad para llevar a cabo labores del hogar u otras actividades diarias?". Los encuestados que respondieron "sí" a esta pregunta se clasifican en la categoría "con problemas de salud mental", y quienes respondieron "no", como "sin problemas de salud mental". Éstos últimos pueden tener otro problema de salud. Los datos tienen deficiencias, incluyendo tasas bajas de respuestas y un tamaño de muestra limitado (véase también el Recuadro 2.4 en el Capítulo 2). La interpretación de las preguntas puede ser diferente entre países; además, no se sabe si los encuestados padecían de algún problema de salud mental cuando respondieron, y los datos auto reportados de prevalencia pueden estar afectados por el estigma asociado a los problemas de salud mental. La tasa en la que los encuestados reportaron que se les había dicho que tenían un problema de salud mental fue bastante consistente con los estimados nacionales de prevalencia, excepto en Francia, donde los encuestados tuvieron mucho menor inclinación a reportar problemas de salud mental que los que sugieren otros estimados nacionales.

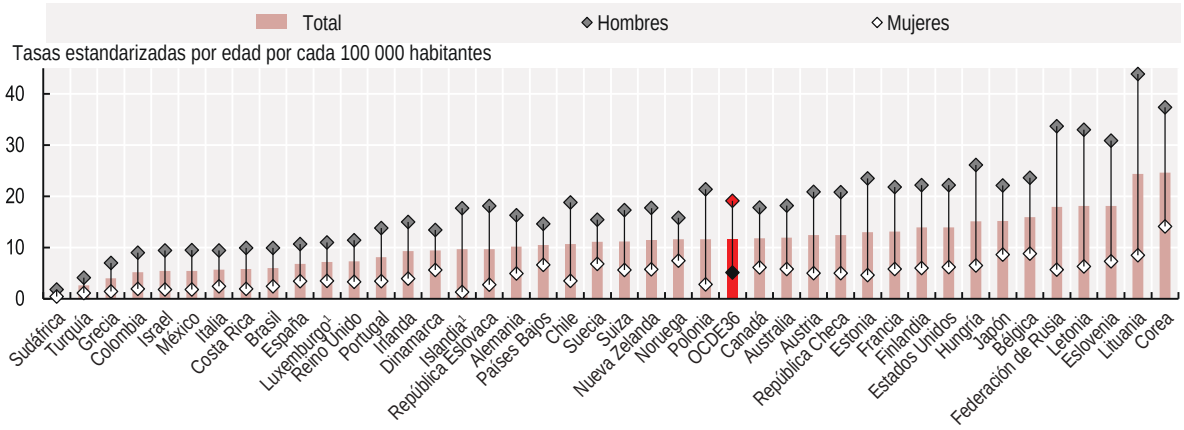
Referencias

[1] OECD (2015), *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en.*

[3] OECD (2015), "Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy", disponible en *OECD/LEGAL/0420.*

[2] OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/UE, Bruselas, disponible en *https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.*

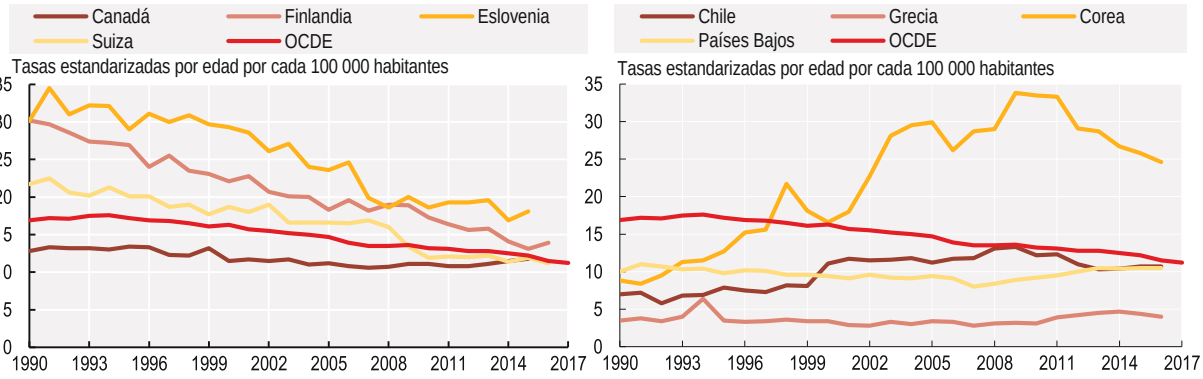
Figura 3.20. **Tasas de suicidio, 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de 3 años
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015182

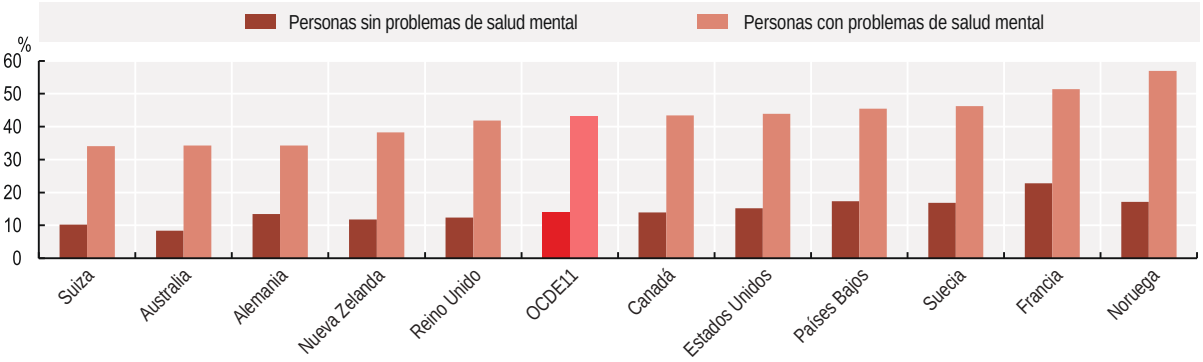
Figura 3.21. **Tendencias en suicidio, selección de países de la OCDE, 1990-2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015201

Figura 3.22. **Personas con limitaciones para trabajar tiempo completo o en sus actividades diarias a causa de su salud, 2016**



Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015220

Percepción del estado de salud

La percepción que tienen los individuos de su propio estado de salud proporciona una visión holística de salud física y mental. Esta perspectiva de la calidad de vida complementa los indicadores de esperanza de vida y mortalidad, que solo miden sobrevivencia. Además, a pesar de su naturaleza subjetiva, la percepción del estado de salud ha probado ser un buen pronóstico de las necesidades de servicios de salud en el futuro y de mortalidad (Palladino et al., 2016[1]).

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

Teniendo en cuenta estas limitaciones, casi 9% de los adultos en los países de la OCDE en promedio, consideran tener mala salud (Figura 3.23), con variaciones de más de 15% en Corea, Lituania, Letonia y Portugal, a menos de 4% en Nueva Zelanda, Estados Unidos, Canadá, Irlanda y Australia. Sin embargo, las categorías de respuesta empleadas en países de la OCDE fuera de Europa y Asia son asimétricas hacia el lado positivo, lo que introduce un sesgo comparativo hacia una percepción más positiva del estado de salud (véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). Corea, Japón y Portugal se destacan como países con una alta esperanza de vida, pero autopercepción del estado de salud relativamente baja.

En todos los países de la OCDE, las personas con ingresos más bajo generalmente son menos positivas sobre su estado de salud que aquellas con ingresos superiores (Figura 3.24). En promedio en la OCDE, casi 80% de los adultos en el quintil de ingresos más altos califica su salud como buena o muy buena, en comparación con poco menos de 60% de adultos en el quintil de ingresos más bajos. Las disparidades socioeconómicas son notables especialmente en Letonia, Estonia, República Checa y Lituania, con una brecha de 40 puntos porcentuales o más entre adultos de ingresos bajos y altos. Las diferencias en tabaquismo, consumo dañino de alcohol y otros factores de riesgo podrían explicar en buena medida tal disparidad en estos países. Las disparidades socioeconómicas son relativamente bajas en Nueva Zelanda, Grecia, Italia, Australia y Francia, de menos de 10 puntos porcentuales.

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

Definición y comparabilidad

La percepción del estado de salud refleja el estado general que la gente percibe sobre su salud. Los encuestados típicamente responden preguntas como "¿Cómo calificaría su salud en general?" Se requiere cautela al hacer comparaciones en la percepción del estado de salud entre países, por tres razones al menos. En primer lugar, la valoración que hace la gente de su salud es subjetiva, y las respuestas pueden ser sistemáticamente diferentes entre y dentro de los países debido a diferencias socioculturales. En segundo lugar, como la autopercepción generalmente se empeora con la edad, los países con una mayor proporción de gente mayor pueden tener menos gente reportando un buen estado de salud. En tercer lugar, existen variaciones en las categorías de preguntas y respuestas utilizadas en las encuestas entre países. En particular, la escala de respuestas utilizada en los Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Australia y Chile es asimétrica (sesgada hacia el lado positivo), incluyendo las categorías "excelente, muy buena, buena, razonable, mala". En la mayoría de los demás países de la OCDE, la escala de respuesta es simétrica, con las categorías "muy buena, buena, razonable, mala, muy mala". Estas diferencias en las categorías de respuestas pueden introducir un sesgo comparativo hacia una percepción más positiva del estado de salud en los países que usan una escala asimétrica.

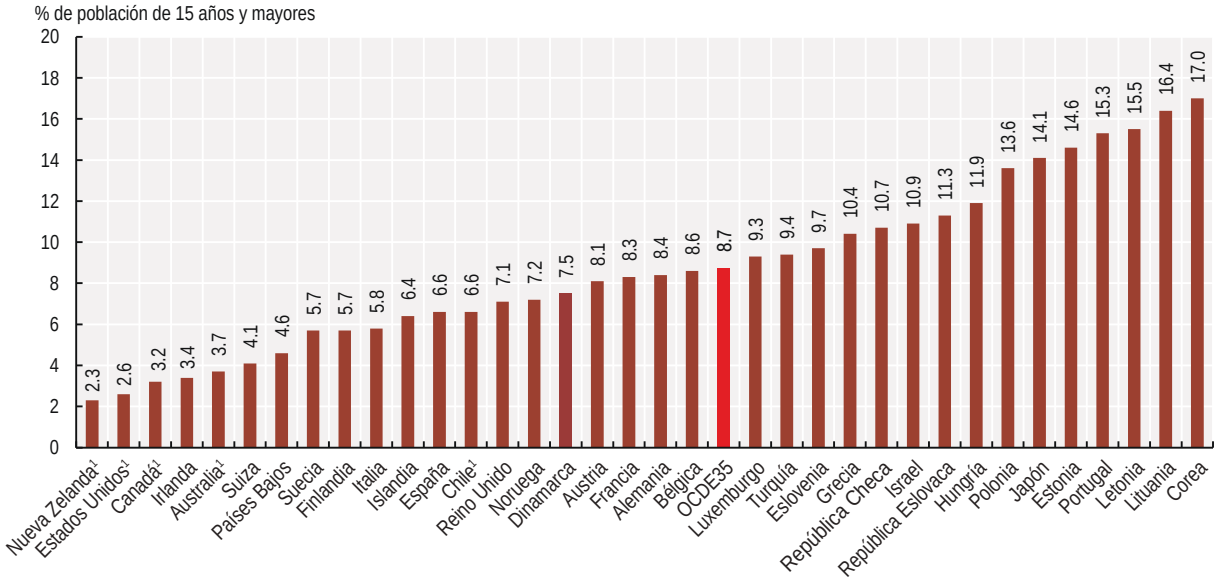
La percepción del estado de salud por nivel de ingresos se reporta para el quintil de ingresos más bajos (el 20% con ingresos más bajos) y el quintil de ingresos más altos (20% más alto). Dependiendo de la encuesta, el ingreso puede referirse al del individuo o el familiar (en cuyo caso se calcula ingreso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

Referencias

[2] Lumsdaine, R. y A. Exterkate (2013), "How survey design affects self-assessed health responses in the survey of health, ageing and retirement in Europe", *European Economic Review*, vol.. 63, pp. 299-307.

[1] Palladino, R. et al. (2016), "Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries", *Age and Ageing*, vol. 45, pp. 431-435.

Figura 3.23. **Porcentaje de adultos que perciben su salud como mala o muy mala, 2017 (o año más cercano)**

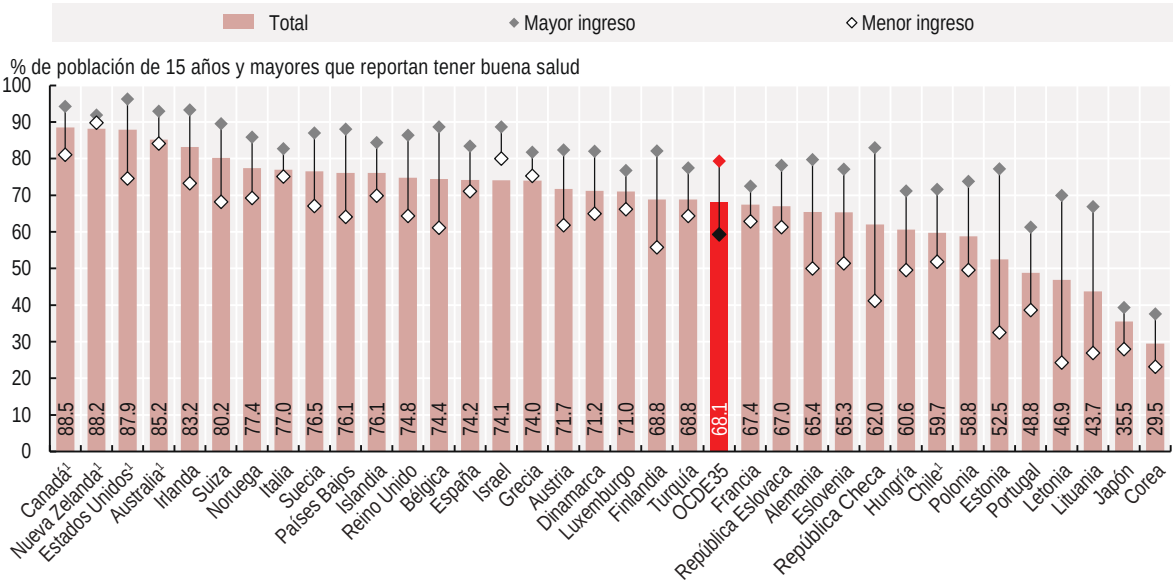


1. Los resultados para estos países no son directamente comparables con los de otros, debido a diferencias metodológicas en el cuestionario de la encuesta, lo que resulta en un sesgo más positivo en la autovaloración del estado de salud.

Fuente: OECD Health Statistics 2019 (EU-SILC for European countries).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015239

Figura 3.24. **Porcentaje de adultos que perciben su salud como buena o muy buena, por quintil de ingresos, 2017 (o año más cercano)**



1. Los resultados para estos países no son directamente comparables con los de otros, debido a diferencias metodológicas en el cuestionario de la encuesta, lo que resulta en un sesgo más positivo en la autovaloración del estado de salud.

Fuente: OECD Health Statistics 2019 (EU-SILC for European countries).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015258





4. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Tabaquismo entre adultos

Consumo de alcohol entre adultos

Uso de opioides

Dieta y actividad física entre adultos

Sobrepeso y obesidad entre adultos

Sobrepeso y obesidad en la infancia

Contaminación del aire y temperaturas extremas

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

Tabaquismo entre adultos

El tabaquismo es la causa principal de una variedad de enfermedades, como diferentes tipos de cáncer, infartos y accidentes cerebrovasculares, y enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El tabaquismo durante el embarazo aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro. La OMS estima que el tabaquismo causa 7 millones de muertes en el mundo cada año, de las cuales más de 1.2 millones son causadas por tabaquismo pasivo, y 65 000 son niños (WHO, 2017[1]). Un poco más de la mitad de estos fallecimientos ocurren en cuatro países -China, India, Estados Unidos y la Federación de Rusia. En las últimas décadas, el tabaquismo causó la proporción más grande de la disminución general de años de vida saludable en 15 países de la OCDE, y está en segundo lugar en otros 16 países miembros (Forouzanfar et al., 2016[2]).

En los países de la OCDE, 18% de los adultos fuman diariamente (Figura 4.1). Los índices de tabaquismo varían de más de 25% en Grecia, Turquía, Hungría y Francia, a menos de 10% en México e Islandia. En países socios clave, los índices son muy altos en Indonesia (40%) y la Federación de Rusia (30%); y 10% o menos en Costa Rica. Los hombres fuman más que las mujeres en todos los países, excepto Islandia -en promedio en la OCDE, 23% de los hombres fuman diariamente, en comparación con 14% de las mujeres. La brecha de género en índices de tabaquismo es comparativamente alta en Corea y Turquía, así como en Indonesia, China y la Federación de Rusia. Entre los hombres, los índices más altos se encuentran en Indonesia (76%), la Federación de Rusia (50%), China (48%) y Turquía (40%); y debajo de 10% en Costa Rica e Islandia. Para mujeres, los índices más altos se encuentran en Austria, Grecia, Chile, Francia y Hungría (superiores a 20%). Menos de 5% de las mujeres fuman en China, India, Costa Rica, Corea, México e Indonesia.

Los índices de consumo diario de tabaco han disminuido en casi todos los países de la OCDE en la última década, de un promedio de 23% en 2007, a 18% en 2017 (Figura 4.2). No obstante, en República Eslovaca y Austria los índices de tabaquismo han aumentado ligeramente, así como en Indonesia. Grecia es el país que ha logrado la mayor reducción en los índices de tabaquismo, y le siguen Estonia, Islandia y Noruega.

En todos los países, es más probable que la población con niveles educativos más bajos fume, excepto en Grecia, y la brecha promedio entre niveles educativos fue de 8 puntos porcentuales en 2017 (Figura 4.3). Las brechas más grandes se encuentran en Estonia y Hungría (alrededor de 16 puntos porcentuales), y en Portugal, Bulgaria, Lituania y Turquía son relativamente pequeñas (menos de 2 puntos porcentuales).

El aumento de los impuestos sobre el tabaco es una de las formas más efectivas de reducir su consumo. Los precios del tabaco en la mayoría de los países de la OCDE contienen más de 50% de impuestos. Otras políticas clave de control son las advertencias de riesgo en los paquetes de tabaco, las prohibiciones de promoción e información engañosa, y la restricción de publicidad de marcas. Otras formas de reducir el consumo de tabaco son la concientización y apoyo para fumadores, incluyendo tratamientos de reemplazo de nicotina y ayuda para dejar de fumar.

Definición y comparabilidad

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

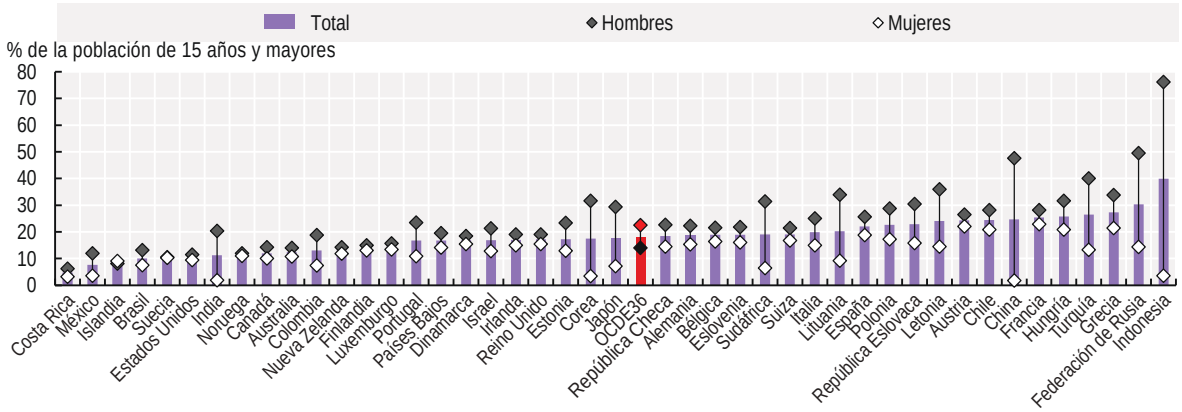
Los datos para las diferencias en el consumo diario de tabaco por nivel educativo vienen de European Health Interview Survey de 2014, para los países de la Unión Europea. Estados Unidos y Canadá reportaron datos de Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) de 2016, y Canadian Community Health Survey (CCHS) 2015-2016, respectivamente. Ésta última incluye solamente consumo diario de cigarrillos.

Referencias

[2] Forouzanfar, M. et al. (2016), "Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, vol. 388/10053, pp. 1659-1724, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31679-8*.

[1] WHO (2017), *WHO report on the global tobacco epidemic*, 2017.

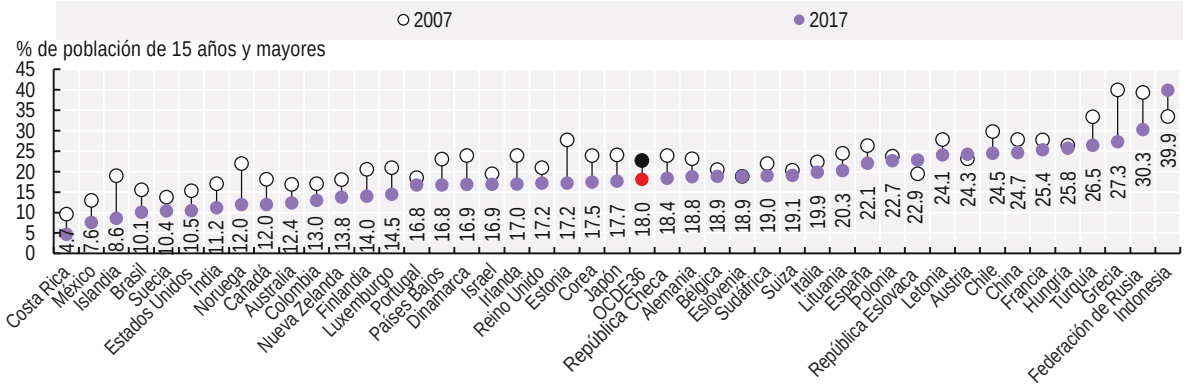
Figura 4.1. **Población de adultos que fuma diariamente, por género, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015277

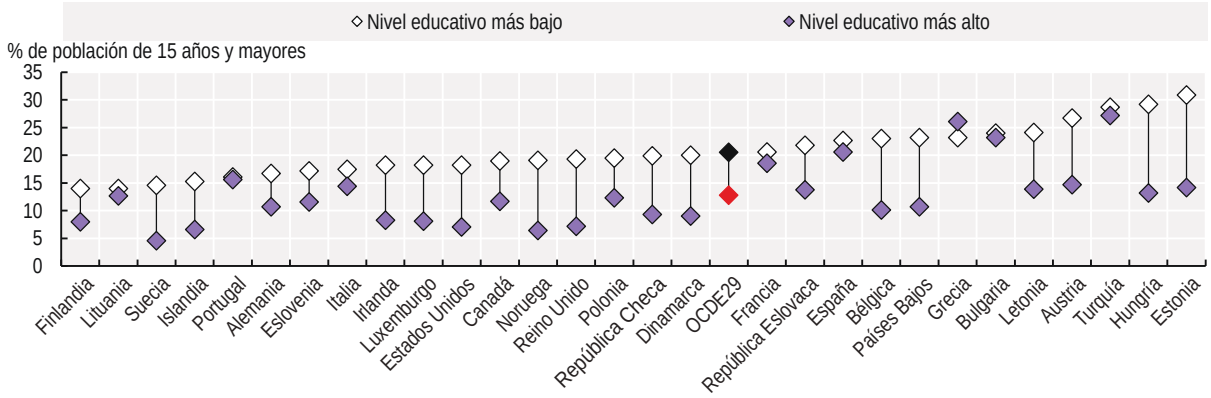
Figura 4.2. **Población de adultos que fuma diariamente, 2007 y 2017 (o años más cercanos)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015296

Figura 4.3. **Diferencia en el consumo diario de tabaco entre los niveles educativos más alto y más bajo, 2016 (o año más cercano)**



Fuente: EHIS 2014 para Europa; MEPS 2016 para Estados Unidos; y CCHS 2015-2016 para Canadá.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015315

Consumo de alcohol entre adultos

El consumo de alcohol es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, particularmente entre personas en edad laboral. Representó un estimado de 7% de las muertes de hombres y 2% de las de mujeres en el mundo en 2016 (Griswold et al., 2018[2]). El consumo dañino de alcohol es un factor de riesgo muy importante para enfermedades cardiacas y accidente cerebrovascular, cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer, pero aún el consumo bajo y moderado incrementa el riesgo a largo plazo de padecer estas enfermedades. El consumo de alcohol también es un factor en el aumento de accidentes y lesiones, violencia, homicidio, suicidio y trastornos mentales, más que cualquier otra sustancia psicoactiva, especialmente entre los jóvenes.

El consumo general de alcohol, medido con datos de ventas en 2017 fue de 8.9 litros por persona en promedio en los países de la OCDE, en comparación con 10.2 litros en 2007 (Figura 4.4). Lituania reportó el consumo más alto (12.3 litros), seguido de Austria, Francia, República Checa, Luxemburgo, Irlanda, Letonia y Hungría, todos con más de 11 litros por persona. En comparación, Turquía, Israel y México tienen consumos bajos (menos de 5 litros por persona). El consumo entre los socios clave fue relativamente alto en la Federación de Rusia (11.1 litros) y bajo en Indonesia, India, Costa Rica y Colombia (menos de 5 litros). El consumo promedio disminuyó en 27 países de la OCDE entre 2007 y 2017, y las disminuciones más importantes se observaron en Israel, Estonia, Grecia y Dinamarca (en 3 litros o más). El consumo también disminuyó de manera importante en la Federación de Rusia (en 7 litros). Sin embargo, el consumo de alcohol se incrementó en más de 1 litro por persona en China e India, y en más de 0.5 litros por persona en Chile.

Aunque la información de consumo general per cápita permite evaluar tendencias de largo plazo, no identifica grupos de población en riesgo por patrones dañinos de consumo. El consumo excesivo y la dependencia del alcohol representan una parte importante de la carga por enfermedad. En los países de la OCDE, un promedio de 3.7% de adultos eran dependientes del alcohol en 2016 (Figura 4.5). En todos los países, los hombres tienen mayor inclinación a ser dependientes del alcohol, con un promedio de 6% de hombres y 1.6% de mujeres con dependencia. Los países donde la dependencia del alcohol es más común son Letonia, Hungría y la Federación de Rusia (más de 9% de los adultos). En estos tres países las brechas de género también son importantes, pues la proporción de hombres con dependencia de alcohol es alrededor de cinco veces mayor que la de mujeres.

La proporción de consumidores con dependencia no siempre tiene correlación con los niveles generales de consumo de alcohol, lo que refleja diferencias en los patrones de consumo y el diagnóstico de dependencia. Francia, por ejemplo, tuvo el tercer consumo más alto en 2017, y los índices de dependencia del alcohol están por debajo del promedio de la OCDE. En contraste, Estados Unidos tiene una proporción alta de dependencia del alcohol en 2016 (7.7%), pero el consumo registrado es equivalente al promedio de la OCDE.

Las políticas enfocadas en el consumo dañino de alcohol incluyen las estrategias de amplio alcance y aquellas dirigidas a quienes beben en exceso. Todos los países de la OCDE aplican impuestos a las bebidas alcohólicas, pero el nivel de éstos difiere de manera importante. Adicionalmente, algunos países han implantado nuevas formas de políticas de precios, como el precio mínimo por unidad de alcohol en Escocia. Existen reglas para la publicidad en la mayoría de los países de la OCDE, pero hay variaciones en la aplicación de las leyes y los medios regulados (p. ej. periódicos impresos, espectaculares, internet). En Noruega, Lituania y Suecia, por ejemplo, existen prohibiciones completas para anuncios en televisión y redes sociales, mientras que en otros países las limitantes son parciales. Los controles sobre la disponibilidad, edad para beber y horas de venta; además de las normas para la conducción bajo los efectos del alcohol son otras políticas comúnmente utilizadas (OECD, 2015[1]).

Definición y comparabilidad

El consumo de alcohol registrado se define como las ventas anuales de alcohol puro en litros por persona de 15 años de edad y mayores (con algunas excepciones como se resalta en la fuente OECD Health Statistics). La metodología para convertir las bebidas a alcohol puro puede variar entre países. Las estadísticas oficiales no incluyen el consumo no registrado, como la producción casera. En Estonia, los datos se ajustan por consumo de turismo y consumo no registrado. En algunos países (p. ej. Luxemburgo), las ventas nacionales no reflejan con precisión el consumo real de los residentes, puesto que las compras de los no residentes pueden crear una diferencia importante entre las ventas nacionales y el consumo. El consumo de alcohol en Luxemburgo, por lo tanto, se calcula como la media del consumo de alcohol de Francia y Alemania.

La dependencia del alcohol se clasifica en ICD-10 con el código F10.2 entre adultos de 15 años de edad y mayores en un determinado año calendario. El numerador es el número de adultos entre 18 y 65 años con diagnóstico de F10.2 durante un año calendario. El denominador es la población de residentes mayores de 15 años a mitad del mismo año calendario. La OMS también reporta los trastornos relacionados con el abuso del alcohol entre las personas de 15 años y mayores como prevalencia en 12 meses, incluyendo tanto dependencia como uso dañino del alcohol con el código F10.1 en ICD-10.

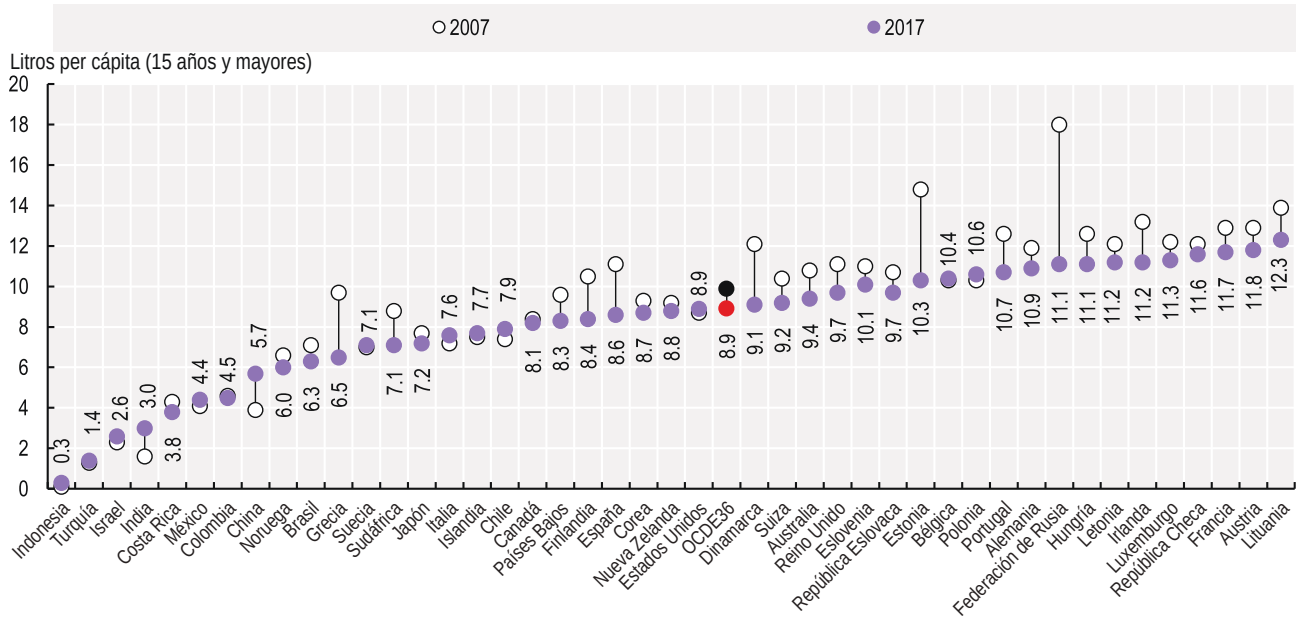
Referencias

[2] Griswold, M. et al. (2018), "Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, vol. 392/10152, pp. 1015-1035, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2*.

[1] OECD (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en*.

[3] WHO (2018), *Global status report on alcohol and health*.

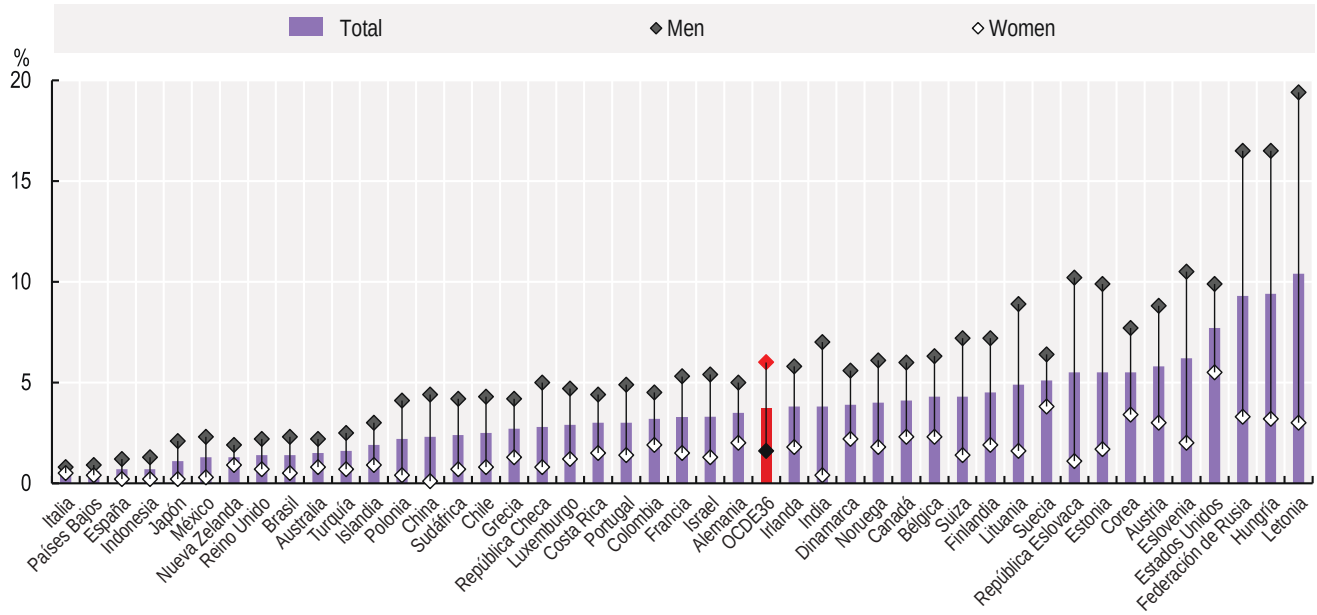
Figura 4.4. **Consumo registrado de alcohol entre adultos, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015334

Figura 4.5. **Proporción de bebedores dependientes, por género, 2016**



Fuente: Global Status Report on Alcohol and Health, WHO 2018.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015353

Uso de opioides

Los opioides son medicamentos narcóticos para el dolor que se han convertido en la piedra angular de la terapia para el tratamiento de dolor moderado a severo en muchos países de ingresos altos. De forma paralela, el uso ilícito de opioides para fines no médicos ha creado mercados globales cada vez más comercializados. Canadá y Estados Unidos han padecido una crisis de opioides en años recientes, provocada por el crecimiento en el consumo de opioides sintéticos como fentanilo y carfentanil. El uso problemático de opioides también está extendiéndose a Australia y algunos países europeos, debido a índices de prescripción crecientes (véase el indicador sobre "Prescripción en servicios primarios" en el Capítulo 6) y el desarrollo de un mercado dinámico de oferta ilegal de drogas (OECD, 2019[1]).

Aunque el acceso a opioides de prescripción es aún insuficiente en muchos países de ingresos medios y bajos, la realidad en los países de la OCDE es muy diferente, pues la disponibilidad de opioides analgésicos ha crecido constantemente. Estados Unidos tiene la disponibilidad más alta de opioides analgésicos de los países de la OCDE, seguido de Alemania y Canadá; mientras que México, Chile y Colombia tienen los números más bajos. Los incrementos más importantes ocurrieron en la década de 2000: entre 2002-04 y 2005-07 la disponibilidad de opioides analgésicos creció 59% en promedio, y casi 110% a lo largo de la década. Más recientemente, el índice de crecimiento cayó a 5.4% en promedio entre 2011-13 y 2014-16. En términos absolutos, el mayor incremento en la disponibilidad por persona se presentó en Israel, Reino Unido, y Alemania; y las disminuciones más importantes en Estados Unidos, Dinamarca y Luxemburgo (Figura 4.6).

El número de muertes relacionadas con el uso de opioides es un indicador clave que refleja el impacto del uso problemático de los mismos, tanto de medicamentos prescritos legalmente como de drogas ilegales (p. ej. heroína). En 25 países de la OCDE con datos disponibles, se registraron en promedio 26 muertes relacionadas con el uso de opioides por cada millón de habitantes en 2016 (Figura 4.7). Sin embargo, las tasas de mortalidad fueron más de cinco veces más altas en Estados Unidos (131 muertes), seguido de cerca por Canadá (120). Las muertes relacionadas con el uso de opioides han aumentado alrededor de 20% desde 2011, con incrementos importantes en Estados Unidos, Suecia, Canadá, Inglaterra y Gales, y Lituania. En Estados Unidos casi 400 000 personas murieron por una sobredosis de opioides entre 1999 y 2017, y esta crisis ha contribuido a la primera disminución en esperanza de vida que se observa en más de medio siglo.

Los países están implantando diferentes estrategias para abordar el uso problemático de opioides, con enfoques integrales en diferentes sectores que cubren salud, servicios sociales, aplicación de la ley, sistemas de información e investigación. Se han planteado el objetivo de mejorar la prescripción de opioides a través de guías clínicas basadas en la evidencia, capacitación, vigilancia de la prescripción de opioides, y regulación de la publicidad y relaciones financieras con fabricantes de opioides. Se han desarrollado materiales educativos e intervenciones de sensibilización para pacientes en riesgo y el público en general. Para pacientes con trastorno de uso de opioides, se ha incrementado la cobertura de terapia de medicación de largo plazo en combinación con servicios especializados para enfermedades infecciosas e intervenciones psicosociales. Muchos países también han implementado intervenciones de minimización de daños, como medicamentos para revertir la sobredosis, programas de jeringas y agujas y centros de consumo con supervisión médica. También se han lanzado iniciativas de investigación para fomentar la innovación en alivio del dolor y trastorno de uso de opioides (OECD, 2019[1]).

Definición y comparabilidad

La disponibilidad de opioides analgésicos se define como la cantidad de éstos que la autoridad competente de cada país calcula que se requieren y se usan anualmente, incluyendo reportes de destrucción de medicamentos, mermas de manufactura, etc. Esta información es verificada por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (International Narcotics Control Board) usando datos de notificaciones de exportación e importación. La S-DDD es una unidad técnica de medida. No es una dosis recomendada de prescripción. Reconoce que no existe acuerdo sobre un estándar internacional para opioides y por lo tanto es una medida aproximada para clasificar el uso de opioides en los países. Los niveles de uso, expresados en S-DDD por millón de habitantes por día, se calculan con la siguiente fórmula: uso anual dividido entre 365 días, dividido entre la población en millones del país o territorio durante el año, dividido entre la dosis diaria definida (Berterame et al., 2016[2]). Los opioides analgésicos incluyen codeína, dextropropoxifeno, dihidrocodeína, fentanilo, hidrocodona, hidromorfona, morfina, cetobemidona, oxicodona, petidina, tilidina y trimeperidina. No se incluyen los opioides ilícitos. Estos datos no reflejan directamente el consumo de opioides analgésicos en los países, sino la disponibilidad general para diferentes fines, de los cuales el uso médico es el más importante.

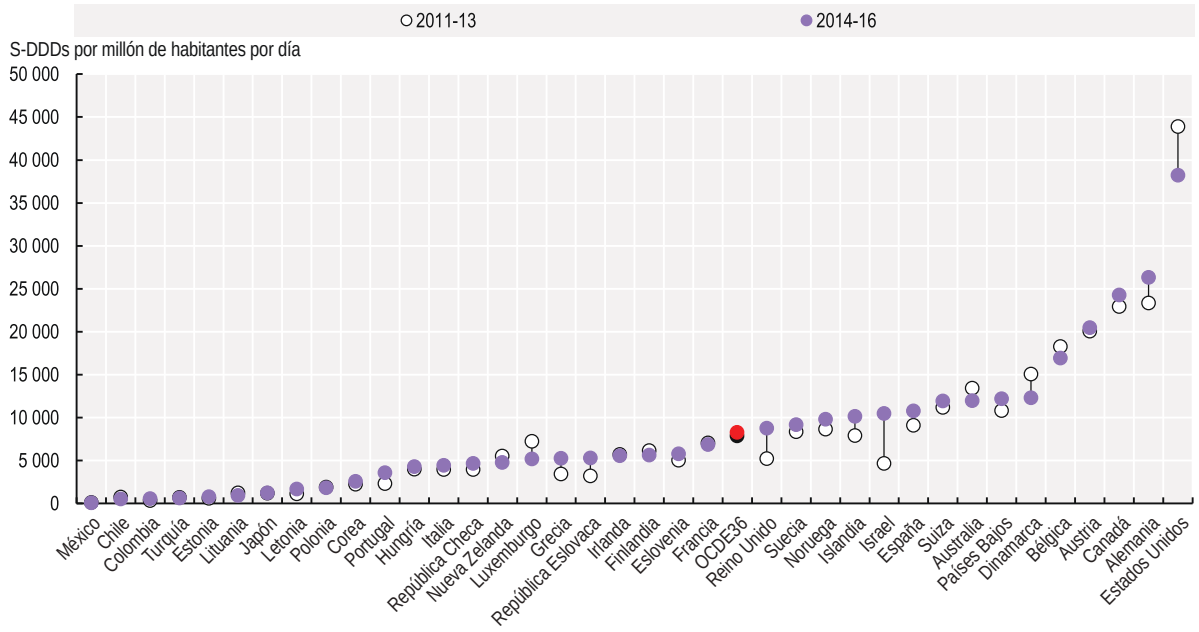
Los datos de muertes relacionadas con el uso de opioides en países europeos son recopilados y compartidos con la OCDE por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, por sus siglas en inglés). Esta información se complementó con datos proporcionados directamente por los países a la OCDE utilizando una versión adaptada del cuestionario de EMCDDA.

Referencias

[2] Berterame, S. et al. (2016), "Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study", *The Lancet*, vol. 387/10028, pp. 1644-1656, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00161-6.*

[1] OECD (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a18286f0-en.*

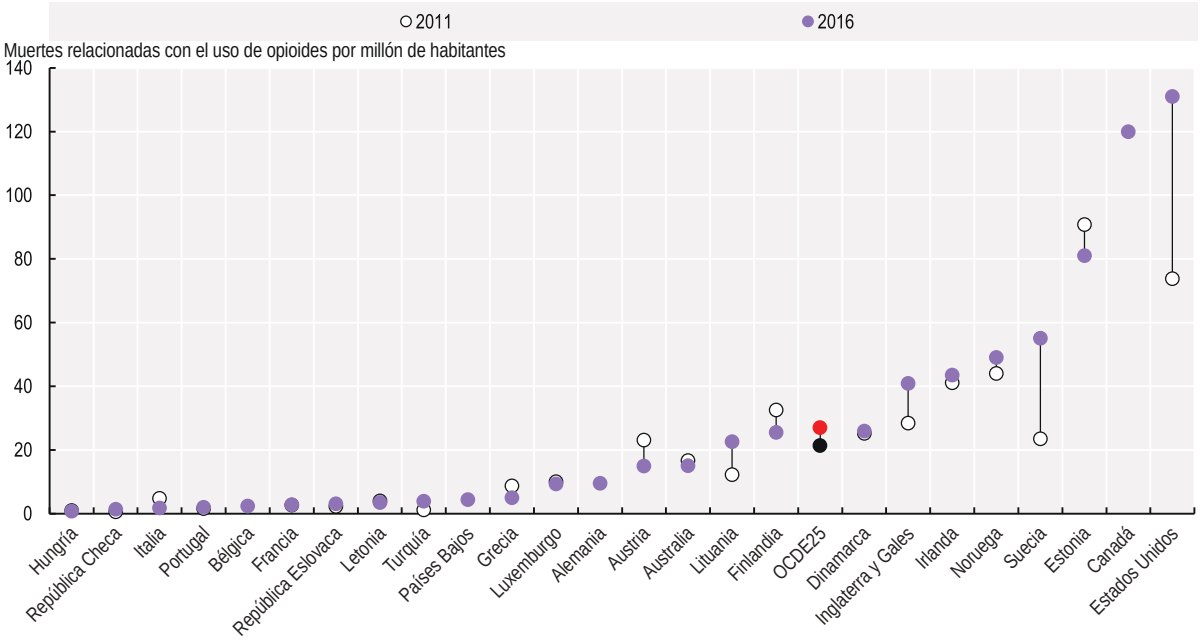
Figura 4.6. **Disponibilidad de opioides analgésicos, 2011-13 y 2014-16**



S-DDD: Dosis diaria definida para fines estadísticos.
Fuente: INCB 2018.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015372

Figura 4.7. **Muertes relacionadas con el uso de opioides, 2011 y 2016 (o año más cercano)**



Nota: Los datos de Canadá corresponden a 2018.
Fuente: EMCDDA para países europeos, y respuestas de países al cuestionario 2018 de la OCDE sobre opioides.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015391

Dieta y actividad física entre adultos

Una dieta saludable se asocia con un mejor estado de salud. Los adultos que siguen una dieta rica en frutas y vegetales, y baja en grasa, azúcares y sal/sodio, tienen un menor riesgo de desarrollar una o más enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer (Graf y Cecchini, 2017[1]). Una dieta saludable puede también reducir la posibilidad de tener sobrepeso u obesidad. En 2017, el consumo inadecuado de fruta y vegetales causó un estimado de 3.9 millones de muertes en el mundo (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018[2]).

En los países de la OCDE en promedio, más de la mitad de todos los adultos (57%) consumió al menos una pieza de fruta al día en 2017 (Figura 4.8). Los valores más altos de esta medición son los de Australia, España, Nueva Zelanda e Italia (superiores a 75%). En contraste, Chile, Finlandia y Letonia registraron valores inferiores a 40%. En todos los países, excepto España, las mujeres tienen mayor tendencia a consumir fruta diariamente. La brecha de género más grande en el consumo de fruta fue la de Finlandia y Austria, con una diferencia de más de 20 puntos porcentuales.

La proporción de la población que consume vegetales a diario fue similar: 60% de los adultos en promedio en todos los países de la OCDE. Los países con la tasa más alta de consumo de vegetales son Australia, Corea, Nueva Zelanda y Estados Unidos, con valores superiores a 90% (Figura 4.9). En el otro extremo, esta cifra es inferior a 35% en Alemania y Países Bajos. Al igual que con el consumo de fruta, las mujeres tienen mayor inclinación que los hombres a consumir al menos una porción de vegetales al día (65% de mujeres frente a 54% de hombres en promedio). El consumo diario de vegetales fue mayor entre mujeres que entre hombres en todos los países, excepto Corea y Estados Unidos (donde las diferencias de género fueron mínimas).

La actividad física regular también es importante para un estilo de vida saludable, y se asocia con beneficios importantes como mejor salud ósea y funcional, y menor riesgo de padecer varias enfermedades no transmisibles y depresión (Warburton and Bredin, 2017[3]). Los avances tecnológicos en áreas como el transporte, la comunicación y el entretenimiento han contribuido a la disminución de la actividad física (Graf y Cecchini, 2017[1]).

Alrededor de dos de cada tres adultos (66%) en promedio, cumplen con las guías recomendadas para actividad física moderada en 23 países de la OCDE (Figura 4.10). Los adultos son más proclives a ser suficientemente activos en Suecia, Islandia, Noruega y Dinamarca (más de 75% de los adultos). En contraste, menos de la mitad de la población de adultos en Italia y España llevan a cabo la cantidad recomendada de actividad física moderada. Exceptuando a Dinamarca, los hombres tienden a ser más activos físicamente que las mujeres en los 23 países de la OCDE con datos comparables.

Definición y comparabilidad

El consumo de fruta y vegetales se define como la proporción de adultos que consumen al menos una pieza de fruta o un vegetal por día, excluyendo jugos y papas. Los estimados de consumo de fruta y vegetales se derivan de encuestas nacionales de salud y son auto reportados (con algunas diferencias en períodos de reporte; para más detalles, véanse las notas específicas por país en OECD.Stat para definiciones, fuentes y métodos).

Los datos para Australia, Corea y Nueva Zelanda se derivan de preguntas de tipo cuantitativo, por lo que los valores para estos países pueden ser sobreestimados. La mayoría de los países reportan datos para la población de 15 años y mayores, con algunas excepciones, como se destaca en la fuente de la base de datos OECD Health Statistics.

El indicador de actividad física moderada se define como realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada en una semana. Los estimados de actividad física moderada se basan en auto reportes de European Health Interview Survey 2014, y combinan actividad física relacionada con el trabajo y con el tiempo libre (ciclismo como transporte y como deporte). La caminata como transporte no está incluida.

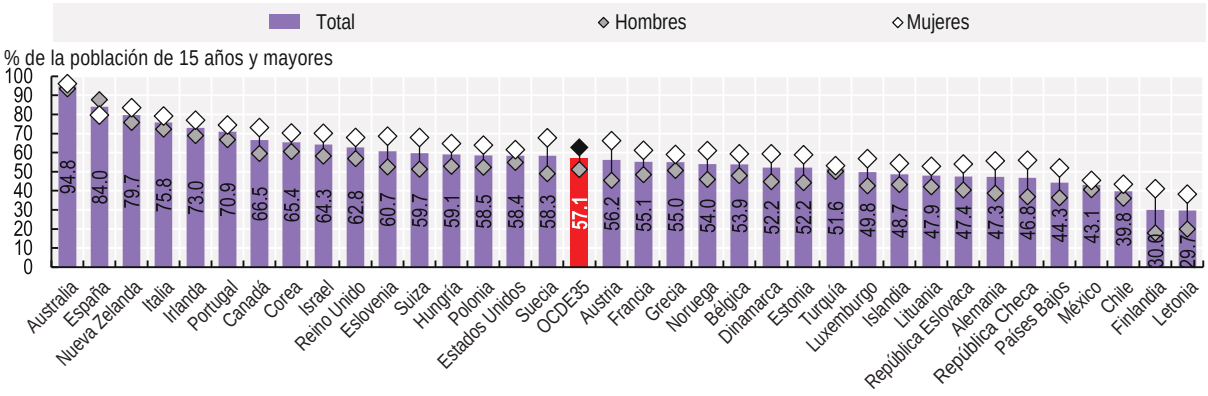
Referencias

[2] Global Burden of Disease Collaborative Network (2018), *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results, Seattle*, Estados Unidos: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

[1] Graf, S. y M. Cecchini (2017), "Diet, physical activity and sedentary behaviours: Analysis of trends, inequalities and clustering in selected OECD countries", *OECD Health Working Papers No. 100*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/54464f80-en*.

[3] Warburton, D. y S. Bredin (2017), "Health benefits of physical activity", *Current Opinion in Cardiology*, vol. 32/5, pp. 541-556, disponible en *http://dx.doi.org/10.1097/hco.0000000000000437*.

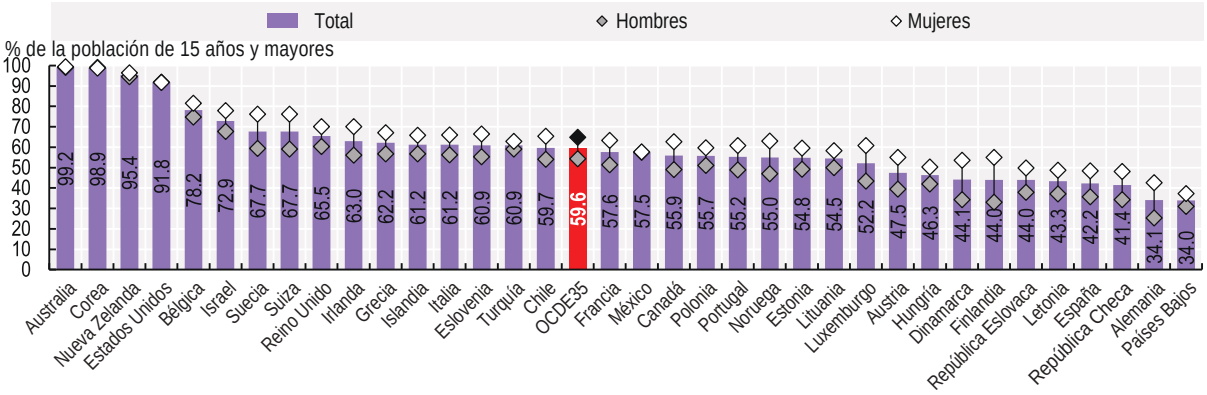
Figura 4.8. **Consumo diario de fruta entre adultos, por género, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015410

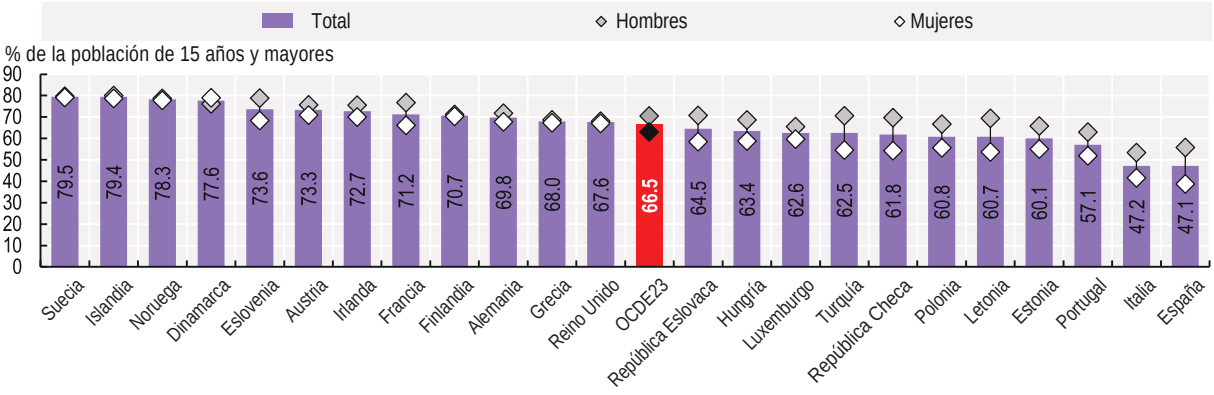
Figura 4.9. **Consumo diario de vegetales entre adultos, por género. 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015429

Figura 4.10. **Actividad física moderada semanal entre adultos, por género, 2014**



Fuente: Eurostat EHIS 2014.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015448

Sobrepeso y obesidad entre adultos

El sobrepeso, incluyendo preobesidad y obesidad, es uno de los principales factores de riesgo para varias enfermedades no transmisibles, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. El consumo excesivo de comida de alto contenido calórico y los estilos de vida cada vez más sedentarios, han contribuido a los crecientes índices globales de obesidad. La tasa de crecimiento más alta se presenta entre adultos jóvenes y ha afectado a todos los grupos de población, en particular mujeres y aquellos con niveles de educación bajos (Afshin et al., 2017[1]). Se estima que el índice de masa corporal alto (IMC; BMI por sus siglas en inglés), causa 4.7 millones de muertes en el mundo (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018[2]).

Con base en datos medidos, un promedio de 58% de los adultos tenían sobrepeso u obesidad en 2017 en 23 países de la OCDE con datos comparables (Figura 4.11). Para Chile, México y Estados Unidos, esta cifra es superior a 70%. En contraste, en Japón y Corea, menos de 35% de los adultos tenían sobrepeso u obesidad. Los restantes 13 países de la OCDE incluyen datos auto reportados, con índices que varían de 42% en Suiza a 65% en Islandia. Sin embargo, estos estimados son menos confiables y normalmente más bajos que los que se basan en datos medidos. Tanto para datos medidos, como para los auto reportados, los hombres tienden más que las mujeres a tener sobrepeso.

La proporción de adultos con sobrepeso se ha incrementado gradualmente en la mayoría de los países de la OCDE desde principios de la década del 2000, incluyendo países donde los índices son relativamente bajos (Figura 4.12). En Japón y Corea, esta proporción se ha incrementado en 2.1 y 4.2 puntos porcentuales respectivamente, entre 2000 y 2017. En países con índices relativamente altos de adultos con sobrepeso, esta cifra varió de 2.3 puntos porcentuales en Canadá, a 11.9 en Chile.

Los adultos con un nivel educativo bajo tienen mayor tendencia al sobrepeso que quienes tienen nivel de educación superior en los 27 países incluidos (Figura 4.13). La mayor diferencia en la proporción de adultos con sobrepeso por nivel educativo se identificó en Luxemburgo, España y Francia, donde la brecha fue superior a 15 puntos porcentuales.

Los países miembros de la OCDE han implementado un conjunto de iniciativas reglamentarias y no reglamentarias, para reducir los índices de sobrepeso en la población. Los ejemplos más claros incluyen campañas en medios masivos para promover los beneficios de una dieta saludable, la promoción de educación y habilidades sobre nutrición, impuestos 'pecado' en alimentos y bebidas de alto contenido energético para desalentar su consumo, etiquetado de alimentos indicando su valor nutricional, y acuerdos con la industria alimenticia para mejorar el valor nutricional de los productos. Los encargados de definir las políticas públicas también exploran iniciativas para abordar los determinantes sociales del sobrepeso. Por ejemplo, Healthy Food Financing Initiative en Estados Unidos, tiene como objetivo mejorar el acceso a alimentos saludables en áreas desfavorecidas. A pesar de estos esfuerzos, la epidemia de sobrepeso no se ha revertido, lo que destaca la complejidad del problema (OECD, 2019[3]).

Definición y comparabilidad

El sobrepeso se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que presenta riesgos para la salud. La medida más frecuentemente usada es el índice de masa corporal (IMC), que es un número único que calcula el peso de un individuo en relación con su estatura (peso/estatura^2, con peso en kg y estatura en metros). Con base en la clasificación de la OMS, los adultos de más de 18 años con un IMC igual o superior a 25 se definen como preobesos, y aquellos con un IMC igual o superior a 30 como obesos. Los datos provienen de fuentes nacionales -en algunos casos éstos pueden diferir de los datos de reporte sobre obesidad de la OCDE de 2019, que usa información de WHO Global Health Observatory, con estimados estandarizados por edad, y otras diferencias de metodología. El sobrepeso incluye preobesidad y obesidad. Las medidas de IMC son iguales para ambos géneros y adultos de todas las edades. Los datos de IMC también pueden ser recolectados usando estimados auto reportados de estatura y peso, que normalmente son más bajos y menos confiables que los que se basan en datos medidos.

Para la Figura 4.13, el nivel más bajo de educación se refiere a población que no tiene un certificado de preparatoria, mientras que el más alto se refiere a personas con un grado universitario u otro diploma de educación superior.

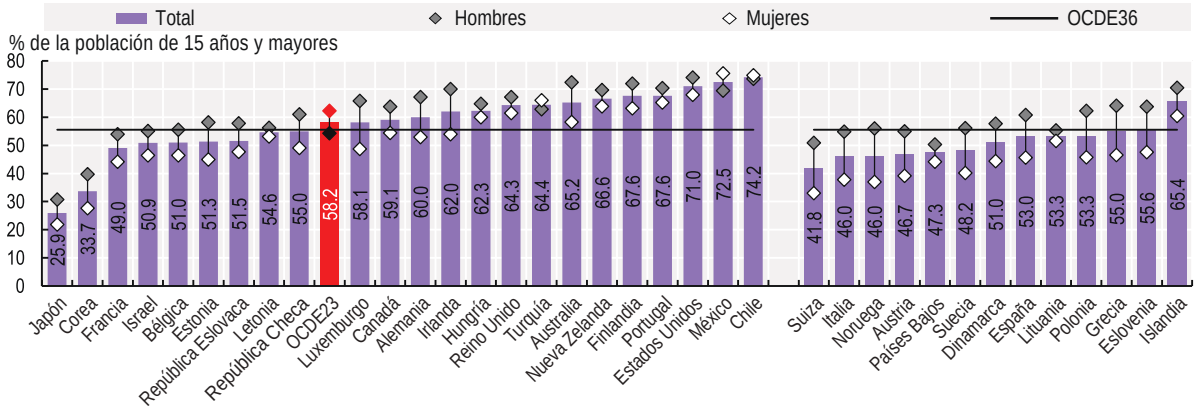
Referencias

[1] Afshin, A. et al. (2017), "Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years.", *The New England Journal of Medicine*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1614362.*

[2] Global Burden of Disease Collaborative Network (2018), *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results*, Seattle, Estados Unidos: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

[3] OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/67450d67-en.*

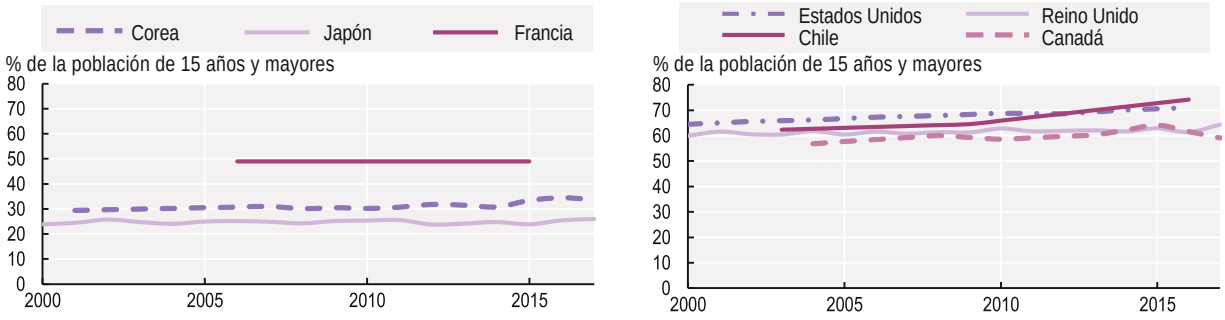
Figura 4.11. **Sobrepeso, incluyendo obesidad, entre adultos por género, medido y auto reportado, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los estimados a la izquierda y a la derecha utilizan datos medidos y auto reportados respectivamente. El promedio OCDE 36 incluye ambos tipos de datos.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015467

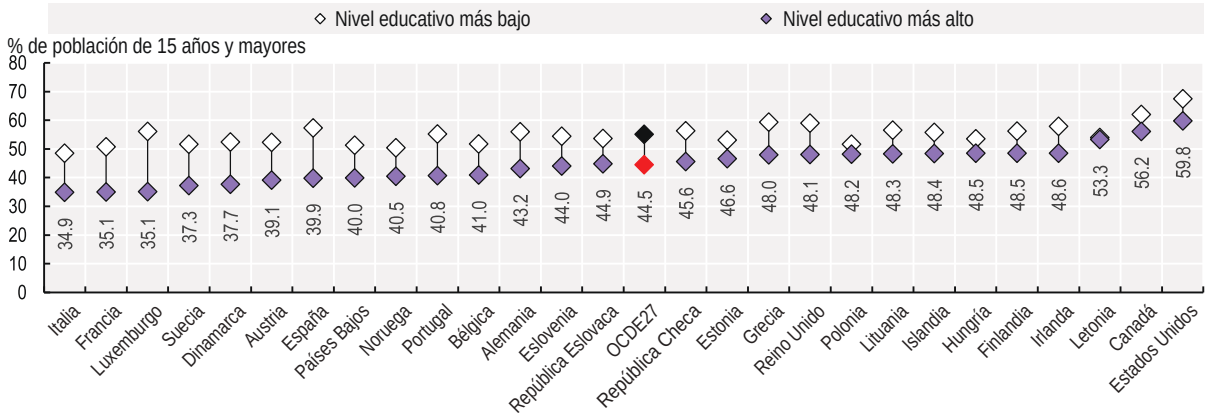
Figura 4.12. **Evolución del sobrepeso, incluyendo obesidad, medido en una selección de países, 2000-17 (o año más cercano)**



Nota: Se usa interpolación lineal para imputar los valores faltantes cuando no hay información disponible.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015486

Figura 4.13. **Diferencia en sobrepeso, incluyendo obesidad, por nivel educativo, auto reportado, 2014**



Fuente: Estimados de EHIS2 y la OCDE con base en datos de encuestas de salud nacionales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015505

Sobrepeso y obesidad en la infancia

Los índices de sobrepeso en la infancia, incluyendo preobesidad y obesidad, se han incrementado en todo el mundo. Los factores ambientales, las preferencias de estilo de vida, la composición genética y la cultura, pueden causar sobrepeso en los niños. Los menores obesos tienen un riesgo más alto de desarrollar hipertensión y desórdenes metabólicos. Psicológicamente, la obesidad puede provocar autoestima baja, desórdenes alimenticios y depresión. Además, puede actuar como un obstáculo para la participación de los niños en actividades educativas y recreativas. La obesidad en la infancia es particularmente preocupante, pues es un pronóstico importante de obesidad en la adultez, que está vinculada con diabetes, enfermedades cardiacas y ciertos tipos de cáncer (Bösch et al., 2018[1]; OECD, 2019[2]).

Casi una tercera parte (31%) de los niños entre 5 y 9 años de edad en los países de la OCDE tienen sobrepeso (Figura 4.14). En Estados Unidos, Italia, Nueva Zelanda y Grecia, esta cifra excede 40%. En contraste, en Japón, Estonia, Lituania, Suiza y Letonia, los índices están por debajo de 25%. La proporción de niños con sobrepeso es mayor que la de niñas en 38 de 43 países de la OCDE y países socios. Los países con la mayor disparidad de género son China, Corea, Polonia, República Checa y República Eslovaca (superior a 10 puntos porcentuales de diferencia). La brecha entre niños y niñas es pequeña en Portugal y Reino Unido (menos de 1 punto porcentual).

El índice de niños con sobrepeso se incrementó de 20.5% a 31.4% en 35 países de la OCDE entre 1990 y 2016 (Figura 4.15). Se redujo solamente en Bélgica, aunque de manera marginal. El mayor incremento se presentó en Hungría, Polonia, Turquía, Eslovenia y República Eslovaca, con índices que aumentaron más de 100%. En el otro extremo, Suecia, Israel, Islandia, Japón y Dinamarca registraron índices de incremento de 25% o menores. Se observaron tendencias similares en países que no son de la OCDE, en los que el incremento fue normalmente más pronunciado, lo que refleja un punto de partida relativamente bajo. Por ejemplo, la proporción de niños con sobrepeso y obesidad en Indonesia, Sudáfrica e India creció más de 600%, pero los puntos de partida fueron solamente 2.4%, 2.3% y 1% respectivamente.

La obesidad en la niñez es un problema complejo, y sus causas son múltiples. En consecuencia, la respuesta ha sido implantar un conjunto de políticas complementarias que involucran a los gobiernos, líderes comunitarios, escuelas, profesionales de la salud e industria. Las más comúnmente usadas para alterar los comportamientos individuales o los ambientes obesogénicos incluyen regulación más estricta de la publicidad de alimentos y bebidas poco saludables dirigida a niños, mejora del acceso a parques y áreas de juego, reformulación de políticas de alimentación, e intervenciones en los precios para promover estilos de vida saludables (OECD, 2019[2]).

Definición y comparabilidad

Los índices de sobrepeso y obesidad en la infancia se calcularon utilizando el índice de masa corporal (IMC; BMI, por sus siglas en inglés). El IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros.

Se considera que un niño tiene sobrepeso si su IMC está una desviación estándar por encima de la mediana, según los estándares de crecimiento infantil de la OMS. Un niño con IMC de dos desviaciones estándar por encima de la mediana, se clasifica como obeso.

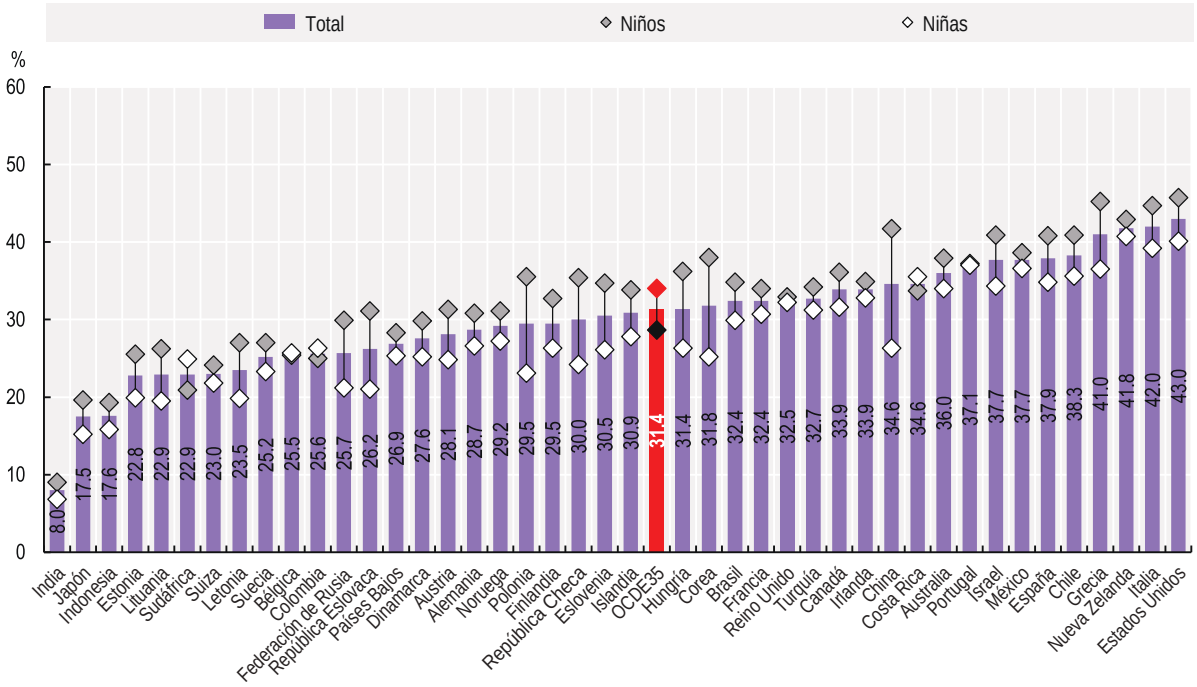
Referencias

[1] Bösch, S. et al. (2018), *Taking Action on Childhood Obesity*, World Health Organization & World Obesity Federation, Ginebra, disponible en *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1*

[2] OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/67450d67-en*.

[3] OECD (2017), *Obesity Update*, OECD, Paris, disponible en *https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf*

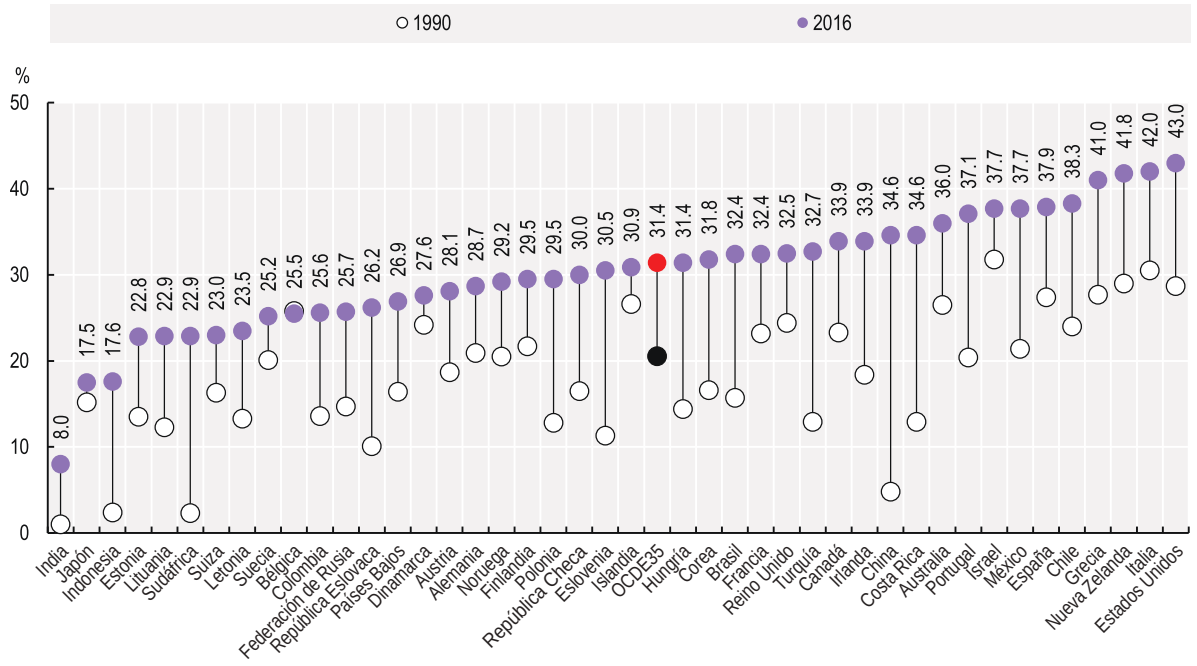
Figura 4.14. **Sobrepeso, incluyendo obesidad, entre niños de 5 a 9 años por género, 2016**



Fuente: WHO Global Health Observatory.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015524

Figura 4.15. **Cambios en sobrepeso, incluyendo obesidad, entre niños de 5 a 9 años, 1990-2016**



Fuente: WHO Global Health Observatory.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015543

Contaminación del aire y temperaturas extremas

El cambio climático es uno de los retos más importantes para las generaciones actuales y futuras. Está relacionado con diferentes tipos de afectaciones ambientales que incluyen la contaminación del aire y las temperaturas extremas. La contaminación del aire es hoy día una importante causa de muerte y discapacidad, y su impacto en el futuro puede ser mucho mayor sin acciones políticas adecuadas. Se calcula en proyecciones que la contaminación del aire en el exterior pueda causar 6 a 9 millones de muertes prematuras al año en todo el mundo hacia 2060, y costar 1% del PIB global como resultado de permisos por enfermedad, gastos médicos y rendimiento agrícola reducido (OECD, 2015[1]).

En los países de la OCDE, la contaminación del aire en el ambiente (exterior) y en los hogares (interior) causó alrededor de 40 muertes por cada 100 000 habitantes en 2016 (Figura 4.16). Las tasas de mortalidad variaron de 80 muertes por cada 100 000 habitantes en Letonia, Hungría y Lituania, a 15 muertes o menos en Nueva Zelanda y Canadá. En países socios, las tasas de mortalidad fueron especialmente altas en India y China (alrededor de 140 muertes por cada 100 000 habitantes), y también en la Federación de Rusia e Indonesia fueron más altas que en la mayoría de los países de la OCDE.

Las temperaturas extremas son también una consecuencia del cambio climático. Tanto el calor como el frío extremos pueden causar problemas de salud y la muerte, como ha ocurrido en algunos países de la OCDE en décadas recientes. El frío extremo ha tenido en general un mayor impacto en la mortalidad que las olas de calor, particularmente en Europa del este y los países nórdicos. Aún así, las olas de calor han causado números significativos de muertes en algunos años. Por ejemplo, el verano récord de alta temperatura de 2003, causó alrededor de 80 000 muertes en Europa, y las olas de calor del verano de 2015 causaron más de 3 000 muertes sólo en Francia.

Las tasas de mortalidad por temperaturas extremadamente frías son mucho más altas en Lituania, Letonia y Estonia que en otros países de la OCDE, con más de 1 400 muertes por millón de habitantes desde 2000 (Figura 4.17). Aunque estas altas tasas de mortalidad están claramente relacionadas con los climas naturalmente fríos de estos países, no deben ser consideradas inevitables -por ejemplo, Canadá, Islandia y Noruega tuvieron menos de 80 muertes por millón de habitantes en el mismo periodo. La evidencia sugiere que estas muertes también pueden estar relacionadas con el consumo excesivo de alcohol. Por ejemplo, en Finlandia, entre los fallecidos por frío extremo en 2015-2017, 46% de los hombres y 24% de las mujeres estaban intoxicados con alcohol.

Desde 2000, el calor extremo causó 82 muertes por millón de habitantes en Japón, seguido de tasas de 39 en Francia, 28 en Bélgica y 21 en Estados Unidos. Aunque el número total de muertes por temperaturas bajas ha permanecido relativamente estable desde 2000, hay una tendencia creciente en las muertes causadas por calor extremo, con dos puntos máximos en 2003 y 2010 (Figura 4.18).

Se requieren políticas intersectoriales para abordar el impacto del cambio climático. Los países pueden comenzar la planeación para acometer la contaminación y sus impactos en la salud, por ejemplo, creando asociaciones con diferentes actores internacionales, nacionales y locales, incluyendo las autoridades locales en las ciudades y los ministerios de industria, ambiente, transporte y agricultura. Por ejemplo, para abordar las muertes por contaminación interior, se pueden reemplazar los combustibles sólidos para cocinar con gas envasado. La reducción de la quema de rastrojos y de emisiones de vehículos de motor e industrias podría disminuir la contaminación del aire en el ambiente. Los sistemas de salud también pueden contribuir, preparándose para las enfermedades nuevas que pueden desarrollarse con condiciones climáticas diferentes; promoviendo el consumo de alimentos cultivados y obtenidos de manera sustentable; y disminuyendo la huella de carbón de las instalaciones sanitarias. Adicionalmente, los proveedores de servicios de salud pueden reducir la huella ambiental en hospitales y casas de reposo, fomentando el consumo de comida más saludable, la reducción de residuos y el uso eficiente de energía (Landrigan et al., 2018[2]; OECD, 2017[3]).

Definición y comparabilidad

La contaminación del aire en los hogares (interior) resulta de los combustibles contaminantes utilizados principalmente para cocinar. La contaminación del aire en el ambiente resulta de las emisiones de la actividad industrial, los hogares, autos y camiones, que son una mezcla compleja de contaminantes, muchos de los cuales son dañinos para la salud. De todos estos contaminantes, las partículas finas tienen el efecto más serio en la salud humana. Los combustibles contaminantes incluyen sólidos como madera, carbón mineral, estiércol animal, carbón de leña, rastrojos y queroseno. La mortalidad atribuible se calcula combinando primero la información sobre el riesgo aumentado (o relativo) de una enfermedad como consecuencia de la exposición, con información de qué tan generalizada es la exposición de la población (p. ej. la concentración media anual de partículas finas a la que está expuesta la población). Aplicando esta fracción al total de la carga por enfermedad (p. ej. enfermedad cardiopulmonar expresada como muertes o años de vida ajustados por discapacidad, (AVAD; DALYs, por sus siglas en inglés), se obtiene el número total de muertes que resultan de la exposición a contaminación del aire en el hogar o en el ambiente.

Los datos de fallecimientos debidos a temperaturas extremas provienen de registros nacionales de muertes por causa, recopilados en WHO Mortality Database. Se seleccionaron las muertes causadas por la exposición a calor natural excesivo (ICD código X30) y por exposición a frío natural excesivo (X31).

Debe notarse que tanto para contaminación del aire, como para muertes por temperaturas extremas, los datos se basan en cálculos de la OMS, que pueden diferir de datos nacionales.

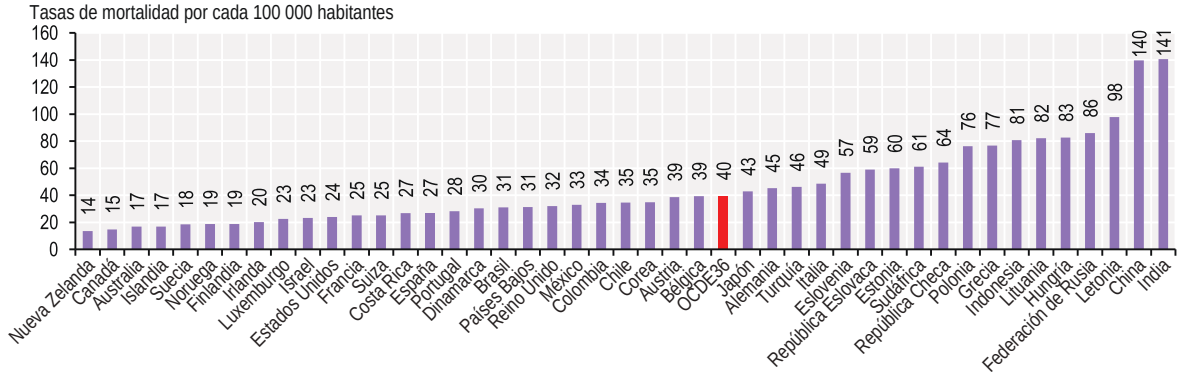
Referencias

[2] Landrigan, P. et al. (2018), "The Lancet Commission on pollution and health", *The Lancet*, vol. 391/10119, pp. 462-512, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32345-0*.

[3] OECD (2017), *Healthy people, healthy planet - The role of health systems in promoting healthier lifestyles and a greener future*, Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD, Paris, disponible en *http://www.oecd.org/health/healthy-people-healthy-planet.htm*.

[1] OECD (2015), *The Economic Consequences of Climate Change*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264235410-en*.

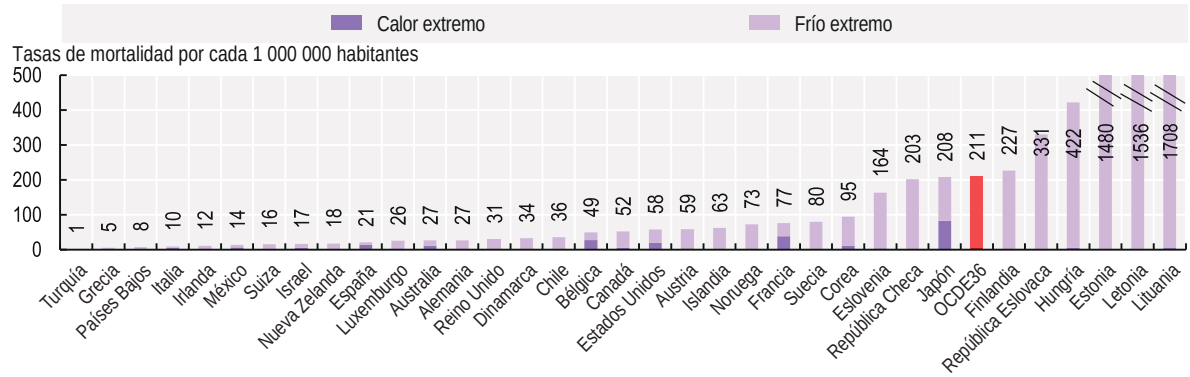
Figura 4.16. **Mortalidad atribuible a la contaminación del aire en el ambiente y en los hogares, 2016**



Fuente: Repositorio de datos Global Health Observatory, OMS.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015562

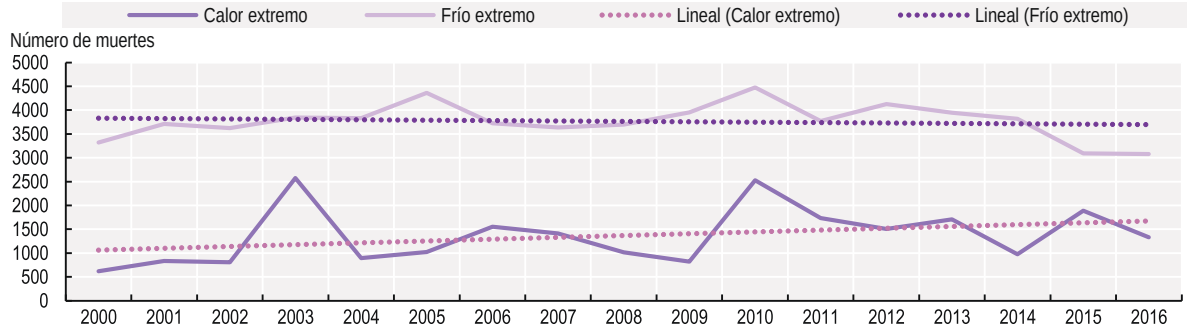
Figura 4.17. **Mortalidad acumulativa debida a temperaturas extremadamente altas y bajas, 2000-17**



Nota: Se muestran tasas acumulativas de mortalidad superiores a 500 por cada 1 000 000 para Lituania, Letonia y Estonia. La gráfica se trunca en este nivel para permitir mejor comparabilidad.
Fuente: WHOMortality Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015581

Figura 4.18. **Número de muertes causadas por temperaturas extremadamente altas y bajas en OCDE36, 2000-16**



Fuente: WHO Mortality Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015600





5. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Cobertura de población en servicios de salud

Extensión de la cobertura de servicios de salud

Uso de servicios básicos de salud

Necesidades de servicios de salud no atendidas

Dificultades financieras y gasto de bolsillo

Distribución geográfica de médicos

Tiempos de espera para cirugía electiva

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

Cobertura de población en servicios de salud

La proporción de una población cubierta por un conjunto básico de servicios de salud, ofrece una evaluación inicial de acceso a los servicios y protección financiera. Sin embargo, es solamente una medida parcial de cobertura y acceso enfocada en el número de personas cubiertas. La cobertura universal de salud también depende de la variedad de servicios incluidos y el grado en que los costos para estos servicios se comparten. Estos servicios también deben ser de calidad. Los indicadores en este capítulo se centran en el acceso y las diferentes dimensiones de cobertura, mientras que el Capítulo 6 proporciona indicadores de calidad y resultados del servicio.

La mayoría de los países de la OCDE han alcanzado cobertura universal (o casi universal) para un conjunto de servicios básicos, que normalmente incluye consultas médicas, análisis y exámenes, y hospitalización (Figura 5.1). Los sistemas nacionales de salud o la seguridad social han sido normalmente los esquemas de financiamiento para alcanzar la cobertura universal de salud. Algunos países (Países Bajos, Suiza) han alcanzado universalidad a través de seguros médicos privados obligatorios -con respaldo de subsidios públicos y leyes sobre el ámbito y alcance de la cobertura. En Grecia, una nueva ley promulgada en 2016 cerró la brecha de cobertura en salud para 10% de la población que anteriormente no contaba con seguro.

La cobertura de población para servicios básicos sigue siendo menor a 95% en siete países de la OCDE, siendo las más bajas las de México, Estados Unidos y Polonia. México ha extendido la cobertura desde 2004, pero siguen habiendo brechas. En Estados Unidos, la población sin seguro tiende a estar formada por adultos en edad laboral con niveles educativos y de ingresos más bajos -la proporción de personas sin asegurar decreció marcadamente de aproximadamente 13% en 2013, a 9% en 2015 (United States Census Bureau, 2018[1]), pero ha permanecido relativamente igual desde entonces. En Polonia, la mayor parte de la población sin seguro son ciudadanos viviendo fuera del país. En Irlanda, aunque la cobertura es universal, menos de la mitad de la población tienen cobertura del costo de visitas de un médico general

En algunos países, se puede adquirir voluntariamente cobertura adicional a través de seguros privados, con lo que se cubren los costos compartidos remanentes después de la cobertura básica (seguro complementario), agregar servicios adicionales (seguro suplementario) o tener acceso más rápido o más opciones de proveedores de servicio (seguro duplicado). Ocho países de la OCDE cuentan con cobertura adicional de seguros privados para más de la mitad de la población (Figura 5.2). En Francia, casi el total de la población (96%) tiene un seguro complementario para cubrir los costos compartidos con el sistema de seguridad social -con subsidios públicos para tarifas reducidas o sin costo para hogares de escasos recursos. El seguro complementario también es ampliamente utilizado en Bélgica, Eslovenia y Corea. Israel y Países Bajos tienen el mercado suplementario más grande (más de 80% de la población), donde los seguros privados pagan servicio dental, fisioterapia, algunos medicamentos de prescripción y otros servicios que no tienen reembolso público. Irlanda y Australia tienen el mayor número de seguros duplicados privados, proporcionando acceso más rápido a servicios médicos en el sector privado cuando hay tiempos de espera en los sistemas públicos. En Estados Unidos, 8% de la población cuenta con seguro complementario privado, adicionalmente a 55% de la población que cuenta con seguro privado para servicios básicos.

En la última década, la población cubierta por seguros médicos privados adicionales se ha incrementado en 18 de 27 países de la OCDE con datos comparables, aunque los incrementos son frecuentemente pequeños. Los cambios más marcados se han dado en Corea, Dinamarca, Eslovenia y Finlandia (Figura 5.3). Debe notarse que en Eslovenia los incrementos se debieron principalmente a que una compañía de seguros agregó gastos médicos suplementarios sin costo a su portafolio. Existen diferentes factores que determinan la evolución de los seguros adicionales de gastos médicos privados, principalmente las disparidades en el acceso a servicios con financiamiento público e intervenciones gubernamentales en los mercados de seguros de gastos médicos privados.

Definición y comparabilidad

La cobertura de servicios de salud se define aquí como la proporción de la población elegible para recibir un conjunto básico servicios para el cuidado de la salud -ya sea bajo esquemas públicos o seguro básico de gastos médicos privado. El conjunto de servicios es específico para cada país, pero normalmente incluye consultas médicas, análisis y exámenes, y hospitalización. La cobertura pública incluye a los sistemas nacionales de salud y a la seguridad social. La mayor parte del financiamiento de los sistemas nacionales de salud proviene de recursos fiscales, mientras que en los sistemas de seguridad social, el financiamiento es normalmente una combinación de deducciones salariales e impuestos. El financiamiento está vinculado con la posibilidad de pago. El seguro básico de gastos médicos privado se refiere a la cobertura de seguro para un conjunto de servicios básicos, y puede ser voluntario u obligatorio por ley (para algunos o toda la población). El seguro privado adicional es siempre voluntario. Las primas en general no están relacionadas con el ingreso, aunque la adquisición de cobertura privada puede estar subsidiada por el gobierno.

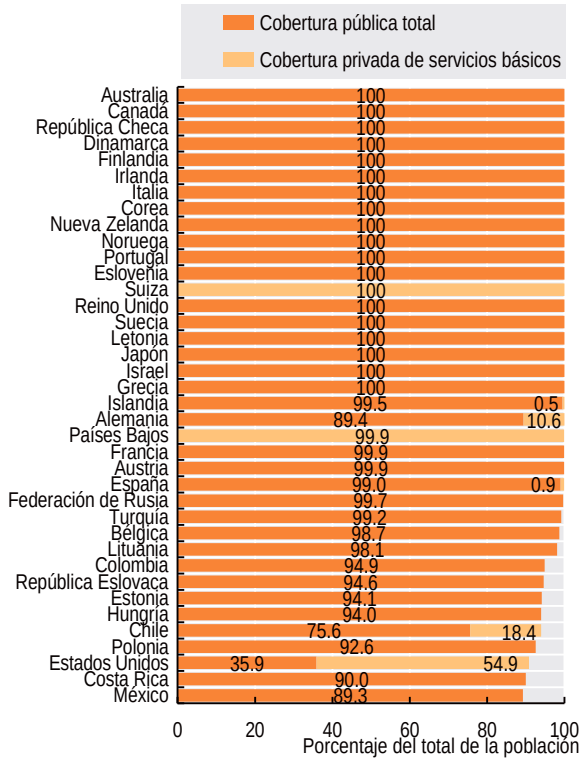
Referencias

[3] OECD (2016), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264230491-en*.

[2] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (próxima publicación), *Greece, Ireland, Poland, Country Health Profiles 2019, State of Health in the EU*.

[1] United States Census Bureau (2018), *Health Insurance Coverage in the United States*.

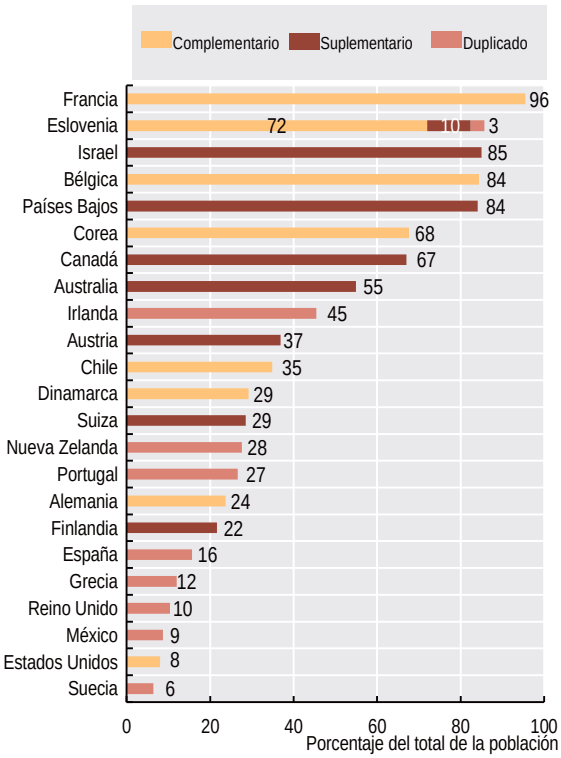
Figura 5.1. **Cobertura de población para un conjunto básico de servicios, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015619

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

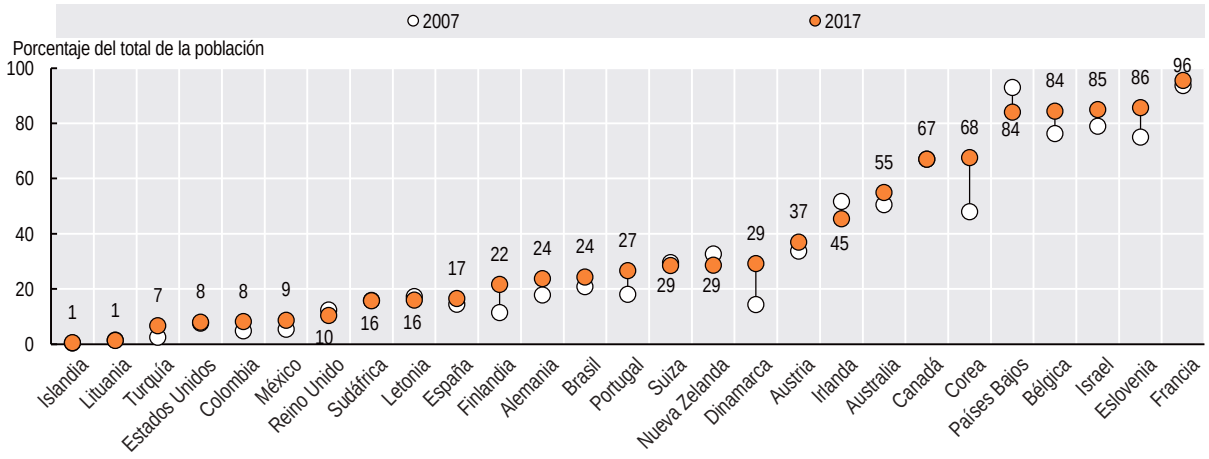


Nota: El seguro médico privado puede ser tanto duplicado como complementario en Australia; complementario y suplementario en Dinamarca y Corea; y duplicado, complementario y suplementario en Israel y Eslovenia. En Estados Unidos, 55% de la población también tiene un seguro médico privado primario.

Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015638

Figura 5.3. **Tendencias en cobertura de seguro médico privado, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015657

Alcance de la cobertura de servicios de salud

Además del porcentaje de la población con derecho a recibir servicios básicos, el alcance de la cobertura de servicios de salud se define según la gama de servicios incluidos en un paquete público de beneficios y la proporción de los costos cubiertos. En la Figura 5.4 se revisa el alcance de la cobertura en general, así como la de una selección de servicios de salud, calculando la proporción de gasto cubierto por esquemas gubernamentales o seguro médico obligatorio. Las diferencias entre países en la proporción de cobertura pueden deberse a los bienes y servicios específicos incluidos o excluidos del paquete público de beneficios (p. ej. un medicamento o tratamiento en particular); diferentes condiciones de costo compartido; o algunos servicios con cobertura para grupos específicos de población en un país (p. ej. tratamiento dental).

En promedio en los países de la OCDE, casi tres cuartas partes de los costos del total de servicios de salud fueron cubiertos por esquemas gubernamentales o de seguro médico obligatorio. Esta proporción es de más de 80% en diez países (Noruega, Alemania, Japón, Dinamarca, Luxemburgo, Suecia, Francia, República Checa, Islandia, Países Bajos). Sin embargo, en México, Letonia y Corea, menos de 60% de los costos totales son cubiertos por esquemas públicos. La cobertura también es comparativamente baja en la Federación de Rusia.

Los servicios hospitalarios tienen una cobertura más amplia que ningún otro tipo de servicio. En todos los países de la OCDE, 88% de todos los costos hospitalarios son sufragados por esquemas gubernamentales o de seguro médico obligatorio. En muchos países, los pacientes tienen acceso a hospitalización con cuidados intensivos en forma gratuita, o con un copago reducido. Como resultado, los índices de cobertura son cercanos a 100% en Suecia, Noruega, Islandia y Estonia. Solamente en Corea, México, Grecia, Australia e Irlanda, la cobertura financiera del costo de atención hospitalaria es de 70% o menor. En algunos de esos países, los pacientes con frecuencia eligen tratarse en hospitales privados donde la cobertura no está (totalmente) incluida en el paquete público de beneficios.

Más de tres cuartas partes del gasto en atención médica ambulatoria en los países de la OCDE son también cubiertas por esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio (77%). La cobertura varía de menos de 60% en Corea e Italia, a más de 90% en República Eslovaca, Dinamarca y República Checa. La atención ambulatoria básica y de especialista son en general gratuitas en el punto de servicio, pero se pueden aplicar algunos cargos por servicios específicos si se consulta a proveedores privados sin contrato. Este es el caso, por ejemplo, de Dinamarca, donde 92% del total de los costos es cubierto, pero existen cargos por visitas a psicólogos y fisioterapeutas, y Reino Unido (85%), donde la atención fuera de aquellos servicios comisionados por el Sistema Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés), no está cubierta.

La cobertura pública para costos de atención dental es mucho más limitada en todos los países de la OCDE debido a las restricciones en los paquetes de servicio (frecuentemente limitados a niños) y niveles más altos de copago. En promedio, solo alrededor de 30% de los costos de tratamiento dental son subvencionados por esquemas gubernamentales o de seguro obligatorio. Solo en tres países de la OCDE (Japón, Alemania y República Eslovaca) se cubre más de la mitad del gasto en atención dental. En Grecia y España, el costo de tratamiento dental para adultos sin cualquier derecho específico no está cubierto. El seguro médico voluntario puede jugar un papel importante en proporcionar protección financiera cuando los servicios dentales no están incluidos en el paquete de beneficios (p.ej. Países Bajos)

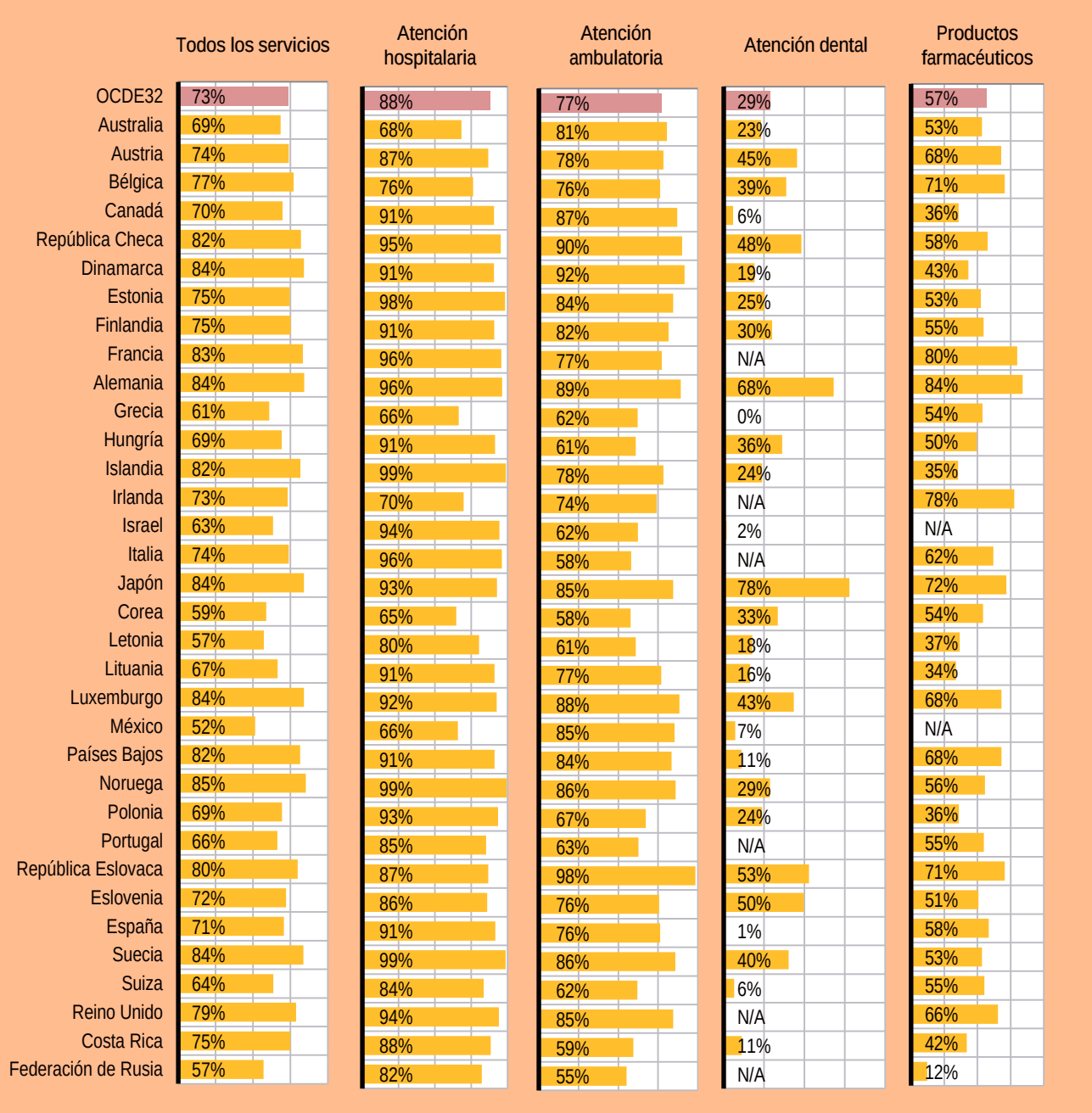
La cobertura de medicamentos también es normalmente menos completa que la atención hospitalaria y ambulatoria, ya que en los países de la OCDE, aproximadamente 57% de los costos de productos farmacéuticos son cubiertos por esquemas gubernamentales o de seguro médico obligatorios. Este porcentaje es menos de 40% en Lituania, Islandia, Polonia, Canadá y Letonia. Las coberturas más amplias se encuentran en Alemania (84%), seguido de Francia (80%) e Irlanda (78%). Los medicamentos de libre acceso (OTC, por sus siglas en inglés) -que por su naturaleza no son normalmente cubiertos por esquemas públicos- juegan un papel importante en algunos países (ver el indicador "Gasto en medicamentos" en el Capítulo 10).

Definición y comparabilidad

La cobertura de servicios de salud se define como el porcentaje de la población con derecho a recibir servicios sanitarios, la gama de servicios incluidos en un paquete público de beneficios y la proporción de los costos cubiertos por esquemas gubernamentales y de seguro médico obligatorio. La cobertura de seguros médicos voluntarios y otros esquemas voluntarios como la asistencia pública o de empleadores no se considera. Las funciones básicas analizadas aquí se explican con base en las definiciones de System of Health Accounts 2011. El concepto de atención hospitalaria se refiere a los servicios de curación y rehabilitación en hospitales; el de atención ambulatoria, a todos los servicios de curación y rehabilitación ambulatorios, excluyendo tratamiento dental; y productos farmacéuticos, se refiere a medicamentos de prescripción y de libre acceso, incluyendo consumibles médicos.

La comparación de la proporción de costos cubierta por diferentes tipos de servicio es una simplificación. Por ejemplo, un país con una cobertura de población restringida pero un paquete de beneficios generoso puede presentar una proporción menor de cobertura que un país donde toda la población tiene derecho a servicios de salud con un paquete de beneficios más limitado.

Figura 5.4. **Alcance de la cobertura en países de la OCDE, 2017 (o año más cercano)**
Gasto gubernamental y de seguro médico obligatorio como proporción del gasto total en salud por tipo de atención



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015676

Uso de servicios básicos de salud

Los servicios básicos de salud son el principal punto de entrada a los sistemas de salud. Los indicadores sobre el uso de estos servicios proporcionan una medida crítica de accesibilidad, y los datos desglosados por nivel de ingreso muestran el nivel de desigualdad en el acceso.

En términos de acceso a un médico, menos de 80% de los individuos de 15 años o mayores en promedio, reportaron haber visitado a un médico durante el año anterior, ajustado por necesidad (Figura 5.5). Se debe notar que la necesidad es modelada, más que medida directamente (véase el recuadro Definición y Comparabilidad). Más aún, la probabilidad de consulta médica puede ser menor en algunos países porque la gente acude a otros profesionales sanitarios, como personal de enfermería. Este es el caso, por ejemplo de Suecia, donde otros profesionales sanitarios autorizados atienden pacientes que no tienen una necesidad clara de ver a un médico. A pesar de esto, las diferencias en utilización entre países son considerables, pues la probabilidad de consulta médica ajustada por necesidad varía de 65% a 89% entre países de la OCDE.

Las desigualdades socioeconómicas en acceso a servicios médicos son evidentes dentro de casi todos los países de la OCDE. Exceptuando Dinamarca y República Eslovaca, es más probable que los individuos con más capacidad económica vean a un médico, que aquellos en el quintil de menores ingresos por una necesidad comparable. Estas desigualdades son más evidentes en Finlandia y Estados Unidos (más de 15 puntos porcentuales de diferencia), y prácticamente inexistentes en Reino Unido, Irlanda y Países Bajos. Las desigualdades en posibilidad de una consulta médica por ingresos, son mucho más marcadas para especialistas que para médicos generales (OECD, 2019 [1]).

En cuanto a tratamientos dentales, en 27 países de la OCDE solo 63% de los individuos de 15 años y mayores en promedio, reportaron visitar al odontólogo en el año anterior (Figura 5.6). Esto se debe en parte al diseño del beneficio, pues la cobertura pública de servicios dentales es mucho menor que la de hospitalización o consultas médicas en muchos países de la OCDE (ver el indicador "Alcance de la cobertura de servicios de salud"). En general, el acceso a servicios dentales varió de 41% de individuos que visitaron al dentista en Estados Unidos, a 93% en Irlanda. Las desigualdades socioeconómicas también son considerables -en promedio hay casi 20 puntos porcentuales de diferencia en consultas entre los grupos de ingresos altos y bajos (72% de los individuos con ingresos más altos visitaron a un dentista, en comparación con 54% de quienes están en el quintil de ingresos más bajos). Las desigualdades más marcadas se presentan en Canadá, Portugal y Estados Unidos (más de 30 puntos porcentuales de diferencia); pero casi cero en Irlanda.

La adopción de pruebas de detección de cáncer es también más baja entre quienes tienen menores ingresos, a pesar de que en la mayoría de los países de la OCDE existen programas gratuitos para este fin. Por ejemplo, un promedio de 79% de las mujeres con ingresos más altos se hicieron un Papanicolau para detección de cáncer cervical, en comparación con 65% de las mujeres en el quintil de ingresos más bajos (Figura 5.7). La población con ingresos altos también tienen mejor acceso a pruebas de detección de cáncer de mama y colorrectal, aunque las desigualdades son menos marcadas que para cáncer cervical. Las pruebas de detección de cáncer cervical son desproporcionadamente bajas para el grupo de ingresos bajos en Suecia y Noruega (más de 30 puntos porcentuales de diferencia entre quintiles de ingreso), pero relativamente igual en Irlanda, Chile e Islandia. La adopción general de pruebas de detección de cáncer cervical varió de un poco menos de 50% en Países Bajos, a más de 85% en República Checa y Austria. Estas cifras incluyen mujeres entre 20 y 69 años de edad con un intervalo de pruebas de tres años. Se debe notar que en algunos países (p. ej. Países Bajos) se ofrecen pruebas de detección para un grupo más limitado y con menos frecuencia, lo que puede resultar en menores tasas de detección pero no necesariamente peor desempeño. Los países que ofrecen programas de detección nacionales tienen mayor igualdad en el acceso, en comparación con los países donde las pruebas de detección se llevan a cabo en una situación concreta (Palencia, 2010 [2]).

Estos problemas en el acceso a servicios de salud, particularmente para quienes tienen menos ingresos, ocurren a pesar de que la mayoría de los países de la OCDE tienen cobertura universal o casi universal para un conjunto de servicios básicos (ver el indicador "Cobertura de población en servicios de salud"), lo que se explica en parte por los altos costos compartidos, la exclusión de algunos servicios de los paquetes de beneficios, o el racionamiento implícito de los servicios. La falta de conocimiento sobre cuidados de la salud, estrategias erróneas de comunicación y mala calidad de la atención son factores que también contribuyen a los problemas de acceso.

Definición y comparabilidad

El módulo de atención a la salud de European Health Interview Survey (EHIS) y sondeos nacionales, permiten a los encuestados reportar su utilización de servicios sanitarios, ya sean consultas a un médico general, especialista o dentista en el año anterior, así como el uso de servicios de pruebas de detección.

La probabilidad de visitar a un médico se define como haber tenido una consulta con un médico general o especialista en el año anterior. Sin embargo, el volumen de atención que una persona recibe no mide con precisión el acceso a los servicios en sí, en virtud de que la gente tiene necesidades variables de atención. Estas necesidades no se miden directamente, sino que se elabora un modelo de predicción de necesidades, y entonces la probabilidad de consulta médica se ajusta por este valor (ver O'Donnell (2008 [3]) para detalles de metodología). En este documento se emplean cuatro categorías de variables para el modelo de predicción de necesidades: edad, género, autopercepción del estado de salud y limitaciones de actividad.

La detección de cáncer cervical se define como la proporción de mujeres entre 20 y 69 años de edad que se han practicado un Papanicolau en los últimos 3 años.

Referencias

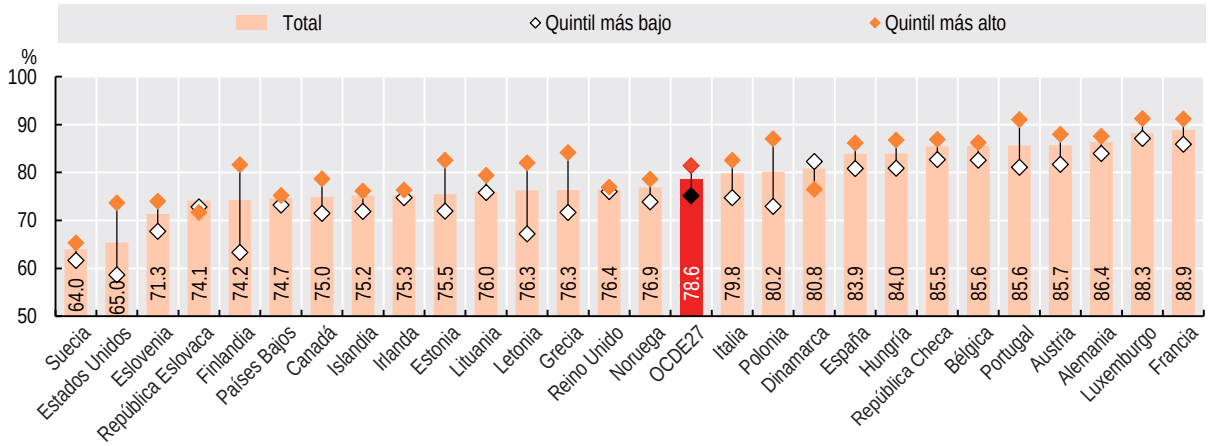
[4] Moreira, L. (2018), "Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?", *OECD Health Working Papers*, núm. 107, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en*.

[3] O'Donnell, O. (2008), *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*, World Bank Group, Washington D.C., disponible en *http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3*.

[1] OECD (2019), *Health for everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

[2] Palencia, L. (2010), "Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program", *International Journal of Epidemiology*, vol. 39/3, pp. 757-765.

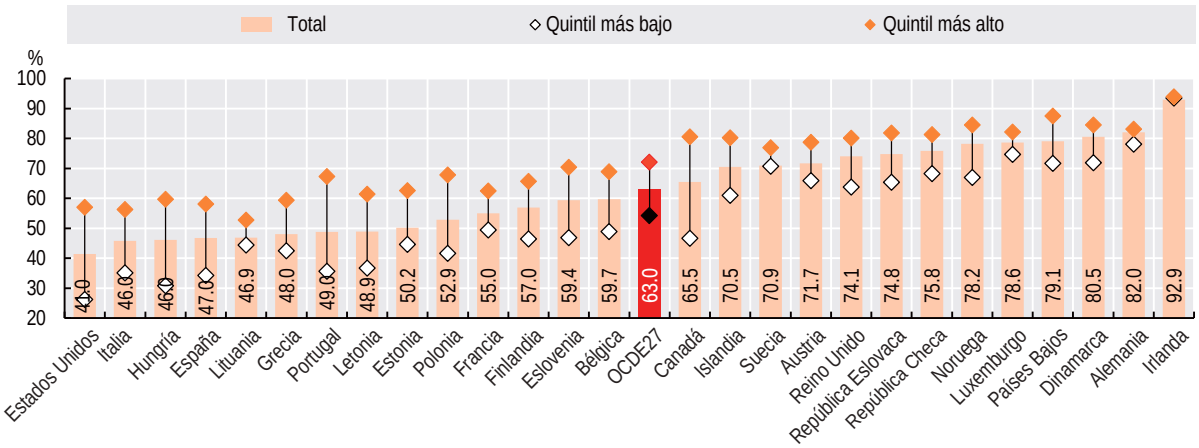
Figura 5.5. **Probabilidad de consulta médica ajustada por necesidad, por ingreso, 2014**



Fuente: Estimados de la OCDE con base en EHIS-2 y cifras de otras encuestas nacionales.
En Suecia,el número bajo se explica en parte porque los pacientes con frecuencia consultan a otros profesionales sanitarios y no al médico para cuidados básicos.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015695

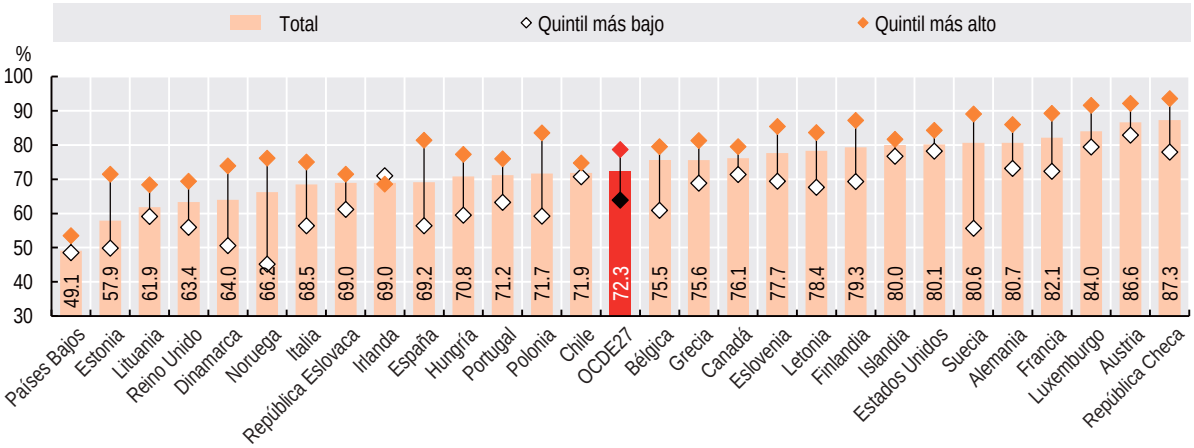
Figura 5.6. **Porcentaje de población que visitó al dentista, por ingreso, 2014**



Fuente: Estimados de la OCDE con base en EHIS-2 y cifras de otras encuestas nacionales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015714

Figura 5.7. **Porcentaje de mujeres entre 20 y 69 años que se practicaron pruebas de detección de cáncer cervical, por ingreso, 2014**



Fuente: Estimados de la OCDE con base en EHIS-2 y cifras de otras encuestas nacionales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015733

Necesidades de servicios de salud no atendidas

La población debería tener acceso a servicios de salud cuando es necesario, independientemente de sus circunstancias socioeconómicas. Este es un principio fundamental en el que se sustentan todos los sistemas de salud en la OCDE. Sin embargo, una cuarta parte de los individuos de 18 años y mayores en promedio, reportan una necesidad no atendida (que se define como retrasar o renunciar a la atención médica) debido a que la disponibilidad limitada o el costo de los servicios comprometen el acceso a servicios de salud en 23 países de la OCDE. Otra razón para renunciar a la atención es el temor o falta de confianza en los proveedores de servicios de salud. Las estrategias para reducir las necesidades no atendidas, en particular para los más desfavorecidos, deben enfrentar los obstáculos financieros y no financieros al acceso (OECD, 2019[1]).

En el análisis de la disponibilidad de los servicios específicamente, se observa que un poco más de 20% de los encuestados reportan necesidades no atendidas debido a tiempos de espera y/o dificultades de transporte (Figura 5.8). La proporción de población que retrasa o renuncia a los servicios de salud es comparativamente alta en Luxemburgo, Italia, Irlanda e Islandia (superior a 30%); y mucho más baja en Noruega (5%) y República Eslovaca (7%). En respuesta a esta restricción de acceso, las iniciativas telemedicina son cada vez más populares en muchos países de la OCDE (Hashiguchi Cravo Oliveira, próxima publicación[2]). Las disparidades socioeconómicas son significativas, pues en promedio 23% de la población en el quintil de ingresos más bajos reportan necesidades no atendidas relacionadas con la disponibilidad, en comparación con 18% de la población con ingresos más altos. Este gradiente de ingresos es más pronunciado en Finlandia, Italia y Portugal. En Eslovenia, Polonia y Estonia, los individuos con ingresos más altos reportan un poco más necesidades no atendidas que quienes tienen menos ingresos, pues tienden a mencionar los tiempos de espera como la causa de las necesidades no atendidas.

En términos de asequibilidad, 17% de los encuestados retrasaron o renunciaron a los servicios de salud porque el costo les resultaba demasiado alto (Figura 5.9). En todos los países, las necesidades no atendidas por este tipo de razones financieras variaron de menos de 7% de la población de Países Bajos, República Checa, Reino Unido y Noruega, a más de 30% en Estonia, Irlanda y Letonia. Las desigualdades relacionadas con el costo son más marcadas que aquellas relacionadas con la disponibilidad de los servicios. En promedio, 28% de la población en el quintil de ingresos más bajos renuncian a los servicios por razones financieras, en comparación con 9% de los individuos con ingresos más altos; es decir, es tres veces más probable que la población más pobre tenga necesidades de salud no atendidas por razones financieras, que quienes tienen mejores ingresos.

Las restricciones por el costo de los servicios son un poco menos marcadas entre la población de 65 años y mayores, que para la población en general. La proporción de necesidades no atendidas debido al costo que reportan las personas de más edad, es menor en promedio (14% en comparación con 17% en todos los países de la OCDE), y en la mayoría de los países (17 de 23). Las desigualdades de ingresos también son menos marcadas entre los individuos de mayor edad. Aunque los adultos mayores del quintil de ingresos más altos reportan niveles equivalentes de renuncia a los servicios de salud que la población de ese quintil en general (8% y 9% respectivamente), los adultos mayores del quintil de ingresos más bajos reportan niveles significativamente inferiores en promedio (20% en comparación con 27%).

Definición y comparabilidad

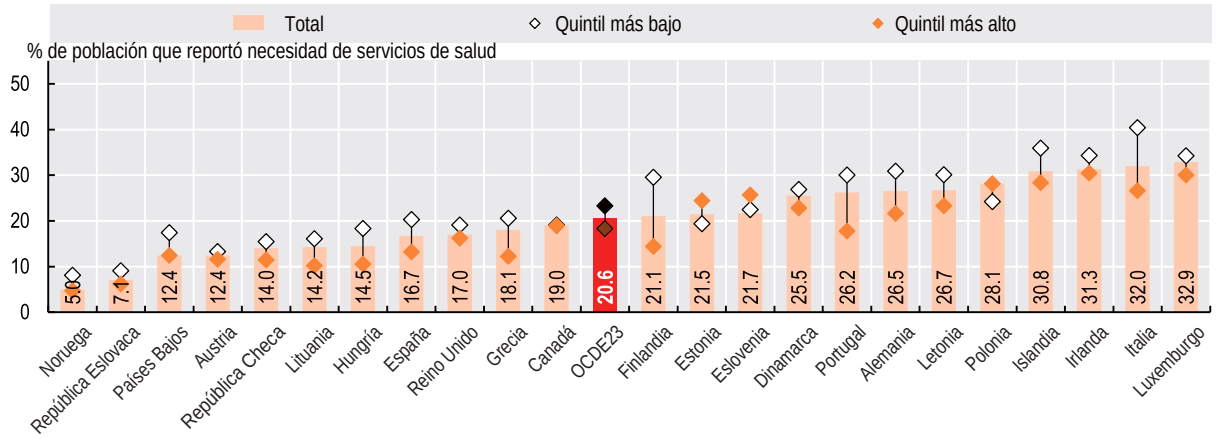
El módulo de servicios de salud de European Health Interview Survey (EHIS) y de encuestas nacionales, permite a los encuestados reportar su uso de servicios de salud, así como las barreras potenciales a las que se enfrentan cuando tratan de acceder a ellos. La probabilidad de reportar una necesidad no atendida debido a cuestiones de disponibilidad, se basa en dos de las variables disponibles: necesidad no atendida debido al tamaño de las listas de espera o debido a accesibilidad física (distancia o transporte). La probabilidad de reportar renuncia a los servicios de salud debido a razones financieras, combina cuatro tipos de servicio (médico, dental, salud mental y medicamentos de prescripción). Los encuestados que reportaron no haber tenido necesidad de servicios de salud en los últimos 12 meses fueron excluidos de la muestra. De esta forma, las probabilidades reflejan la proporción de gente que reporta una necesidad no atendida, entre los individuos que han reportado una necesidad, atendida o no (y no del total de la población encuestada). Esto resulta en cálculos más elevados que los de las encuestas en las que las necesidades no atendidas se calculan como una proporción de la población total –como ocurre, por ejemplo, con la encuesta EU-SILC.

Referencias

[2] Hashiguchi Cravo Oliveira, T. (próxima publicación), "Is telemedicine leading to more cost-effective, integrated and people-centred care in the OECD?", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris.

[1] OECD (2019), *Health for Everyone? Social inequalities in health and health systems*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

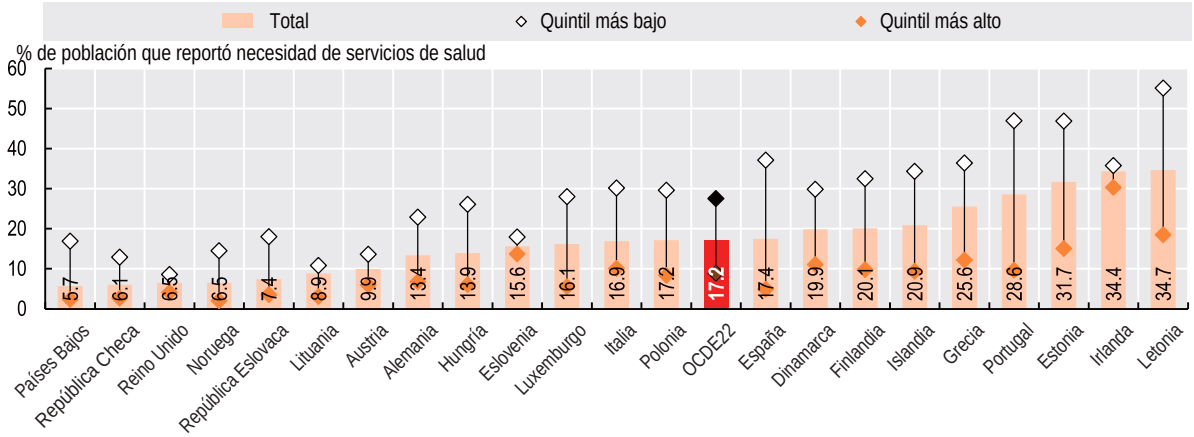
Figura 5.8. **Población que pospone o renuncia a servicios de salud debido a disponibilidad limitada, por ingreso, 2014**



Fuente: Estimados de la OCDE con base en EHIS-2 y otros datos de encuestas nacionales de salud.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015752

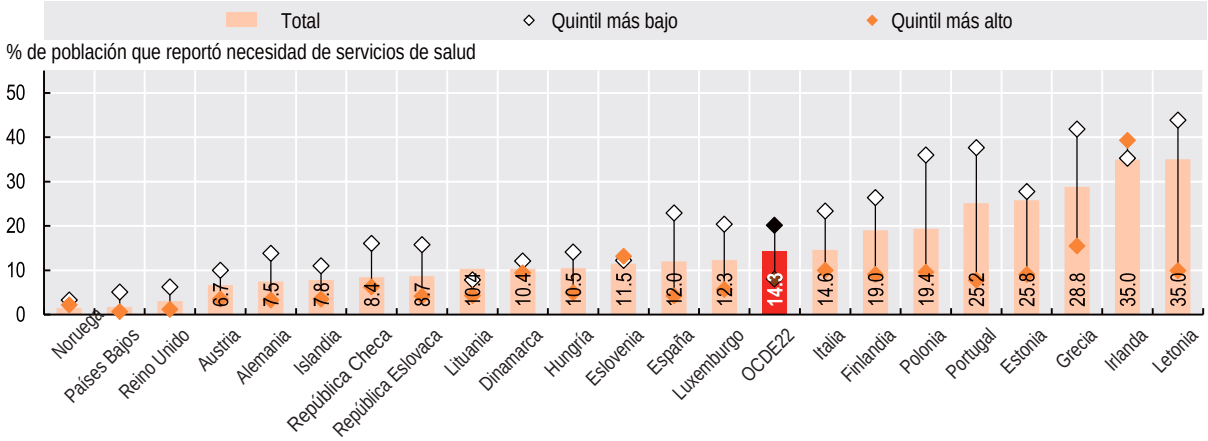
Figura 5.9. **Población que renuncia a servicios de salud debido al costo, por ingreso, 2014**



Fuente: Estimados de la OCDE con base en EHIS-2.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015771

Figura 5.10. **Adultos de más de 65 años que posponen o renuncian a servicios de salud debido al costo, por ingreso, 2014**



Fuente: Estimados de la OCDE con base en EHIS-2.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015790

Dificultades financieras y gasto de bolsillo

Cuando los sistemas de salud no proporcionan protección financiera adecuada, es posible que la población no tenga suficientes recursos para pagar servicios sanitarios u otras necesidades básicas. En consecuencia, la falta de protección financiera puede reducir el acceso a servicios de salud, perjudicar el estado de salud de la población, profundizar la pobreza y exacerbar las desigualdades socioeconómicas y de salud. En los países de la OCDE en promedio, un poco más de una quinta parte del gasto en servicios de salud proviene directamente del gasto de bolsillo de los pacientes (OOP, por sus siglas en inglés) (ver el indicador "Financiamiento de los servicios de salud"). La población experimenta dificultades financieras cuando la carga del gasto de bolsillo es elevada en relación con su capacidad de pago. Los hogares de ingresos bajos y los que tienen que pagar tratamientos de largo plazo, como medicamentos para enfermedades crónicas, son particularmente vulnerables.

La proporción del consumo de un hogar destinada a servicios de salud proporciona una evaluación agregada de la carga financiera del gasto de bolsillo. En todos los países de la OCDE, alrededor de 3% del gasto total por hogar se destinó a bienes y servicios de salud, variando de aproximadamente 2% en Francia, Luxemburgo y Eslovenia, a más de 5% en Corea y cerca de 7% en Suiza (Figura 5.11).

Los sistemas de salud en los países de la OCDE difieren en el grado de cobertura de diferentes bienes y servicios de salud (ver el indicador "Alcance de la cobertura de servicios de salud"). El gasto de los hogares en productos farmacéuticos y otros consumibles médicos fue el principal gasto en atención a la salud, seguido del gasto en atención ambulatoria (Figura 5.12). Estos dos componentes normalmente representan casi dos tercios del gasto de un hogar en servicios de salud. El gasto en atención dental y cuidados de largo plazo también puede ser alto, promediando 14% y 11% del gasto de bolsillo respectivamente. La atención hospitalaria juega un papel menos importante (9%) en la composición del gasto de bolsillo.

El indicador más ampliamente usado para medir las dificultades financieras asociadas con el gasto de bolsillo en los hogares es la incidencia de gastos catastróficos en salud (Cylus et al., 2018[1]). Existe una variación considerable en este sentido en los países de la OCDE, de menos de 2% de hogares que tienen gastos catastróficos en salud en Francia, Suecia, Reino Unido, Irlanda, República Checa y Eslovenia, a más de 8% en Portugal, Polonia, Grecia, Hungría, Letonia y Lituania (Figura 5.13). En todos los países, es más posible que los hogares de menores ingresos (aquellos en el quintil más bajo de consumo) tengan gastos catastróficos en salud, a pesar de que muchos países han implantado políticas para salvaguardar la protección financiera

Los países con niveles comparativamente altos de gasto público en salud y niveles bajos de gasto de bolsillo, normalmente tienen una incidencia más baja de gasto catastrófico. Sin embargo, las .opciones de políticas también son importantes, en particular las políticas de cobertura (WHO Regional Office for Europe, 2018[2]). El derecho de la población a servicios de salud con financiamiento público es un prerrequisito de protección financiera, pero no una garantía de la misma. Los países con una incidencia baja de gasto catastrófico en salud también suelen exentar de copago a la población de bajos ingresos y usuarios frecuentes de servicios; utilizar copagos fijos bajos en lugar de copagos porcentuales, especialmente para medicamentos de atención ambulatoria; y limitar los copagos que los hogares deben hacer a un periodo de tiempo determinado (p. ej. Austria, República Checa, Irlanda y Reino Unido).

Definición y comparabilidad

El gasto de bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés) se refiere a los pagos realizados directamente por un paciente cuando ni el sistema público, ni un seguro privado cubren el costo total de un bien o servicio de salud. Incluyen los costos compartidos y otros gastos pagados directamente por los hogares y deberían idealmente incluir estimados de pagos informales a prestadores de servicios de salud.

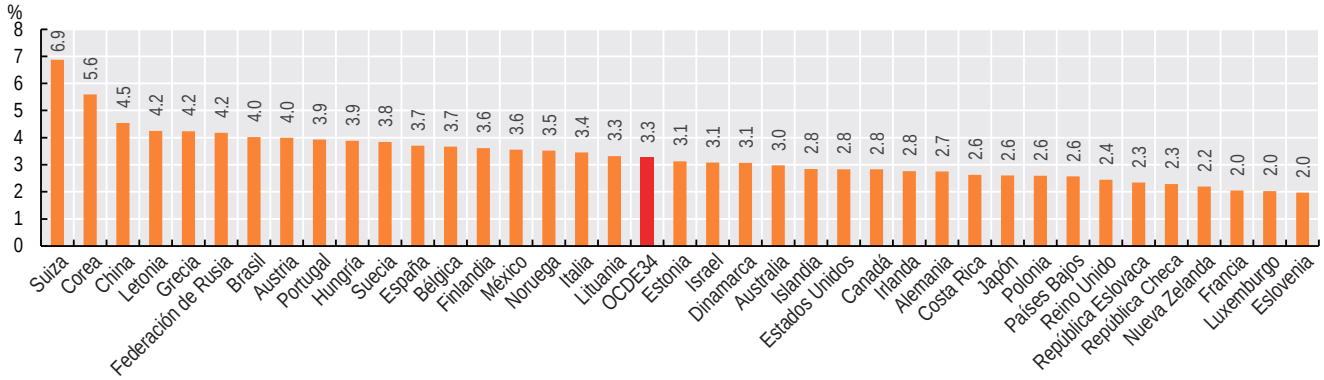
El gasto catastrófico en salud es un indicador de protección financiera utilizado para monitorear el avance hacia la cobertura universal de servicios de salud. Se define como el gasto de bolsillo (OOP) que sobrepasa un porcentaje predefinido de recursos disponibles en un hogar para servicios de salud. Los recursos disponibles en un hogar se pueden definir de diferentes formas, lo que genera variación en las medidas. En la información presentada en este documento, estos recursos se establecen como el consumo del hogar menos una cantidad estándar que representa gasto básico en alimentos, renta y servicios (agua, electricidad, gas y otros combustibles). El umbral utilizado para definir a los hogares con gastos catastróficos es 40%. Para calcular este indicador se utilizan microdatos de presupuestos familiares de encuestas nacionales.

Referencias

[1] Cylus, J., Thomson, S., Evetovits, T (2018), "Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 96, núm. 9, disponible en *http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031*.

[2] WHO Regional Office for Europe (2019). "Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe", WHO Regional Office for Europe, Copenhague.

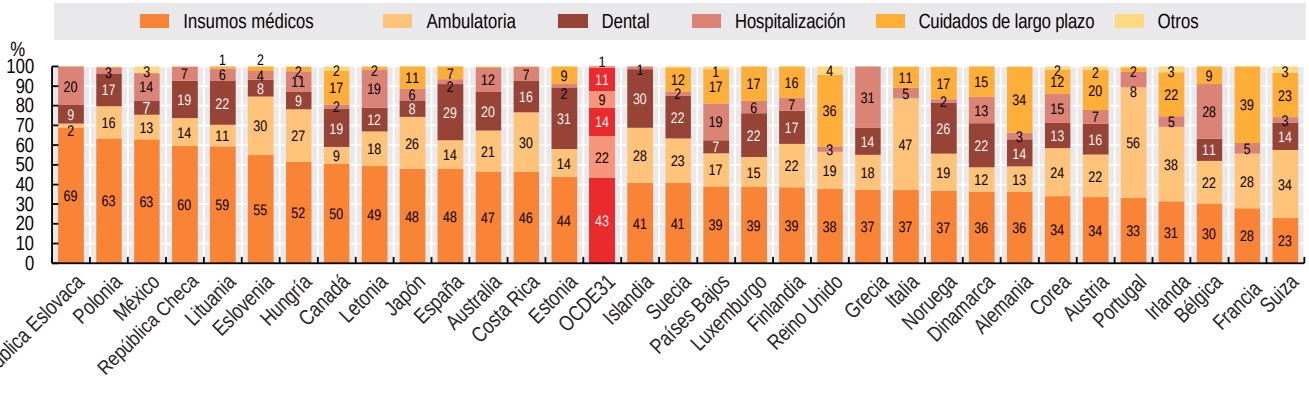
Figura 5.11. **Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total por hogar, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019, OECD National Accounts Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015809

Figura 5.12. **Gasto de bolsillo en servicios de salud, por tipo de servicio, 2017 (o año más cercano)**

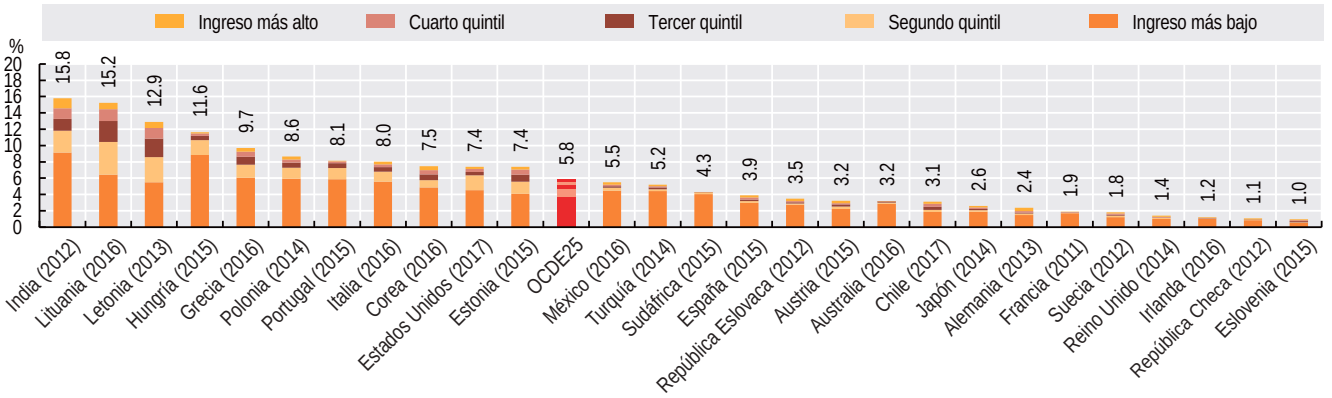


Nota: La categoría "Insumos médicos" incluye productos farmacéuticos y equipos terapéuticos. La categoría "Otros" incluye cuidado preventivo, servicios administrativos y otros servicios no clasificados.

Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015828

Figura 5.13. **Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud por quintil de consumo, último año disponible**



Fuente: WHO Regional Office for Europe, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015847

Distribución geográfica de médicos

El acceso a la atención médica requiere de un número adecuado y una distribución equitativa de médicos en todo un país. La concentración de médicos en una región y las carencias en otras, pueden resultar en desigualdades en el acceso como viajes más distantes o tiempos de espera más largos. La distribución desigual de médicos y las dificultades para reclutarlos y retenerlos en ciertas regiones es una cuestión importante de políticas en la mayoría de los países de la OCDE, especialmente aquellos con áreas remotas y poco pobladas, y aquellos con regiones urbanas y regiones rurales desfavorecidas.

El número total de médicos per cápita varía mucho en los países de la OCDE, de alrededor de dos por cada 1000 habitantes en Turquía, Corea y Polonia, a cinco o más en Portugal, Austria y Grecia (ver el indicador "Médicos" en el Capítulo 8). Más allá de estas diferencias entre países, el número de médicos per cápita también varía mucho entre regiones en un mismo país. La densidad de médicos es consistentemente mayor en regiones urbanas, refleja la concentración de servicios especializados como cirugía, y la preferencia de los médicos de establecer su práctica en entornos urbanos. Las diferencias más marcadas en la densidad de médicos entre regiones urbanas y rurales se encuentran en República Eslovaca, Hungría y Portugal, a pesar de las diferencias de definición de regiones urbanas y rurales entre estos países. La distribución de médicos entre áreas urbanas y rurales es más equitativa en Japón y Corea, pero en general hay menos médicos en estos dos países (Figura 5.14). La expansión de las áreas urbanas probablemente ampliará las desigualdades geográficas de acceso a servicios médicos.

Dentro de las áreas predominantemente urbanas, las capitales normalmente captan la mayor parte de la oferta de médicos (Figura 5.15), lo que es muy evidente en Austria, República Checa, Grecia, Portugal, República Eslovaca y Estados Unidos. Las diferencias entre las capitales y las regiones que les siguen en cuanto a densidad de población son más marcadas en Estados Unidos y República Eslovaca; las ciudades de Washington, D. C. y Bratislava tienen casi el doble de médicos per cápita que Massachusetts y Eslovaquia Oriental (la segunda más poblada), respectivamente. Normalmente esto ocasiona una mayor dispersión entre regiones más pequeñas para estos países, con una diferencia de casi cinco veces en densidad de médicos en Estados Unidos, y de casi tres veces en República Eslovaca y Grecia. En contraste, Australia, Bélgica y Corea muestran una diferencia de densidad de médicos entre regiones de alrededor de 20% solamente.

Los médicos pueden ser reacios a ejercer en regiones rurales al preocuparles su vida profesional (incluyendo ingreso, horas de trabajo, oportunidades de desarrollo, aislamiento de colegas), y servicios sociales (como opciones de educación para sus hijos y oportunidades profesionales para sus parejas). Se pueden implementar diferentes políticas para influir en la elección del lugar en que los médicos establecen su práctica profesional, incluyendo: 1) proporcionar incentivos financieros para médicos que trabajan en áreas desfavorecidas; 2) aumentar la matriculación de estudiantes de antecedentes sociales o geográficos específicos en programas de educación médica; 3) regular la elección de la ubicación de los médicos (para médicos recién egresados y aquellos capacitados en el extranjero); y 4) reorganizar la prestación de servicios para mejorar las ondiciones de trabajo de los médicos en las zonas desfavorecidas.

Muchos países de la OCDE ofrecen diferentes tipos de incentivos financieros para atraer y retener a los médicos en zonas desatendidas, entre otros, subsidios únicos para ayudarles a establecer su práctica, y pagos recurrentes como garantía de ingresos y bonificaciones. Varios países también han implantado medidas para alentar a estudiantes de regiones desfavorecidas a matricularse en las facultades de medicina. La eficacia y el costo de las diferentes políticas para promover una mejor distribución de los médicos pueden variar considerablemente, y sus repercusiones dependen de las características de cada sistema de salud, la geografía del país, el comportamiento de los médicos y el diseño de políticas y programas específicos. Las políticas deben diseñarse con una comprensión clara de los intereses del grupo objetivo con el fin de tener un impacto significativo y duradero (Ono, Schoenstein y Buchan, 2014[1]).

Definición y comparabilidad

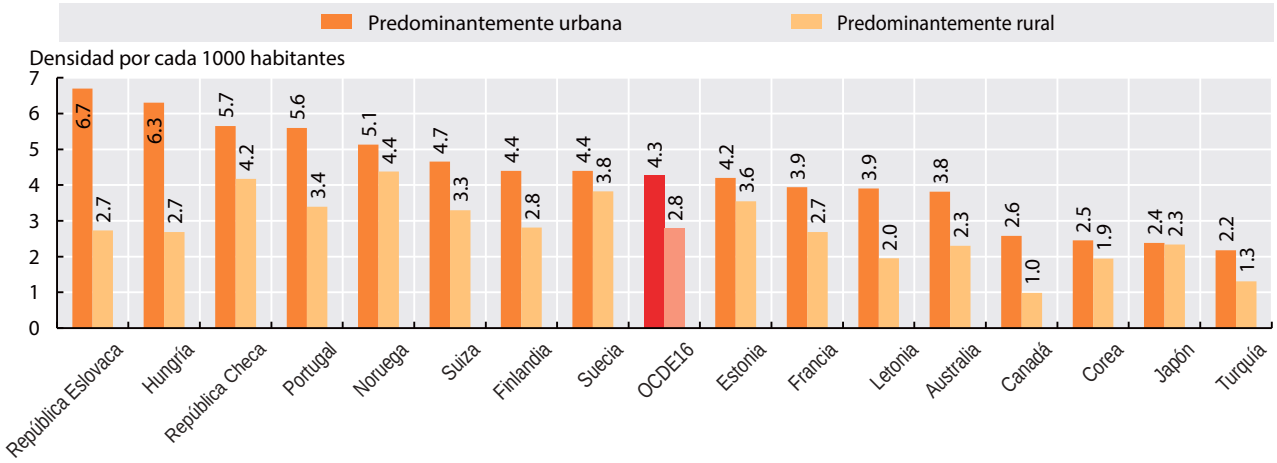
Las regiones se clasifican en dos niveles territoriales. El nivel alto (Nivel Territorial 2) consiste en regiones grandes que corresponden generalmente a regiones administrativas nacionales, y pueden contener una mezcla de áreas urbanas, intermedias y rurales. El nivel bajo se compone de regiones más pequeñas clasificadas como predominantemente urbanas, intermedias o rurales, aunque hay variaciones entre países en la clasificación. Debe notarse que los territorios de ultramar en general se excluyen de los cálculos. Todas las cifras de distribución geográfica provienen de OECD Regional Database.

Referencias

[2] OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

[1] Ono, T., M. Schoenstein y J. Buchan. (2014), "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", *OECD Health Working Papers*, . núm. 69, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en*.

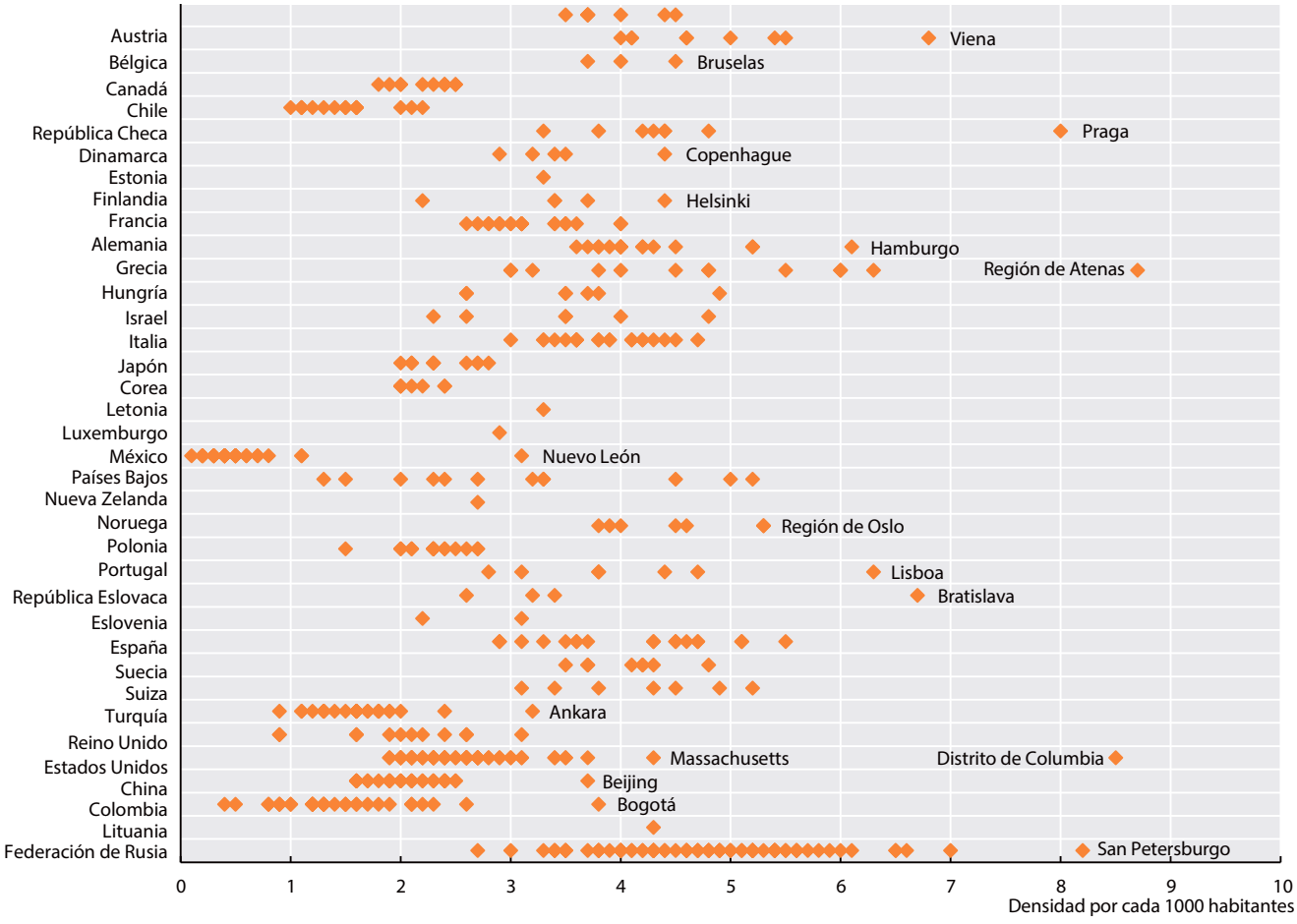
Figura 5.14. **Densidad de médicos, áreas rurales vs. áreas urbanas, 2016 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Regional Statistics Database 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015866

Figura 5.15. **Densidad de médicos en diferentes localidades, por regiones de nivel 2, 2016 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Regional Statistics Database 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015885

Tiempos de espera para cirugía electiva

Los tiempos de espera largos para cirugía electiva (no de urgencia), causan insatisfacción a los pacientes pues se posponen los beneficios que esperan del tratamiento, mientras siguen padeciendo dolor y discapacidad. Los tiempos de espera son el resultado de una compleja interacción entre la demanda y la oferta de servicios de salud, en la que los médicos desempeñan un papel crítico en ambos lados. La demanda de servicios de salud y cirugías electivas se determina por el estado de salud de la población, los avances en tecnología médica (incluyendo la simplificación de varios procedimientos, como la cirugía de cataratas), las preferencias y la carga del costo compartido para los pacientes. Sin embargo, los médicos tienen un papel crucial en la decisión de operar al paciente o no. Desde el lado de la oferta, la disponibilidad de cirujanos, anestesistas y demás personal para cirugías, además de la disponibilidad del equipo médico requerido, afectan los índices de actividad quirúrgica.

La medida que se reporta se refiere al tiempo de espera desde que un médico especialista anota a un paciente en la lista de espera para un procedimiento, hasta que el paciente recibe el tratamiento. Se reportan tanto la media como la mediana de los tiempos de espera. Considerando el número de pacientes que esperan durante mucho tiempo, la mediana es inferior a la media en forma consistente y considerable, y por lo tanto puede representar una medida más adecuada para la tendencia central de este indicador. La diferencia entre ambas medidas es significativa, especialmente en algunos países como Chile, Estonia y Polonia, lo que resalta la presencia de grupos de pacientes que esperan mucho más tiempo que otros para recibir tratamiento.

En 2017, la mediana del tiempo de espera para cirugía de cataratas fue de menos de 50 días en Italia, Hungría, Dinamarca y Suecia (Figura 5.6). Entre los países con los tiempos de espera más largos están Estonia y Polonia, con medianas de espera de alrededor de siete meses y más de un año respectivamente. En la última década, los tiempos de espera se incrementaron en algunos países, como Canadá y Portugal; disminuyeron en España, y se mantuvieron relativamente estables en Nueva Zelanda.

La mediana de tiempo de espera para reemplazo de cadera fue de menos de 50 días en Dinamarca e Italia (Figura 5.17). Esta medida fue mucho mayor, de ocho meses o más, en Estonia, Polonia y Chile. En los últimos cinco años, en algunos países como Finlandia, Hungría y Dinamarca hubo una disminución de la mediana de tiempos de espera para reemplazo de cadera, mientras que en Estonia hubo un incremento importante.

Los tiempos de espera para reemplazo de rodilla siguen un patrón similar, pero el tiempo de espera promedio es mayor. Estonia, Polonia y Chile también tienen, por mucho, los tiempos de espera más largos (Figura 5.18). La mediana del tiempo de espera en la muestra de países de la OCDE analizada es de 114 días, más de 30 días superior a la de la cirugía de cataratas y 20 días más que la de reemplazo de cadera. En Australia, la mediana del tiempo de espera se incrementó ligeramente para alcanzar 200 días, mientras que en Portugal permaneció relativamente estable desde 2007. Hungría y Dinamarca tuvieron reducciones en la última década.

Las garantías de tiempo de espera se ha convertido en la herramienta de política pública más común para enfrentar los tiempos de espera excesivos en varios países, pero son efectivas solamente si se aplican apropiadamente (Siciliani, Borowitz y Moran, 2013[1]).

En Dinamarca se han usado tiempos de espera máximos, junto con la elección de proveedor por parte del paciente, para reducir los tiempos de espera desde los últimos años de la década del 2000. La garantía de tiempo de espera máximo se redujo de dos meses a un mes en 2007, en combinación con la elección de proveedor. Con este esquema, si el hospital puede prever que una garantía no se cumplirá, el paciente puede elegir otro hospital público o privado. Si el tratamiento se recibe fuera de los hospitales de la región, los gastos son cubiertos por la región de residencia del paciente.

En Hungría, los tiempos de espera para una variedad de cirugías electivas también se han reducido en años recientes. Los objetivos específicos eran reducir los tiempos de espera a menos de 60 días para cirugías menores y menos de 180 para cirugías mayores, para todos los pacientes. Para lograr esto, el gobierno implantó nuevas leyes y reglamentos para la gestión de listas de espera, desarrolló un sistema de lista de espera en línea a nivel nacional para monitorear la situación en tiempo real, estableció pagos adicionales para reducir los tiempos de espera en áreas u hospitales seleccionados, y promovió la reasignación de pacientes a proveedores con tiempos de espera menores.

Definición y comparabilidad

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

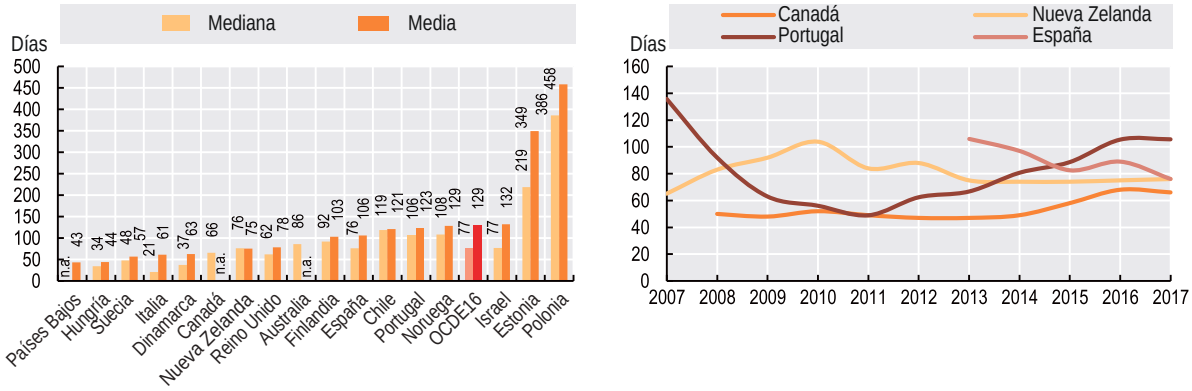
Los tiempos de espera se reportan en términos de media (promedio) y mediana. La mediana es el valor que separa una distribución en dos partes iguales (es decir, la mitad de los pacientes tienen tiempos de espera más largos, y la otra mitad más cortos). Comparada con el promedio (media), la mediana minimiza la influencia de los datos atípicos (es decir, pacientes con tiempos de espera muy largos). Los tiempos de espera en Noruega son sobreestimados pues empiezan cuando un médico refiere a un paciente para valoración de un especialista, hasta que recibe el tratamiento; mientras que en otros países, se empieza cuando un especialista ya valoró al paciente y decide anotarlo en la lista de espera hasta que recibe el tratamiento.

Referencias

[2] National Research Council (US); Institute of Medicine (US) (2013), *U.S. Health in International Perspective, National Academies Press*, Washington, D.C., disponible en *http://dx.doi.org/10.17226/13497*.

[1] Siciliani, L., M. Borowitz y V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

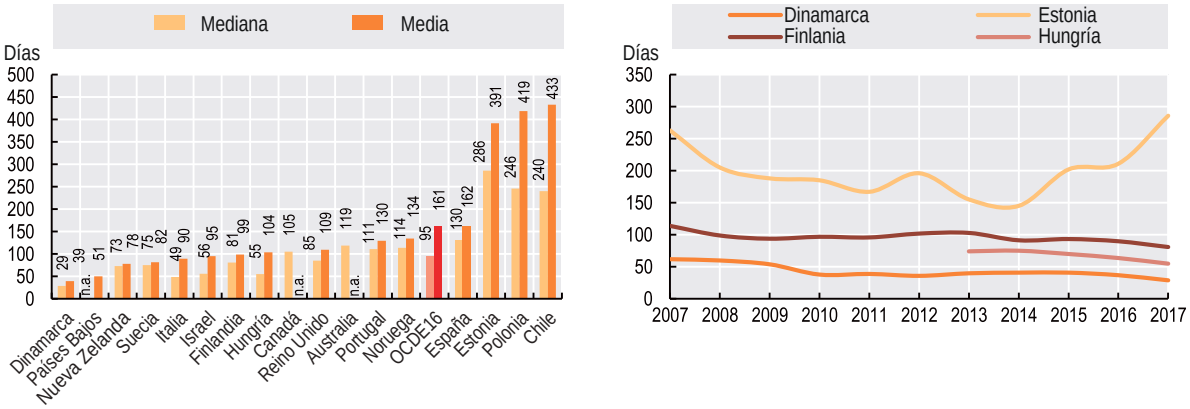
Figura 5.16. **Tiempos de espera para cirugía de cataratas, promedios y selección de tendencias, 2017**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015904

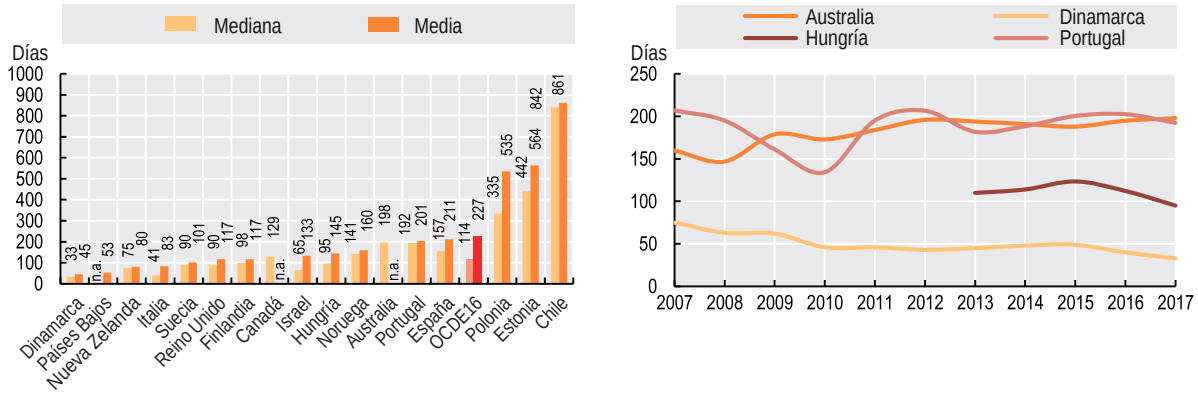
Figura 5.17. **Tiempos de espera para reemplazo de cadera, promedios y selección de tendencias, 2017**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015923

Figura 5.18. **Tiempos de espera para reemplazo de rodilla, promedios y selección de tendencias, 2017**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015942





6. CALIDAD Y RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Prescripción en servicios primarios

Seguridad en cuidados intensivos -complicaciones quirúrgicas e infecciones asociadas con servicios de salud

Seguridad en cuidados intensivos -trauma obstétrico

Admisiones hospitalarias evitables

Cuidado de diabetes

Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico

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

Cirugía de cadera y rodilla

Cuidados para personas con desórdenes de salud mental

Resultados de cáncer de mama

Detección y sobrevivencia al cáncer colorrectal

Sobrevivencia a otros tipos importantes de cáncer

Vacunación

Experiencia de pacientes en atención ambulatoria

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

Prescripción en servicios primarios

La prescripción puede ser usada como un indicador de la calidad de los servicios de salud, pues complementa la información sobre consumo y gasto (véase el Capítulo 10). El uso excesivo, limitado o el mal uso de medicamentos de prescripción puede causar amenazas importantes para la salud y gasto innecesario. Este es el caso, por ejemplo, de los opioides y los antibióticos.

Los opioides se usan con frecuencia para el tratamiento del dolor agudo y el dolor asociado con el cáncer, y en la última década se han empleado de forma creciente para el tratamiento de dolor crónico, a pesar del riesgo de dependencia, incremento de dosis, dificultad respiratoria y muerte. El uso de opioides está causando actualmente una epidemia de muertes por sobredosis alarmante y creciente en algunos países de la OCDE, como Estados Unidos y Canadá (OECD, 2019[1]) (véase el indicador "Uso de Opioides" en el Capítulo 4).

La Figura 6.1 indica que, en todos los países de la OCDE en 2017, el volumen promedio prescrito de opioides en servicios primarios, fue superior a 16 dosis diarias definidas (DDD) por cada 1 000 habitantes por día. Islandia y Luxemburgo reportan volúmenes de más del doble del promedio de la OCDE, mientras que Turquía y Corea reportan los volúmenes más bajos. Aunque estas cifras miden las prescripciones en atención primaria, pueden estar reflejando condiciones de oferta, pues la disponibilidad media de opioides también es baja en Turquía (véase el indicador "Uso de Opioides" en el Capítulo 4). En promedio, más de 2% de la población de adultos en los países de la OCDE en 2017 eran usuarios crónicos de opioides (Figura 6.2). Corea e Italia reportan la proporción más baja, e Islandia la más alta por un margen considerable. La amplitud de la variación puede explicarse en parte por las diferencias en la práctica clínica de manejo del dolor, así como las diferencias en reglamentación, marcos legales para opioides, políticas de prescripción y guías de tratamiento.

Los antibióticos deberían ser prescritos solo cuando hay una necesidad claramente basada en evidencia, para reducir el riesgo de cepas de bacterias resistentes (OECD, 2018[2]). Por ejemplo, las quinolonas y cefalosporinas se consideran antibióticos de segunda línea en la mayoría de las guías de prescripción, y en general, deben ser usados solo cuando los antibióticos de primera línea no son efectivos. El volumen total de antibióticos prescritos y de antibióticos de segunda línea como proporción del volumen total, han sido validados como indicadores de calidad en contextos de servicios primarios (OECD, 2017[3]), mientras que el consumo total de antibióticos y la resistencia antimicrobiana en todos los países de la OCDE se ha incrementado (OECD, 2018[2]).

La Figura 6.3 muestra el volumen total de antibióticos prescritos en servicios primarios en 2017, incluyendo antibióticos de segunda línea. Los volúmenes totales varían más de tres veces entre países, con los más bajos en Reino Unido, Estonia y Suecia; y los volúmenes más altos en Italia y Grecia. Los volúmenes de antibióticos de segunda línea varían más de 24 veces entre países. Los países escandinavos y Reino Unido reportan los volúmenes más bajos de antibióticos de segunda línea; mientras que Grecia y Corea reportan los más altos. La variación podría explicarse, desde el lado de la oferta, por las diferencias en las guías e incentivos que rigen la prescripción en servicios primarios; y desde el lado de la demanda, por las diferencias en actitudes y expectativas sobre el tratamiento óptimo de enfermedades infecciosas.

Definición y comparabilidad

La dosis diaria definida (DDD), es la dosis promedio aceptada de mantenimiento por día de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Por ejemplo, la DDD para aspirina oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria aceptada de mantenimiento para tratar dolor en adultos. Las DDDs no necesariamente reflejan la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Para mayor detalle consúltese *http://www.whocc.no/atcddd*.

La información de Austria, Letonia, Estonia, Portugal, España y Suecia incluye datos de médicos de servicios primarios únicamente. La de Canadá, Finlandia, Italia, Corea y Noruega incluye servicios de consulta externa. Los datos de Países Bajos incluyen prescripciones de médicos de servicios primarios y especialistas en clínicas de consulta externa. Los de Dinamarca, Irlanda y Eslovenia incluyen servicios primarios, consulta externa y casas de reposo. Los datos de Bélgica y Turquía incluyen servicios primarios, casas de reposo y residencias de ancianos. Los de Islandia incluyen información de servicios primarios, consulta externa, especialistas en consultas privadas y casas de reposo. Los datos son de prescripciones reembolsadas, con excepción de Islandia, Eslovenia y Países Bajos (para benzodiacepinas únicamente), que incluyen medicamentos no reembolsados. Los datos de Dinamarca, Canadá, Finlandia, Luxemburgo, Portugal, Países Bajos y Suecia, son de medicamentos surtidos en farmacias comunitarias. Los datos de Alemania se basan en información de prescripción de seguro médico estatutario para consulta externa. Los datos de Australia provienen de Pharmaceutical Benefits Scheme. Los denominadores comprenden a la población incluida en la base de datos nacional de prescripción y no a la población general. Información adicional de fuentes y métodos se encuentra en OECD.Stat. Otros datos sobre antibióticos en OECD Health Statistics pueden variar debido a diferencias en fuentes de datos y cobertura.

Para opioides, el término "usuarios crónicos" se define como el número de adultos en las bases de datos de prescripción con dos o más prescripciones en al menos 90 días.

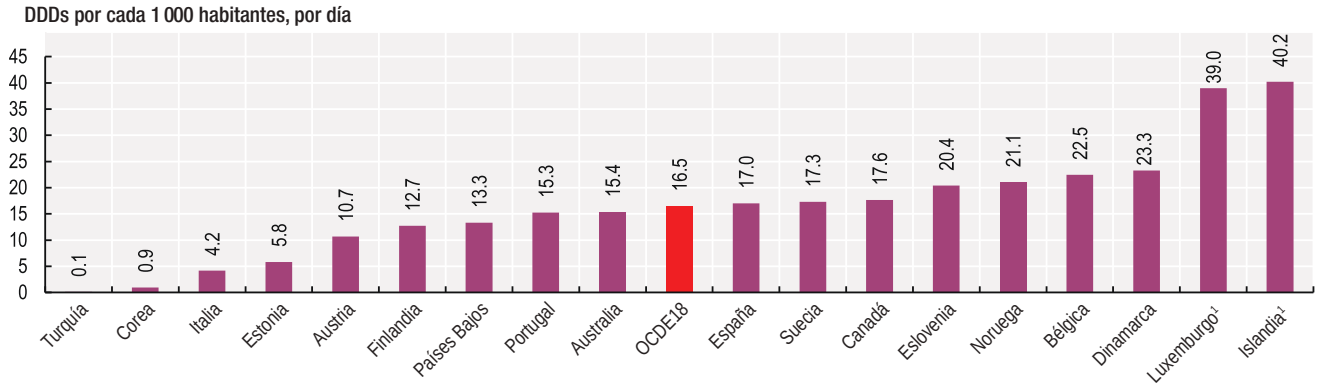
Referencias

[1] OECD (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a18286f0-en*.

[2] OECD (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris,

[3] OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

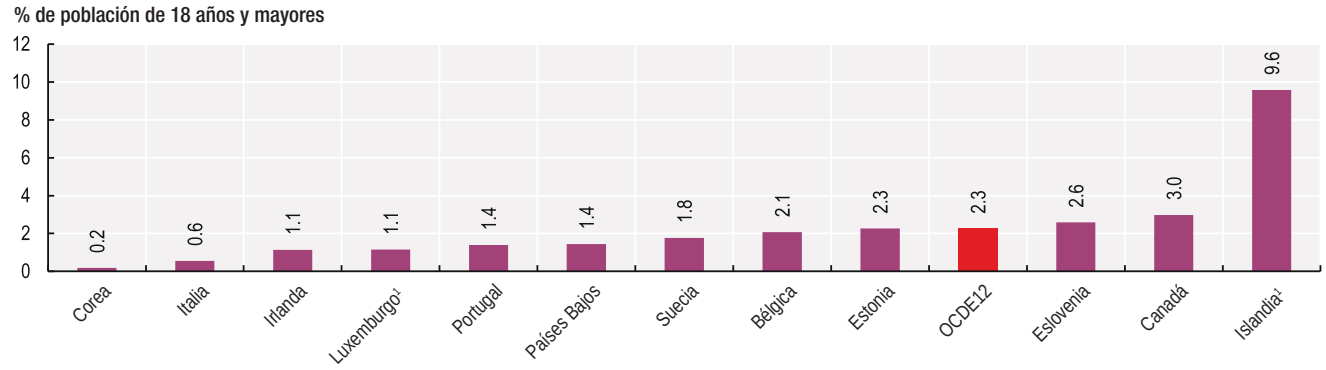
Figura 6.1. **Volumen total de opioides prescritos, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los datos excluyen productos usados en el tratamiento de adicciones. 1. Promedio de 3 años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019 y Third Australian Atlas of Healthcare Variation 2018.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015961

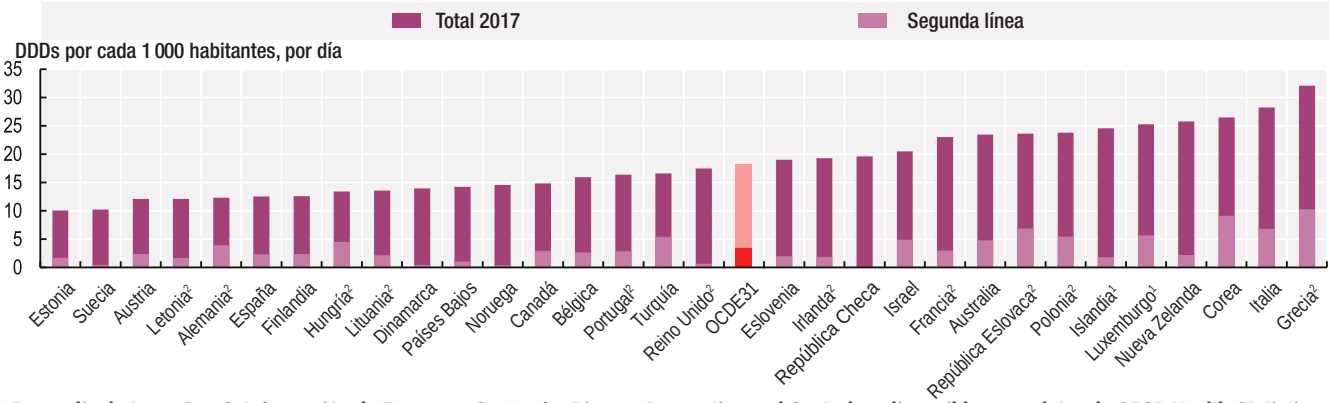
Figura 6.2. **Proporción de usuarios crónicos de opioides en la población de adultos, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los datos excluyen productos usados en el tratamiento de adicciones. 1. Promedio de 3 años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015980

Figura 6.3. **Volumen total de antibióticos prescritos, 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años. 2. Información de European Centre for Disease Prevention and Control no disponible como datos de OECD Health Statistics.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934015999

Seguridad en cuidados intensivos –complicaciones quirúrgicas e infecciones asociadas con servicios de salud

La seguridad de los pacientes sigue siendo una de las cuestiones de salud más apremiantes para la educación pública y la adopción de nuevas políticas. Más de 15% del gasto y la actividad en hospitales en los países de la OCDE puede atribuirse al tratamiento de pacientes que experimentaron un evento de seguridad, muchos de los cuales se pueden prevenir (Slawomirski, Auraaen y Klazinga, 2018[1]). La World Health Assembly recientemente respaldó el establecimiento de un *Día Mundial de la Seguridad del Paciente* cada año, para reforzar aún más la conciencia y concretar acciones para ofrecer servicios sanitarios seguros.

Los problemas de seguridad de los pacientes se pueden categorizar como "eventos centinela" o "eventos nunca", aquellos que nunca deberían ocurrir, o que rara vez ocurren; y "eventos adversos", aquellos que no pueden ser evitados totalmente, pero cuya frecuencia podría ser reducida en forma considerable.

La Figura 6.4 muestra índices para un evento nunca –un cuerpo extraño dejado en el paciente en un procedimiento– usando datos vinculados y no vinculados (véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). Los factores de riesgo más comunes para este evento nunca son urgencias, cambios de procedimiento no planeados, pacientes obesos y cambios en el equipo que participa en la cirugía. Las medidas preventivas incluyen listas de cotejo, conteo de instrumentos, exploración metódica de heridas y comunicación efectiva en el equipo quirúrgico.

La Figura 6.5 ilustra tasas de eventos adversos –el porcentaje de pacientes hospitalizados con infecciones asociadas a los servicios (HAIs, por sus siglas en inglés)– en los países de la OCDE, junto con la proporción de bacterias resistentes a los antibióticos causantes de estas infecciones. Este tipo de infecciones son los eventos adversos más mortales y costosos, pues representan hasta 6% de los presupuestos de hospitales públicos (Slawomirski, Auraaen y Klazinga, 2018[1]). Este impacto se incrementa por la resistencia de las bacterias a los antibióticos, que puede hacer a las HAIs difíciles y hasta imposibles de tratar.

En promedio, un poco menos de 4.9% de los pacientes hospitalizados padecieron una HAI en 2015-17 en los países de la OCDE. Esta proporción fue 5.2% en 2011-12. La proporción más baja de pacientes se observó en Lituania, Letonia y Alemania (alrededor de 3%) y la más alta en Portugal, Grecia e Islandia (más de 7%). Los índices de resistencia a los antibióticos variaron de 0% en Islandia a casi 70% en Letonia, aunque la interpretación de estos índices debe ser cautelosa debido al tamaño reducido de las muestras en algunos casos.

La Figura 6.6 muestra los índices de dos eventos adversos relacionados –embolia pulmonar (PE, por sus siglas en inglés), y trombosis venosa profunda (DVT, por sus siglas en inglés) después de cirugía de reemplazo de rodilla o cadera – empleando definiciones de datos vinculados y no vinculados (véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). Ambas condiciones causan dolor innecesario y en algunos casos la muerte, pero pueden ser prevenidas con anticoagulantes y otras medidas. Las considerables variaciones que se observan, incluyendo más de 25 veces en los índices de DVT, pueden ser explicadas en parte por las diferencias en prácticas de diagnóstico entre países.

Definición y comparabilidad

El cálculo de los índices de indicadores que usan datos no vinculados, se basa en información de la admisión del paciente en el hospital donde se practicó la cirugía. El número de altas con códigos International Classification of Diseases (ICD) para la complicación relevante en cualquier campo de diagnóstico secundario, se divide entre el número total de altas de pacientes de 15 años y mayores. El método de datos vinculados va más allá de la admisión e incluye todas las readmisiones relacionadas subsecuentes en cualquier hospital, hasta 30 días después de la cirugía.

Las variaciones en las definiciones y prácticas de registros médicos entre países, pueden afectar el cálculo de los índices y limitar la comparabilidad de los datos en algunos casos. Los índices más altos de eventos adversos pueden indicar que existen sistemas más desarrollados de monitoreo de seguridad de los pacientes, y una mejor cultura de seguridad, más que peor atención.

Los datos de HAI se basan en los resultados de estudios de prevalencia puntual conducidos por Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) entre 2015 y 2017 (Magill et al., 2018[2]; Suetens et al., 2018[3]). Los índices de HAI no están ajustados y pueden no reflejar índices publicados en otras fuentes debido a diferencias en las infecciones incluidas. Véanse Suetens et al. (2018[3]) y Magill et al. (2018[2]) para más detalles sobre inclusiones y exclusiones específicas. Los estimados por país pueden reflejar diferentes niveles de variabilidad con base en las diferencias de muestreo. El índice HAI se presenta junto con la proporción de pacientes reclutados en unidades de cuidados intensivos (ICUs, por sus siglas en inglés). Los pacientes de ICUs pueden estar en mayor riesgo de desarrollar una HAI. Los datos de resistencia a los antibióticos se basan en un indicador compuesto desarrollado por ECDC (Suetens et al., 2018[3]).

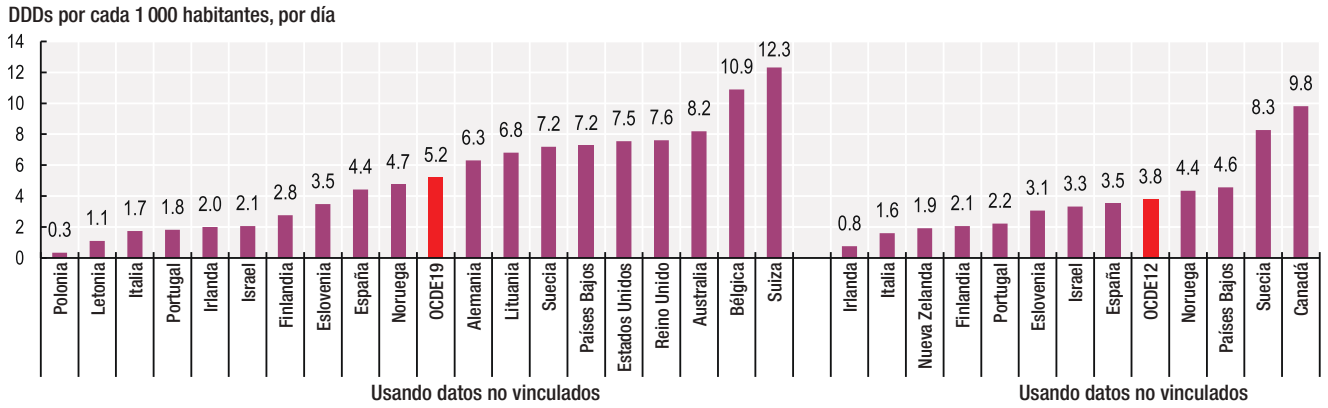
Referencias

[2] Magill, SS. et al. (2018), "Changes in Prevalence of Health Care-Associated Infections in U.S. Hospitals." New England Journal of Medicine, 1;379(18):1732-1744., disponible en *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1801550.*

[1] Slawomirski, L., A. Auraaen y N. Klazinga (2018), "The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level," *OECD Health Working Papers*, núm. 96, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en.*

[3] Suetens, C. et al. (2018), "Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017", *Eurosurveillance*, disponible en *http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.es.2018.23.46.1800516.*

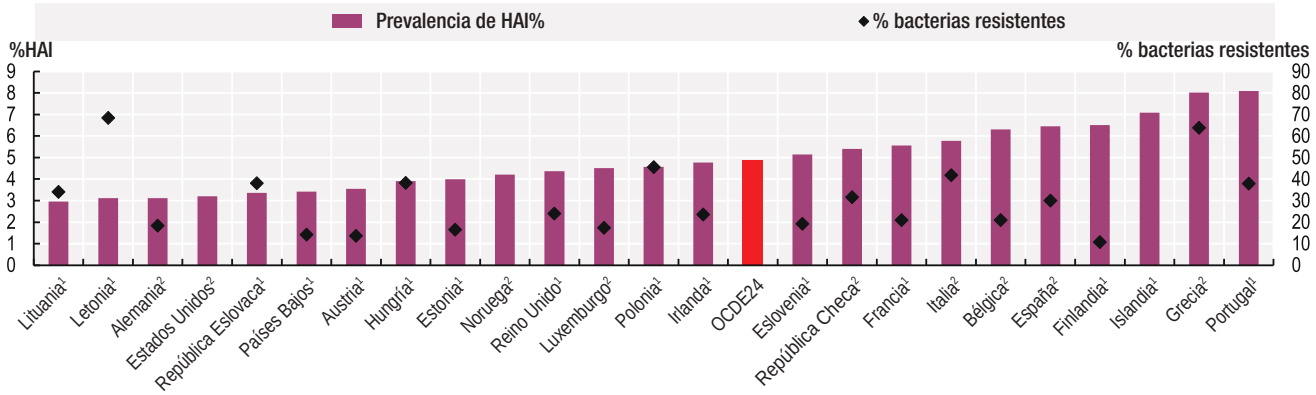
Figura 6.4. **Cuerpo extraño dejado durante la cirugía, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016018

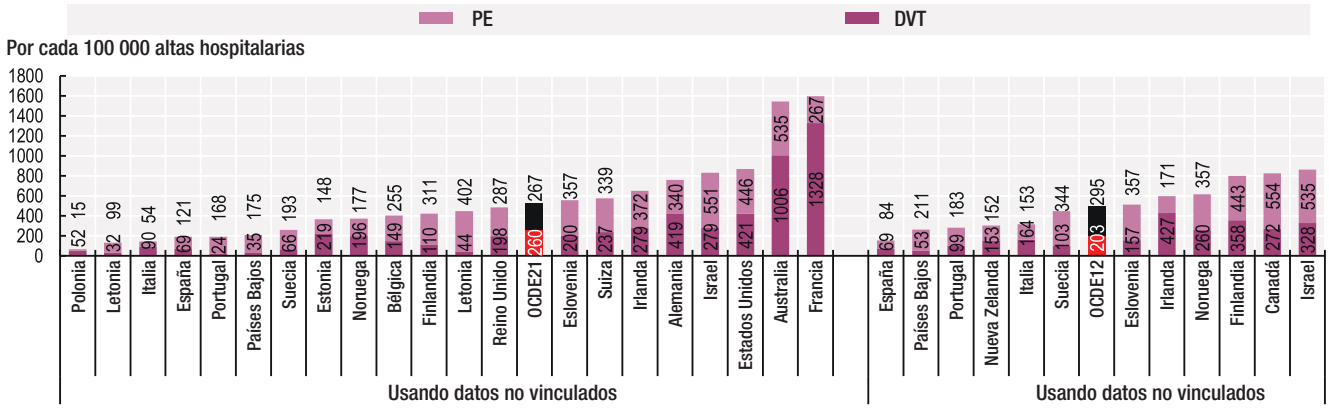
Figura 6.5. **Porcentaje de pacientes hospitalizados con al menos una infección asociada con servicios de salud, y proporción de bacterias resistentes a antibióticos aisladas de estas infecciones, 2015-17**



Nota: Datos de resistencia no disponibles para Islandia, Noruega y Estados Unidos.
1. Menos de 5% de pacientes de ICUs. 2.Más de 5% de pacientes de ICUs.
Fuente: ECDC 2016-17 Point prevalence survey. CDC 2015 point prevalence study.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016037

Figura 6.6. **Eventos adversos en cirugías de reemplazo de cadera y rodilla: embolia pulmonar (PE) o trombosis venosa profunda (DVT), 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016056

Seguridad en cuidados intensivos -Trauma obstétrico

La seguridad de una mujer durante el alumbramiento puede ser evaluada observando el desgarre del perineo, potencialmente evitable, durante el parto natural. Los desgarres que se extienden a los músculos perineales y pared intestinal requieren cirugía. 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.

La proporción de alumbramientos que involucran laceraciones de alto grado se considera un indicador útil de la calidad del cuidado obstétrico. Sin embargo, las diferencias en la consistencia con que las unidades obstétricas reportan estas complicaciones pueden dificultar la comparabilidad internacional.

Las tasas de trauma obstétrico pueden ser influenciadas por otros procesos de atención, incluyendo la tasa general de cesáreas en un país, partos naturales asistidos (es decir, usando fórceps y ventosa) y episiotomías (es decir, una incisión quirúrgica del perineo, realizada para ensanchar la abertura vaginal para el alumbramiento) siguen siendo un tema bajo investigación. Por ejemplo, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS; WHO, por sus siglas en inglés) (2018[1]) no recomienda el uso rutinario o libre de episiotomía para mujeres en parto natural espontáneo, su uso selectivo para disminuir las laceraciones perineales severas durante el alumbramiento, sigue siendo un tema controversial.

La Figura 6.7 muestra las tasas de trauma obstétrico *con* instrumental (refiriéndose a partos con fórceps o extracción con ventosa) y la Figura 6.8 muestra las tasas de trauma obstétrico después del parto natural *sin* instrumental. Dado que el riesgo de una laceración del perineo se incrementa significativamente cuando se utiliza instrumental para asistir el parto, las tasas para esta población de pacientes se reportan en forma independiente.

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

Aunque la tasa promedio de trauma obstétrico con instrumental (5.5 de cada 100 partos naturales asistidos con instrumental) en todos los países de la OCDE en 2017 fue casi cuatro veces la tasa sin instrumental (1.4 por cada 100 partos naturales sin instrumental), se puede identificar una relación entre los dos indicadores. Entre los países que reportan las tasas más bajas están Israel, Lituania, Portugal y Polonia; y entre los que reportan las tasas más altas de ambos indicadores están Canadá, Dinamarca y Nueva Zelanda.

Las tasas para ambos indicadores revelan mejoras notables en Dinamarca y Noruega entre 2012 y 2017, pero no se identifica una tendencia clara en las tasas generales de trauma obstétrico en este periodo: el promedio de la OCDE permaneció relativamente estático para partos naturales con y sin instrumental. En algunos países, incluyendo Estonia, Italia y Eslovenia, las tasas parecen haberse deteriorado.

En Canadá la acción para abordar las altas tasas reportadas de trauma obstétrico es limitada. Una iniciativa fue *Hospital Harm Improvement Resource: Obstetric Trauma* del Canadian Patient Safety Institute para complementar las mediciones de trauma obstétrico del Canadian Institute for Health Information. Relaciona la medición y la mejora al proporcionar recursos basados en la evidencia que respaldan los esfuerzos para mejorar la seguridad de las pacientes en todo el sistema de salud.

Definición y comparabilidad

Los dos indicadores de trauma obstétrico se definen como la proporción de partos naturales asistidos y no asistidos, con códigos de trauma obstétrico de tercer y cuarto grado (ICD-10 070.2, 070.3) en cualquier diagnóstico y campo de procedimiento.

Las diferencias entre países en la forma de reportar los datos, pueden influenciar los cálculos de los indicadores de seguridad de los pacientes obstétricos. Éstas son principalmente las prácticas de codificación y las fuentes de información. Algunos países reportan las tasas de trauma obstétrico con base en datos administrativos de los hospitales, y otros con base en registros obstétricos.

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

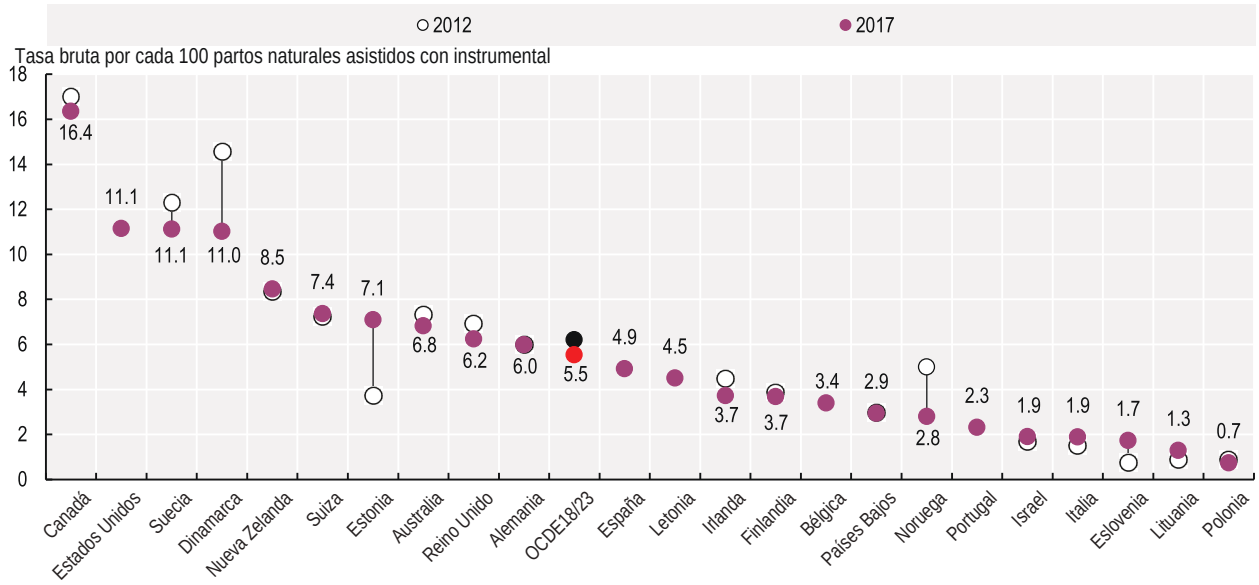
Para 2012 no hay datos disponibles para Letonia, y no se presentan los de Bélgica, Portugal, España y Estados Unidos debido a una interrupción en la serie. Las tasas de Dinamarca, Países Bajos y Noruega se basan en datos de registros.

Referencias

[2] Canadian Patient Safety Institute (2018), Hospital Harm Improvement Resource: Obstetric Trauma.

[1] WHO (2018), WHO recommendation on episiotomy policy.

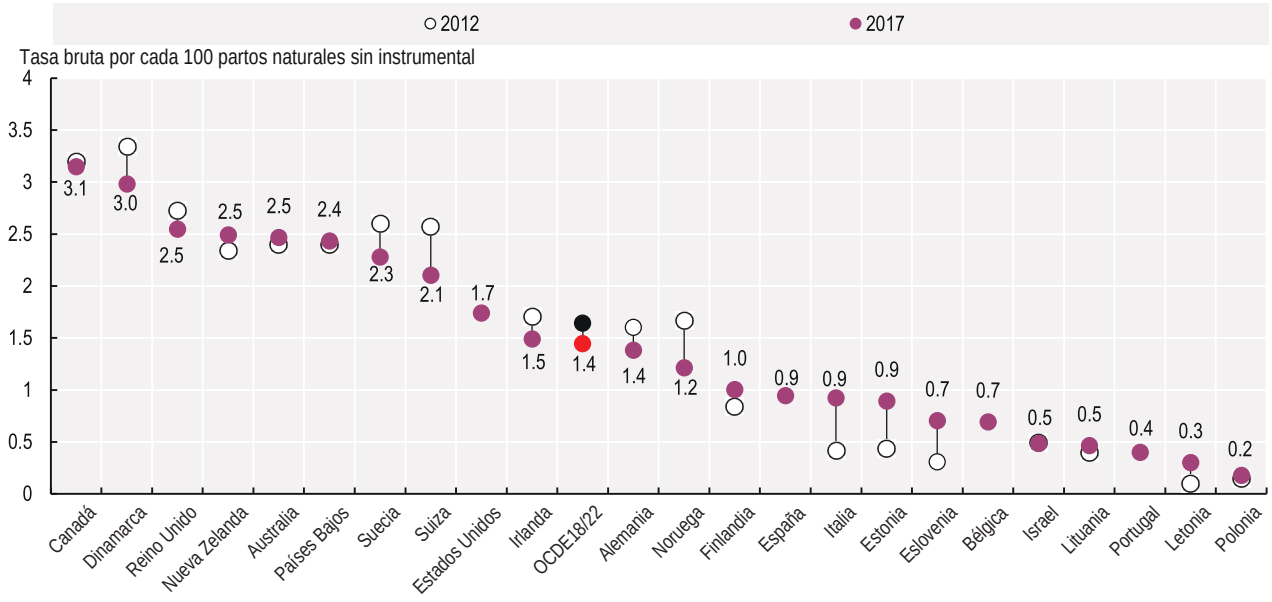
Figura 6.7. **Trauma obstétrico, parto natural con instrumental, 2012 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016075

Figura 6.8. **Trauma obstétrico, parto natural sin instrumental, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016094

Admisiones hospitalarias evitables

Se espera que los servicios primarios sirvan como un primer punto de contacto entre la población y los sistemas de salud, y sus funciones incluyen promover la salud y prevenir la enfermedad, atender nuevos problemas, tratar la mayoría de los casos poco complicados, gestionar las condiciones de largo plazo y referir a los pacientes a servicios hospitalarios cuando es apropiado. Un objetivo clave de los servicios primarios es conservar la salud de la población al proporcionar un punto consistente de atención en el largo plazo, tratar las condiciones más comunes, adaptando y coordinando la atención de quienes tienen necesidades múltiples de atención, y apoyar al paciente en la autoeducación y la autogestión. La buena atención primaria tiene, por lo tanto, el potencial de mejorar la salud, reducir las desigualdades socioeconómicas en salud, y lograr que los sistemas de salud estén enfocados en los usuarios, al tiempo de hacer buen uso de los recursos para los servicios de salud (OECD, próxima publicación[1]).

El asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) son tres condiciones de largo plazo muy prevalentes. Tanto el asma como la EPOC limitan la habilidad de respirar. Los síntomas del asma son normalmente intermitentes y reversibles con tratamiento, mientras que la EPOC es una enfermedad progresiva que normalmente afecta a quienes fuman o fumaron en el pasado. La ICC es una condición seria en la que el corazón no es capaz de bombear suficiente sangre para cubrir las necesidades del organismo. Es frecuentemente causada por hipertensión, diabetes o enfermedad coronaria.

El común denominador de las tres enfermedades es el hecho de que la base de evidencia para su tratamiento efectivo está bien establecida, y éste puede en buena medida ser proporcionado por servicios primarios. Un sistema de salud de alto desempeño, que proporcione servicios de alta calidad y acceso, puede reducir el deterioro agudo de las personas que padecen asma, EPOC e ICC. Esto puede evitar la necesidad de admisión hospitalaria para tratar estas enfermedades, lo que es un indicador de calidad y acceso de la atención primaria.

La Figura 6.9 muestra las tasas de admisión hospitalaria por asma y EPOC combinadas, dada la relación fisiológica entre ambas condiciones. Las tasas de admisión por asma específicamente, varían 12 veces entre países de la OCDE, con los más bajos en México, Italia y Colombia; e índices de más del doble del promedio de la OCDE en Letonia, Turquía y Polonia. Las tasas internacionales de admisión por EPOC específicamente, tienen una variación de 15 veces entre países de la OCDE, con los más bajos en Japón, Italia y México; y los más altos en Hungría, Turquía y Australia. Se observa una variación de 7 veces para ambas enfermedades combinadas.

Las tasas de admisión hospitalaria por ICC varían 13 veces, como muestra la Figura 6.10. Costa Rica, México y Colombia tienen los más bajos, mientras que los que reportan Polonia, Lituania y República Eslovaca son de más del doble del promedio de la OCDE.

La Figura 6.11 revela que en Corea, Lituania, México y Suecia se han alcanzado reducciones constantes en tasas de admisión por asma y EPOC combinados y por ICC en años recientes; pero en República Eslovaca, mientras las tasas de admisión por asma y EPOC han disminuido, para ICC se han incrementado. Aunque las mejoras observadas en algunos países pueden representar avances en la calidad de los servicios primarios, algunos estudios recientes de la OCDE indican que la inversión en atención primaria puede no estar ocurriendo con suficiente rapidez aún (OECD, 2017[2]), lo que potencialmente resulta en un desperdicio del gasto en servicios hospitalarios.

Definición y comparabilidad

Los indicadores se definen como el número de admisiones hospitalarias con un diagnóstico primario de asma, EPOC o ICC, de personas de 5 años y mayores por cada 100 000 habitantes. Las tasas están estandarizadas por edad y género a la población de 15 años y mayores de la OCDE de 2010. Las admisiones resultantes de traslados de otros hospitales y cuando el paciente muere durante la admisión, se excluyen del cálculo puesto que se considera poco probable evitarlas.

La prevalencia de enfermedad y disponibilidad de atención hospitalaria puede explicar algunas de las variaciones de índices entre países, pero no todas. Las diferencias en prácticas de codificación de los países también pueden afectar la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, la exclusión de "traslados" no puede ser totalmente cumplida por algunos países. Las diferencias en cobertura de datos del sector hospitalario nacional en todos los países también puede influenciar los índices.

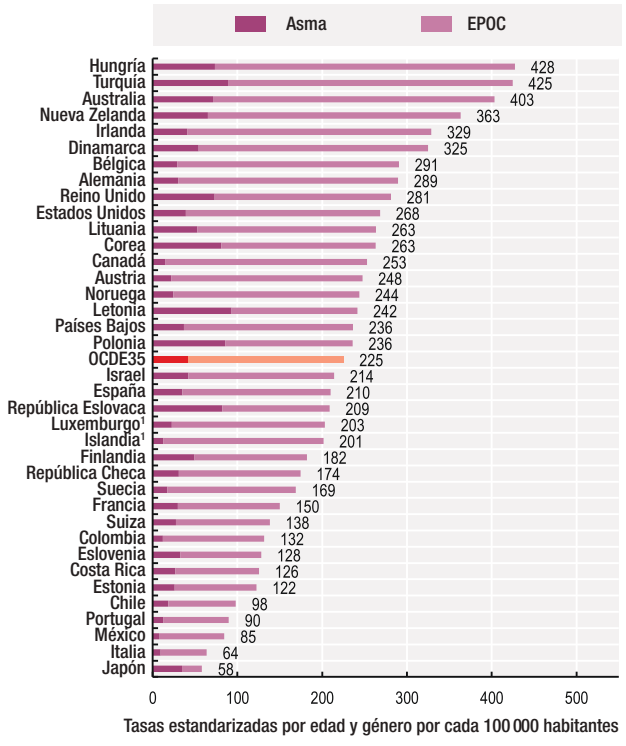
Referencias

[1] OECD (próxima publicación), *Doing Things Differently: Towards better primary care in the 21st century*, OECD Publishing, Paris.

[2] OECD (2017), *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en.*

[3] OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en.*

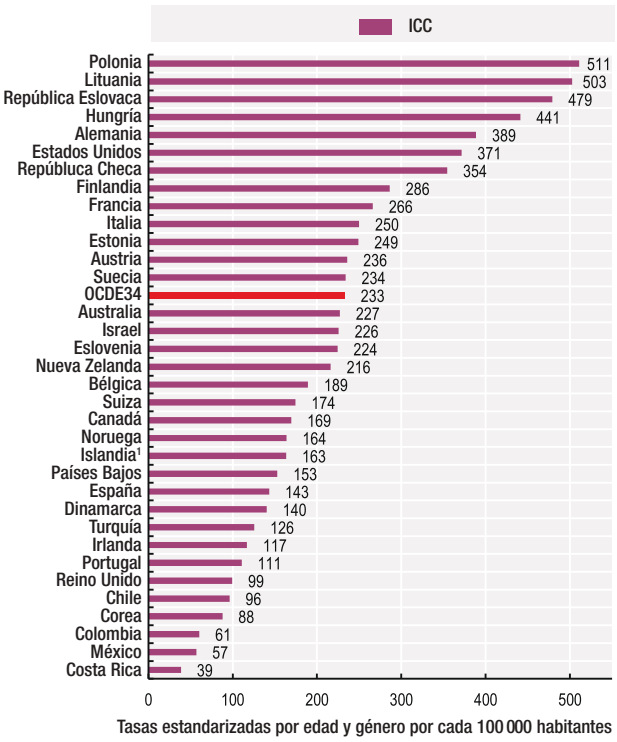
Figura 6.9. **Admisiones hospitalarias de adultos por asma y EPOC, 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016113

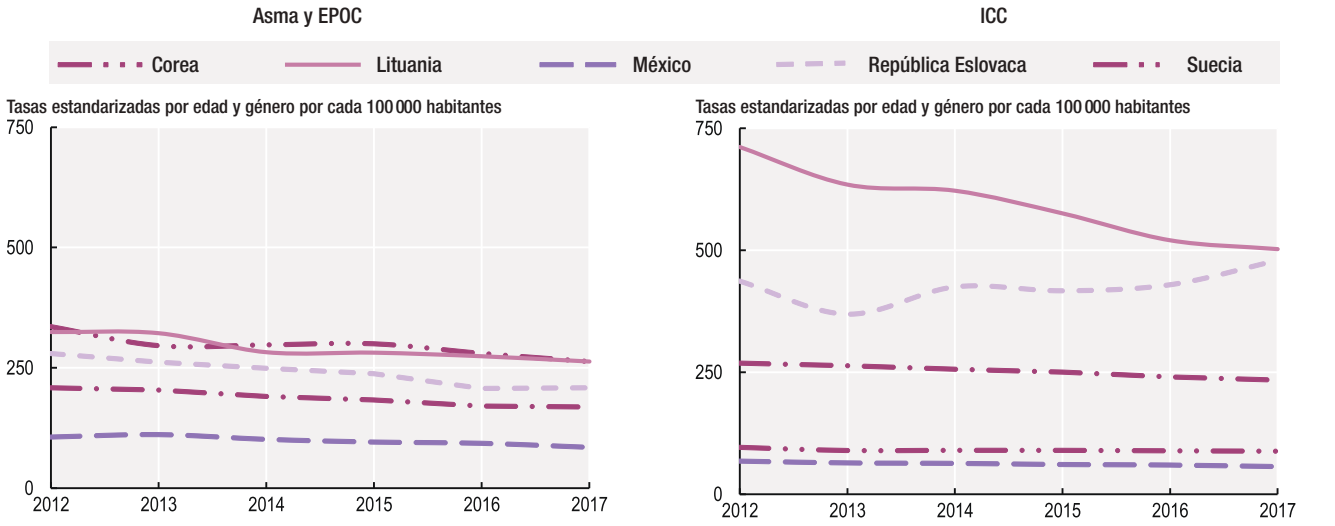
Figura 6.10. **Admisiones hospitalarias de adultos por insuficienciacardiaca congestiva (ICC), 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016132

Figura 6.11. **Tendencias en admisiones hospitalarias de adultos, selección de países 2007-2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016151

Cuidado de diabetes

El manejo efectivo de la diabetes sigue siendo una prioridad de salud pública, ya que 425 millones de personas en el mundo padecen esta condición. La diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando disminuye la habilidad del organismo para regular los niveles excesivos de glucosa en la sangre. Es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, ceguera, falla renal y amputación de las extremidades inferiores. La diabetes causó 4 millones de muertes en 2017, y según las proyecciones, para 2045 más de 629 millones de adultos la padecerán (IDF, 2017[1]).

El control continuo de la diabetes normalmente involucra una cantidad importante de autocuidados; por lo tanto, la guía y educación son fundamentales para la atención primaria de pacientes diabéticos (OECD, 2019[2]). El control efectivo de los niveles de glucosa en la sangre con monitoreo de rutina, la modificación de la dieta y el ejercicio regular pueden reducir la aparición de complicaciones serias y la necesidad de hospitalización (Wolters, Braspenning y Wensing, 2017[3]). El manejo de otros factores clave de riesgo, como el tabaquismo, la presión sanguínea y los niveles de lípidos, también es importante en la reducción de las complicaciones de la diabetes.

La Figura 6.12 muestra las admisiones hospitalarias evitables por diabetes. Aunque éstas han disminuido en muchos países en el tiempo, aún es evidente una variación de 5 veces entre países. Islandia, Italia y España reportan los niveles más bajos, pero México y Corea reportan tasas de casi el doble del promedio de la OCDE. La prevalencia de diabetes puede explicar parcialmente esta variación. Se puede demostrar una relación positiva entre las admisiones hospitalarias totales y las admisiones por diabetes, lo que indica que el acceso a servicios hospitalarios también puede explicar en parte la variación internacional (OECD, 2015[4]).

La mayoría de las guías terapéuticas nacionales recomiendan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE-Is, por sus siglas en inglés) o bloqueadores de receptores de angiotensina (ARBs, por sus siglas en inglés) como medicamentos de primera línea para reducir la presión sanguínea de pacientes diabéticos con hipertensión. La Figura 6.13 muestra que existe una amplia consistencia en la proporción de pacientes diabéticos que consumen medicamentos antihipertensivos, pues solo Finlandia, Bélgica y Corea tienen índices inferiores al 80%.

Las admisiones hospitalarias para amputación mayor de extremidades inferiores reflejan la calidad del cuidado de largo plazo de la diabetes. La Figura 6.14 muestra las tasas de amputación en adultos con diabetes. La variación de las tasas entre países es de más de 20 veces, pues Islandia, Italia, Corea y Reino Unido reportan tasas inferiores a 3 por cada 100 000 habitantes; y Costa Rica, Israel, México y Austria reportan tasas superiores a 13 por cada 100 000 habitantes.

La relación entre la naturaleza, frecuencia y duración de los servicios primarios para diabetes, y las tasas de admisiones hospitalarias por complicaciones relacionadas, es compleja y aún no se comprende bien. La OCDE, en su afán continuo de contribuir a reducir las brechas de conocimiento, está trabajando en el establecimiento de una encuesta internacional de pacientes con condiciones crónicas, incluyendo la diabetes, para capturar sus reportes de resultados de servicios de salud y comprender mejor sus contextos de atención primaria. Esta encuesta es primordial para la iniciativa Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS), disponible en *(https://www.oecd.org/health/paris.htm).*

Definición y comparabilidad

Las admisiones evitables por diabetes se basan en la suma de tres indicadores: admisiones por complicaciones de corto plazo y de largo plazo, y por diabetes no controlada sin complicaciones. El indicador se define como el número de admisiones hospitalarias con un diagnóstico primario de diabetes entre personas de 15 años y mayores por cada 100 000 habitantes.

El denominador de las personas con diabetes que tienen prescripciones de medicamentos antihipertensivos recomendados, se basa en el número de pacientes diabéticos (es decir, que son usuarios de largo plazo de medicamentos reguladores de la glucosa) que también tienen una o más prescripciones al año para una variedad de medicamentos que con frecuencia se usan para el manejo de la hipertensión. El numerador es el número de éstas personas que tienen una o más prescripciones de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ACE-I) o bloqueador de receptores de angiotensina (ARB).

La amputación mayor de extremidades inferiores entre adultos con diabetes se define como el número de altas de personas de 15 años y mayores por cada 100 000 habitantes. Las tasas para estos indicadores están estandarizadas por edad para la población de la OCDE de 2010.

Las diferencias en la definición de datos, prácticas de codificación y métodos de cálculo de indicadores entre países, pueden afectar la comparabilidad de los datos. Las diferencias en cobertura de datos del sector hospitalario nacional entre países, también pueden influir en las tasas del indicador.

En todos los casos se reportan datos nacionales. Las variaciones en la cobertura y la representatividad nacional de los indicadores para los países están documentados en la información de fuentes y métodos de OECD.Stat.

Referencias

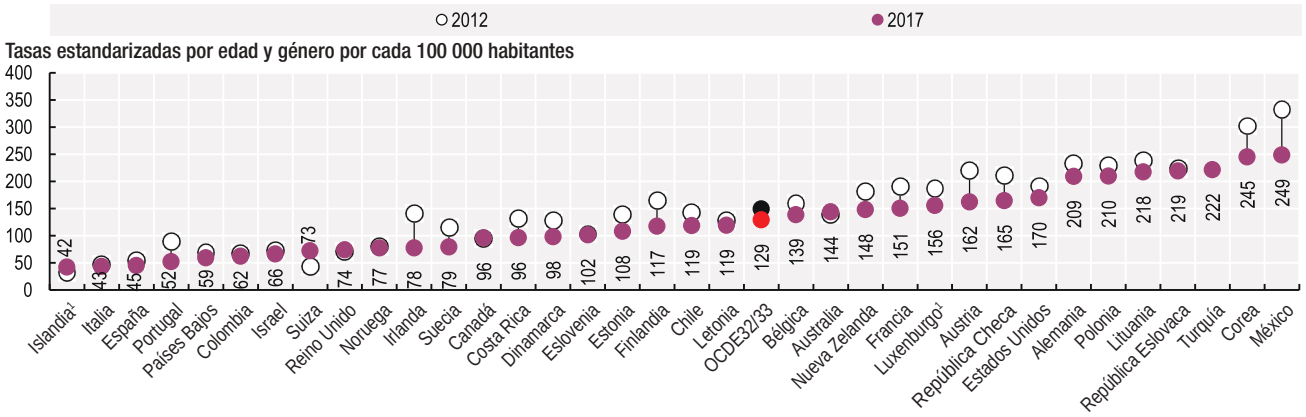
[1] IDF (2017), *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017*, International Diabetes Federation, disponible en *http://www.diabetesatlas.org.*

[2] OECD (2019), "Realising the Full Potential of Primary Health Care", OECD, Paris, disponible en *http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf.*

[4] OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en.*

[3] Wolters, R., J. Braspenning y M. Wensing (2017), "Impact of primary care on hospital admission rates for diabetes patients: A systematic review", Diabetes Research and Clinical Practice, vol. 129, pp. 182-196, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2017.05.001.*

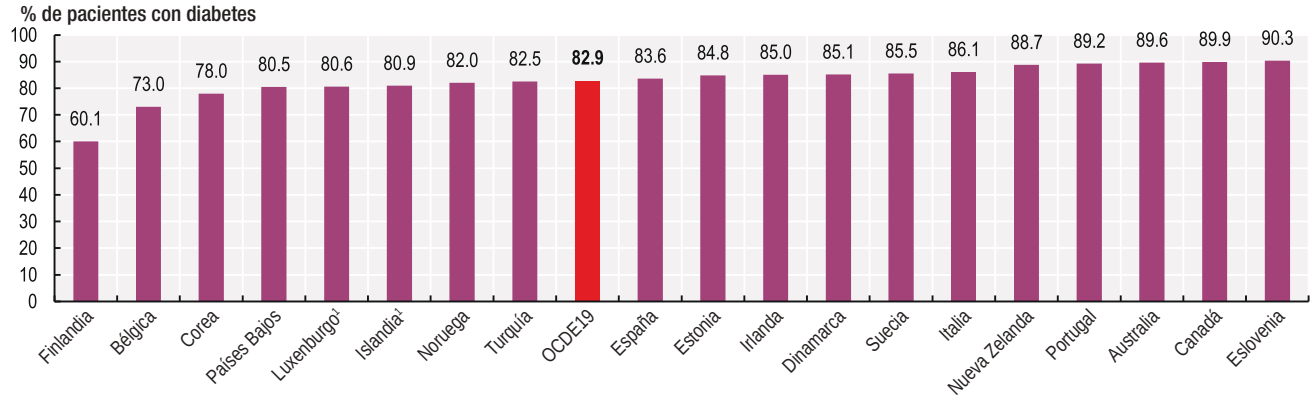
Figura 6.12. **Admisiones hospitalarias de adultos por diabetes, 2012 y 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016170

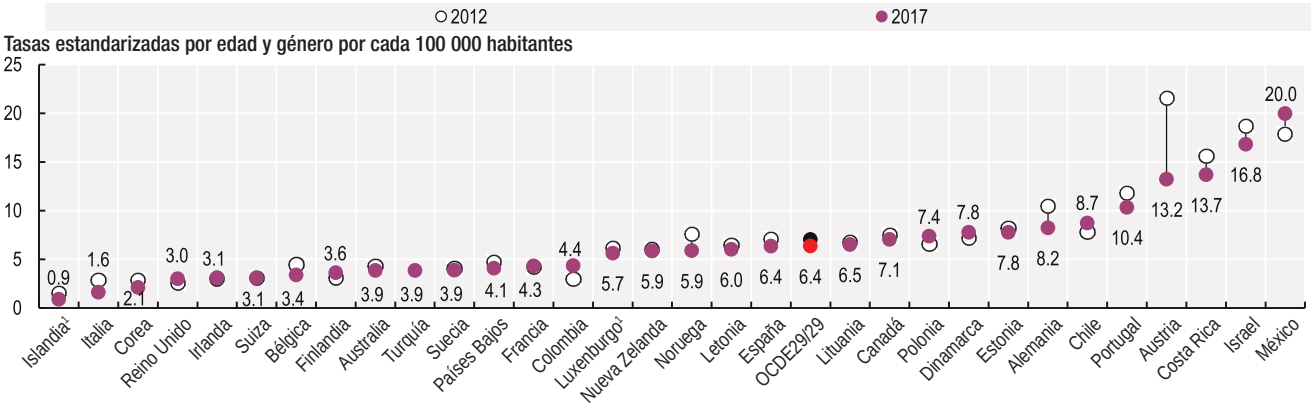
Figura 6.13. **Personas con diabetes con prescripciones de medicamentos antihipertensivos recomendados en el último año, 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016189

Figura 6.14. **Amputación mayor de extremidades inferiores a adultos con diabetes, 2012 y 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016208

Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico

El accidente cerebrovascular es globalmente la segunda causa de muerte más importante, detrás de las enfermedades cardiacas, y causó más de 10% del total de muertes en el mundo en 2013 (American Heart Association, 2017[1]). Un accidente cerebrovascular ocurre cuando se interrumpe el flujo de sangre a alguna parte del cerebro, ocasionando necrosis (muerte celular) de la parte afectada. De los dos tipos de accidente cerebrovascular que existen, alrededor del 85% son isquémicos (causados por un coágulo), y el 15% son hemorrágicos (causados por sangrado).

La Figura 6.15 muestra las tasas de mortalidad en los primeros 30 días de admisión por accidente cerebrovascular isquémico, cuando la muerte ocurrió en el mismo hospital que admitió al paciente (datos desvinculados). La Figura 6.16 muestra las tasas de mortalidad cuando las muertes se registran independientemente de dónde ocurren, incluyendo otro hospital o fuera del hospital donde se registró el evento (datos vinculados). El indicador con datos vinculados es más sólido, porque muestra las fatalidades en forma más integral, pero requiere un identificador único de pacientes y datos vinculados, lo cual no está disponible en todos los países.

En los países de la OCDE, utilizando datos desvinculados, 7.7% de los pacientes murieron en los primeros 30 días en el mismo hospital donde fueron admitidos por accidente vascular isquémico en 2017 (Figura 6.15). Las tasas de mortalidad más altas, superiores a 12%, se presentaron en Eslovenia, Polonia, Lituania y Letonia. Las tasas fueron inferiores a 4% en Noruega, Corea, Japón y Costa Rica. Las tasas de mortalidad bajas de Japón se deben en parte a esfuerzos recientes para mejorar el tratamiento de pacientes con accidente cerebrovascular en hospitales, por medio de monitoreo sistemático de presión arterial, inversiones materiales importantes en hospitales y el establecimiento de unidades de accidente cerebrovascular (OECD, 2015[2]).

En los 23 países que reportaron tasas de datos vinculados, 12.3% de los pacientes murieron dentro de 30 días después de haber sido admitidos en el hospital por accidente cerebrovascular (Figura 6.16). Esta cifra es superior a la del indicador de muerte en el mismo hospital, porque cuenta a cada paciente sólo una vez e incluye todas las muertes.

El tratamiento para el accidente cerebrovascular isquémico ha avanzado de forma dramática en la última década, y muchos países de la OCDE cuentan con sistemas y procesos para identificar a los pacientes con isquemia cerebral lo antes posible y tratarlos de inmediato con terapia aguda de reperfusión. Entre 2007 y 2017 las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico decrecieron de manera sustancial en los países de la OCDE: las tasas con datos desvinculados de 10.1% a 7.7% ; y las de datos vinculados de 14.6% a 12.6%.

Las diferencias en el desempeño a nivel de los hospitales en los países, afectan las mediciones nacionales de accidente cerebrovascular isquémico. La reducción de esta variación es clave para proporcionar atención equitativa y reducir las tasas generales de mortalidad. La Figura 6.17 presenta la dispersión de las tasas de mortalidad de 30 días por accidente cerebrovascular isquémico en hospitales en cada país, utilizando datos vinculados y desvinculados.

Disminuir esta variación requiere de atención de isquemia cerebral de alta calidad para todos, lo que incluye el transporte oportuno de los pacientes, intervenciones médicas basadas en la evidencia y acceso a instalaciones especializadas de alta calidad, como las unidades de accidente cerebrovascular (OECD, 2015[3]). La atención oportuna es particularmente importante, y los avances en la tecnología generan nuevos modelos para atender a los pacientes con terapia de reperfusión de manera más rápida y eficiente, ya sea a través de triaje telefónico prehospitalario o administración de la terapia en la ambulancia (Chang y Prabhakaran, 2017[4])

Definición y comparabilidad

Las tasas de mortalidad nacionales se definen en el indicador "Mortalidad por infarto agudo de miocardio".

Las tasas de mortalidad a nivel hospital utilizan una metodología diferente a la de las tasas nacionales. Las tasas de hospitales se ajustan por edad, género, comorbilidad, severidad del accidente cerebrovascular y accidente cerebrovascular previo (datos vinculados sólamente). La población de referencia para las tasas de hospitales se construye con datos de los países participantes. La definición de accidente cerebrovascular isquémico a nivel hospital también difiere del indicador nacional, pues usa sólo el código I63 (infarto cerebral) de ICD-10.

La Figura 6.17 representa gráficamente la dispersión relativa de las tasas de mortalidad. Una limitante de este tipo de representación es que no detecta variaciones con relevancia estadística. Los países se ordenan en nivel ascendente de dispersión, como lo mide el rango intercuartil de tasas (entre el percentil 25 y el percentil 75). Los hospitales con menos de 50 admisiones por accidente cerebrovascular isquémico se excluyeron de ambas figuras para incrementar la confiabilidad de los datos.

Referencias

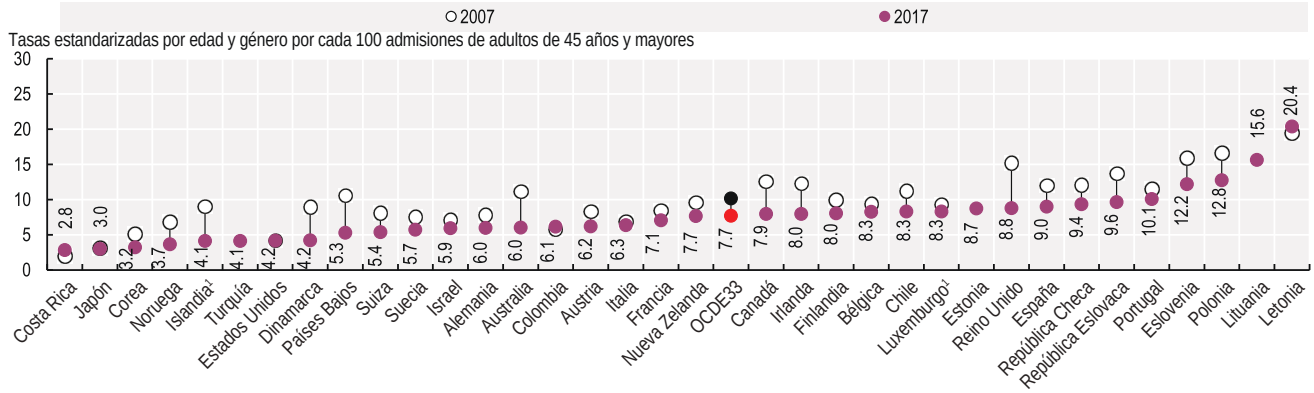
[1] American Heart Association (2017), *Heart Disease and Stroke Statistics 2017 at-a-Glance*.

[4] Chang, P. y S. Prabhakaran (2017), "Recent advances in the management of acute ischemic stroke", *F1000Research*, disponible en *http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.9191.1*.

[3] OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[2] OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en*.

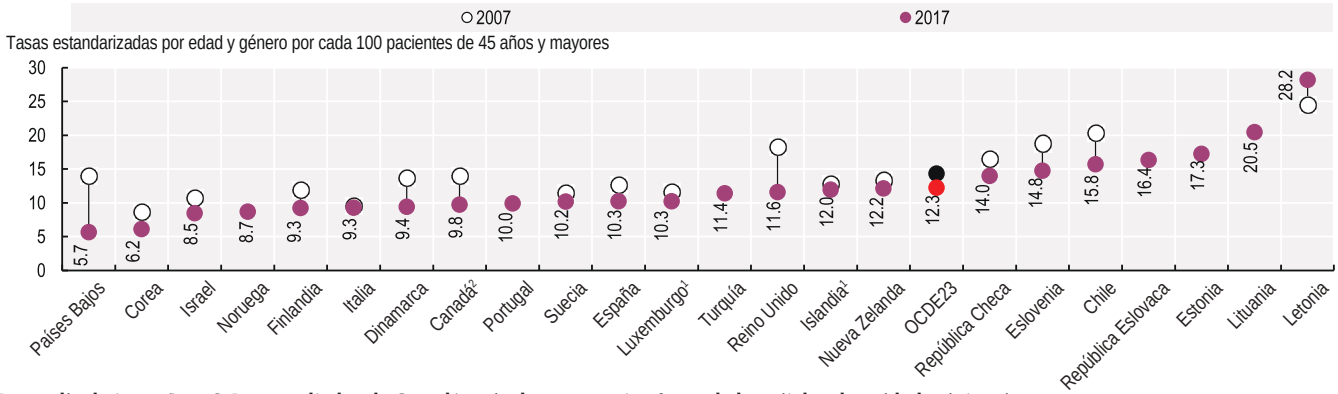
Figura 6.15. **Mortalidad de treinta días posterior a la admisión hospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico con base en datos desvinculados, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016227

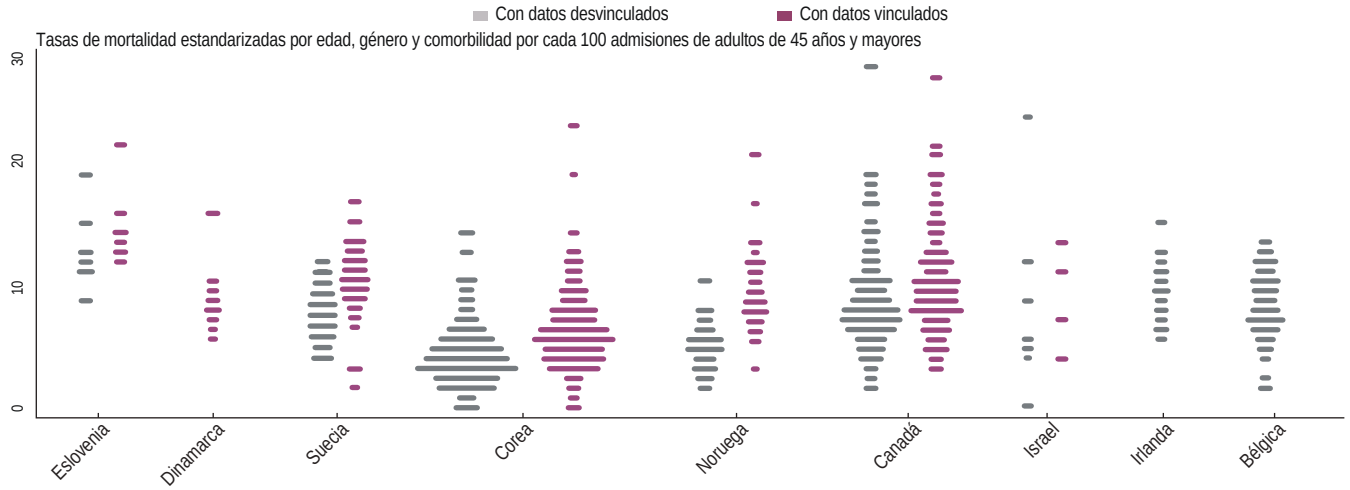
Figura 6.16. **Mortalidad de treinta días posterior a la admisión hospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico con base en datos vinculados, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años. 2. Los resultados de Canadá no incluyen muertes fuera de hospitales de cuidados intensivos.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016246

Figura 6.17 **Variaciones entre hospitales en mortalidad de 30 días posterior a la admisión por accidente cerebrovascular isquémico utilizando datos vinculados y desvinculados, 2015-17**



Nota: El ancho de cada línea en la figura representa el número de hospitales (frecuencia) con la tasa correspondiente.
Fuente: OECD Hospital Performance Data Collection 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016265

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

La mortalidad por cardiopatía coronaria ha decrecido sustancialmente desde la década de 1970 (véase el indicador "Mortalidad por enfermedades circulatorias" en el Capítulo 3). Existen avances importantes en políticas de prevención; por ejemplo, para el tabaquismo (véase el indicador "Tabaquismo entre adultos" en el Capítulo 4), y en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares que han contribuido a esta disminución (OECD, 2015[1]). Un buen indicador de la calidad de los cuidados intensivos es la tasa de mortalidad de 30 días por infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés). Esta medición refleja los procesos de atención, incluyendo el transporte oportuno de pacientes y la efectividad de las intervenciones médicas.

La Figura 6.18 muestra las tasas de mortalidad en los primeros 30 días de admisión por AMI, cuando la muerte ocurre en el mismo hospital que admitió al paciente. Este método de cálculo del indicador está influenciado no sólo por la calidad de la atención brindada en los hospitales, sino también las diferencias en las transferencias entre hospitales y el tiempo promedio de hospitalización. Las tasas más bajas se observan en Islandia, Dinamarca, Noruega, Países Bajos, Australia y Suecia (todos con 4% o menos). Las más altas se presentan en Letonia y México, lo que indica que los pacientes con AMI no siempre reciben la atención recomendada en estos países. En México, la ausencia de un sistema de atención coordinado entre los servicios primarios y los hospitales puede contribuir a los retrasos en reperfusión y los bajos índices de angioplastia (Martínez-Sánchez et al., 2017[2]).

La Figura 6.19 muestra las tasas de mortalidad de 30 días cuando los fallecimientos se registran independientemente de dónde ocurren (incluyendo después de la transferencia a otro hospital o después del alta). Éste es un indicador más robusto porque registra los datos en forma más amplia que el indicador de muerte en el mismo hospital, pero requiere un identificador único de pacientes y datos vinculados, que no están disponibles en todos los países. La tasa de mortalidad por AMI en 2014 varió de 4.0% en Países Bajos a 16.5% en Letonia.

Las tasas de mortalidad por AMI disminuyeron sustancialmente entre 2007 y 2017 (Figura 6.18 y Figura 6.19). En los países de la OCDE, la mortalidad bajó de 9.5% a 6.9% cuando se consideran muertes en el mismo hospital; y de 12.5% a 9.1% cuando se consideran muertes dentro y fuera del hospital.

Las variaciones en las tasas de mortalidad de 30 días por AMI están influenciadas por la dispersión de tasas entre hospitales en los países, según se representa en la Figura 6.20. El rango intercuartil de tasas en cada país varía de manera marcada. Las diferencias entre las tasas superior e inferior son de 1.9 muertes por cada 100 admisiones en Suecia, a 4.1 muertes por cada 100 admisiones en Corea (con base en datos vinculados).

Existen múltiples factores que contribuyen a las variaciones en los resultados de la atención, que incluyen la estructura hospitalaria, los procesos de atención y la cultura organizacional. Investigaciones recientes señalan que el aumento del número total de pacientes hospitalizados está significativamente relacionado con un mejor desempeño; lo que puede respaldar los movimientos nacionales hacia la concentración de servicios de atención (Lalloué et al., 2019[3]).

Definición y comparabilidad

La tasa de mortalidad mide el porcentaje de personas de 45 años y mayores que mueren dentro de los primeros 30 días posteriores a la hospitalización por alguna condición aguda específica. Las tasas basadas en datos desvinculados se refieren sólo a los fallecimientos que ocurren en el mismo hospital donde el paciente fue admitido. Las tasas basadas en datos vinculados consideran las muertes que ocurren en cualquier lugar, dentro o fuera del hospital. Aunque el método basado en datos vinculados se considera más sólido, requiere un identificador único de paciente para vincular conjuntos de datos relevantes, el cual no está disponible en todos los países.

Las tasas nacionales están estandarizadas por edad y género para la población de 2010 de la OCDE de 45 años y mayores admitidos en el hospital por AMI (ICD-10 códigos I21-I22) y accidente cerebrovascular isquémico (ICD-10 códigos I63-I64).

Las tasas de mortalidad por AMI a nivel hospital utilizan una metodología diferente de las tasas nacionales. Las tasas de hospitales se ajustan por edad, género, comorbilidad y AMI previos (datos vinculados sólamente). La población de referencia para las tasas de hospitales se construye con datos de los países participantes (Padget, próxima publicación[4]).

La Figura 6.20 representa gráficamente la dispersión relativa de las tasas de mortalidad. Una limitante de este tipo de representación es que no detecta variaciones con relevancia estadística. Los países se ordenan en nivel ascendente de dispersión, como lo mide el rango intercuartil de tasas (entre el percentil 25 y el percentil 75). Los hospitales con menos de 50 admisiones por AMI se excluyeron de ambas figuras para incrementar la confiabilidad de los datos.

Referencias

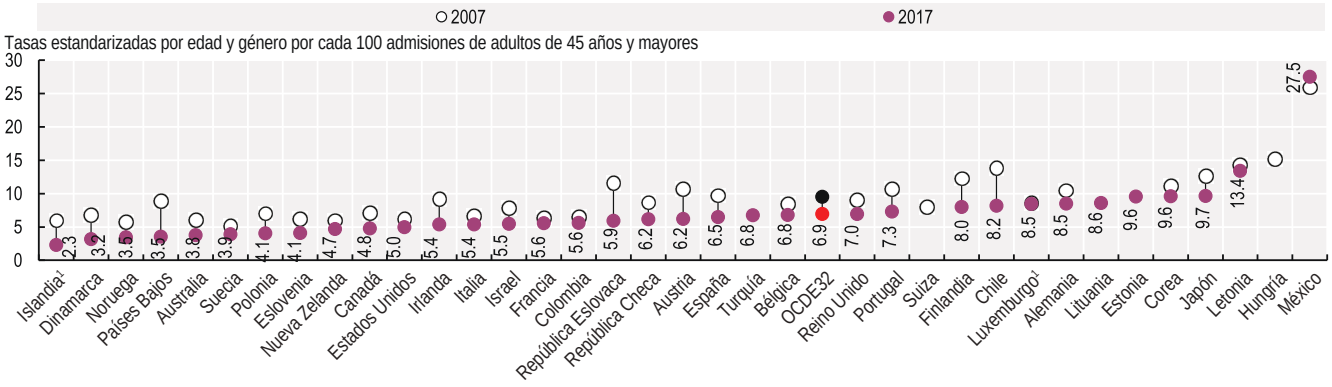
[4] Padget, M. (próxima publicación), "OECD Hospital Performance Project: Methodological Development of International Measurement of Acute Myocardial Infraction 30-Day Mortality Rates at the Hospital Level", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris.

[3] Lalloué, B. et al. (2019), "Does size matter? The impact of caseload and expertise concentration on AMI 30-day mortality-A comparison across 10 OECD countries.", *Health policy (Amsterdam, Países Bajos)*, vol. 123/5, pp. 441-448, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.007*.

[2] Martínez-Sánchez, C. et al. (2017), "Reperfusion therapy of myocardial infarction in Mexico: A challenge for modern cardiology.", *Archivos de cardiología de México*, vol. 87/2, pp. 144-150, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.12.007*.

[1] OECD (2015), Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

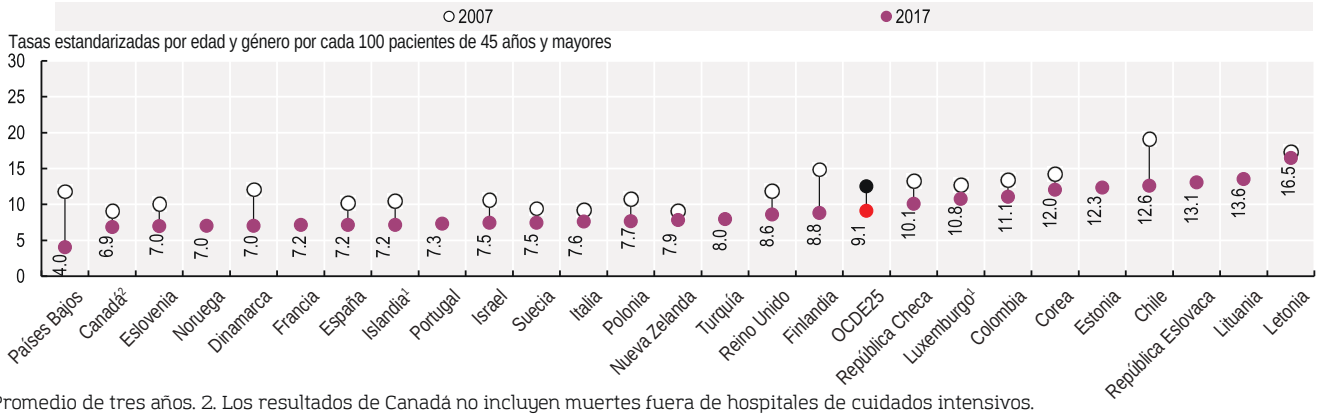
Figura 6.18. **Mortalidad de treinta días posterior a la admisión hospitalaria por AMI con base en datos desvinculados, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016284

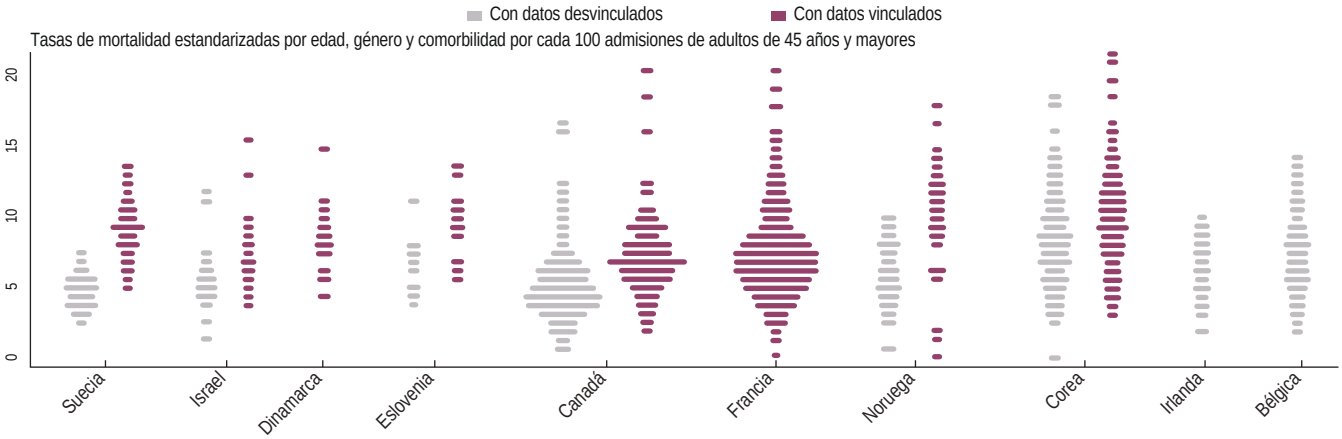
Figura 6.19. **Mortalidad de treinta días posterior a la admisión hospitalaria por AMI con base en datos vinculados, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



1. Promedio de tres años. 2. Los resultados de Canadá no incluyen muertes fuera de hospitales de cuidados intensivos.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016303

Figura 6.20. **Variaciones entre hospitales en mortalidad de 30 días posterior a la admisión por AMI utilizando datos vinculados y desvinculados, 2015-17**



Nota: El ancho de cada línea en la figura representa el número de hospitales (frecuencia) con la tasa correspondiente.
Fuente: OECD Hospital Performance Data Collection 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016322

Cirugía de cadera y rodilla

Las cirugías de reemplazo de cadera y de rodilla pueden ser tratamientos efectivos para pacientes con condiciones crónicas, como la osteoartritis (OA). Las cirugías para reparar fracturas de cadera también son comunes y efectivas. El envejecimiento y la pérdida de fuerza ósea debido a la osteoporosis son los principales factores de riesgo asociados con fracturas de cadera, que ocurren normalmente en caídas. En la mayoría de los casos se requiere una intervención quirúrgica para reparar o reemplazar la articulación fracturada en la cadera.

El tratamiento de pacientes con OA en cadera y rodilla tiene como objetivo reducir el dolor en las articulaciones y mejorar la funcionalidad, movilidad y calidad de vida (QoL, por sus siglas en inglés) del paciente. En general, se recomienda la cirugía si los síntomas que afectan sustancialmente la calidad de vida persisten después de agotar las posibilidades de tratamiento no quirúrgico (NICE, 2014[1]). Las tasas estandarizadas por edad de reemplazo de cadera y rodilla se han incrementado en la última década, y tienen una variación de hasta cinco veces en los países y entre ellos (OECD, 2014[2]).

La Figura 6.21 muestra la media de puntajes brutos reportados por pacientes antes, y a los 6 o 12 meses de la cirugía electiva de reemplazo de cadera por OA de un conjunto de programas de reemplazo de cadera nacionales o subnacionales, utilizando Oxford Hip Score y HOOS-PS, que están validados por mediciones de resultados reportados por pacientes (PROMs, por sus siglas en inglés), desarrollados específicamente para dolor de cadera y rodilla. En todos los programas, el paciente promedio reportó un puntaje más alto después de la cirugía, lo que sugiere que los resultados en promedio son positivos.

La Figura 6.22 muestra la media de puntajes brutos reportados por pacientes antes, y a los 6 o 12 meses de la cirugía electiva de reemplazo de rodilla por OA de programas nacionales y subnacionales, utilizando los instrumentos Oxford Knee Score y KOOS-PS. En promedio, los pacientes de reemplazo de rodilla también reportan mejoría después de la cirugía en todos los programas. El grado de mejoría posterior al reemplazo de rodilla fue en promedio más modesto que el reportado por los pacientes de reemplazo de cadera. Sin embargo, la recuperación de pacientes de artroplastia de rodilla toma más tiempo. Se presentan más resultados y análisis de estas mediciones en el Capítulo 2.

Mientras que el reemplazo de cadera por OA es un procedimiento electivo, la reparación de una fractura de cadera es normalmente un procedimiento de urgencia. La evidencia sugiere que la intervención quirúrgica oportuna mejora los resultados para los pacientes y minimiza los riesgos de complicaciones. El consenso general es que la cirugía debe ocurrir dentro de los primeros dos días (48 horas) de la admisión en el hospital (National Clinical Guideline Centre, 2011[3]).

El tiempo para la cirugía (TTS, por sus siglas en inglés) se considera un indicador de proceso clínicamente significativo de la calidad de cuidados agudos de pacientes con fractura de cadera. Sin embargo, el TTS tiene influencia de muchos factores, como la capacidad de quirófanos de los hospitales, el flujo y acceso, y de intervenciones de políticas específicas, incluyendo reportes públicos y monitoreo del desempeño (Siciliani, Borowitz y Moran, 2013[4]).

Durante 2017, en los países de la OCDE en promedio, más de 80% de los pacientes admitidos por fractura de cadera se sometieron a cirugía dentro de los primeros dos días (Figura 6.23). Esto representa un incremento modesto de 2.7 puntos porcentuales (de 78.2% a 80.9%) desde 2012.

El avance más grande se observó en Israel (de 68% a 89%). Las políticas específicas que incentivan de manera efectiva la cirugía oportuna para admisiones por fractura de cadera explican parcialmente este resultado. En contraste, Islandia, República Checa, Portugal y Letonia reportaron una disminución de la proporción en este período, lo que sugiere la necesidad de intervenciones políticas.

Definición y comparabilidad

Los resultados PROM se basan en datos de pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla, con un diagnóstico principal de OA, que completaron los cuestionarios de Oxford Hip/Knee Score y/o H/KOOS, pre y post operación (OECD, próxima publicación[5]). En ambas escalas, un puntaje más alto denota mejores resultados. La recopilación de datos a los 6 meses en comparación con 12 meses tiene influencia en los resultados. La dimensión de los programas participantes varió de países enteros a hospitales individuales. Para mayores detalles del enfoque metodológico y temas de comparabilidad, refiérase al Capítulo 2.

El indicador de fractura de cadera se define como la proporción de pacientes de 65 años y mayores admitidos en el hospital en un año específico con un diagnóstico de fractura superior de fémur, que se sometieron a cirugía dentro de dos días calendario posteriores a su admisión. La capacidad de registrar los datos administrativos de admisión y cirugía en los hospitales varía entre países, y resulta en limitantes para registrar de manera precisa las cirugías dentro de 48 horas en algunos países.

Aunque deben excluirse los casos en los que la fractura de cadera ocurrió durante la admisión en el hospital, no todos los países tienen una indicación de 'presente en la admisión' en sus conjuntos de datos que les permita identificar esos casos con precisión.

Referencias

[3] National Clinical Guideline Centre (2011), *The management of hip fracture in adults*, National Clinical Guideline Centre, Londres, disponible en *http://www.ncgc.ac.uk*.

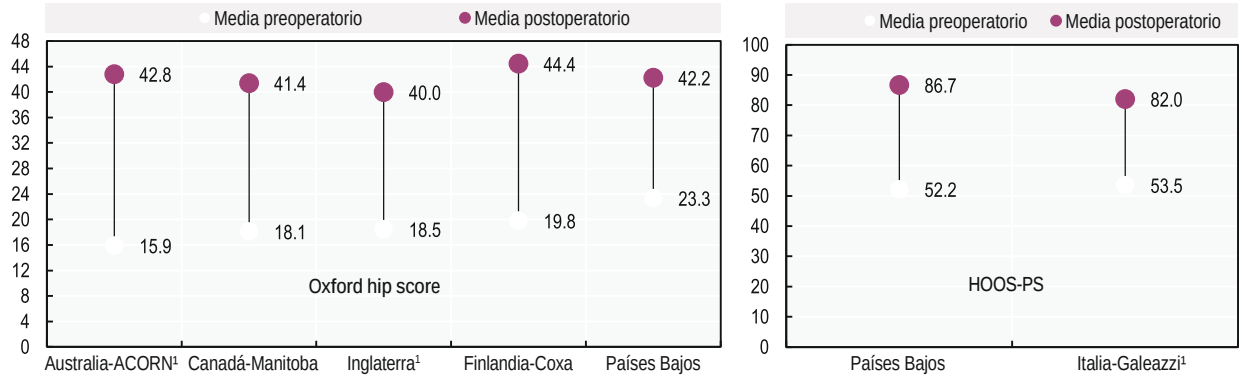
[1] NICE (2014), Osteoarthritis: care and management, The National Institute for Health and Care Excellence.

[2] OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

[5] OECD (próxima publicación), "Patient-reported outcome indicators in joint replacement and breast cancer surgery", *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, París.

[4] Siciliani, L., M. Borowitz y V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

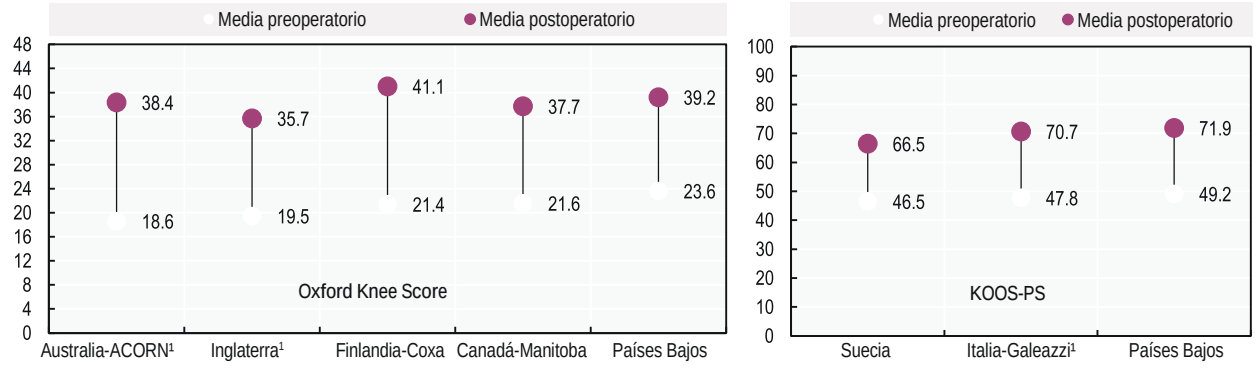
Figura 6.21. **Media bruta de puntajes pre y postoperatorios de Oxford Hip Score y HOOS-PS, 2013-16 (o año más cercano)**



1. Medida postoperatoria a los 6 meses.
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016341

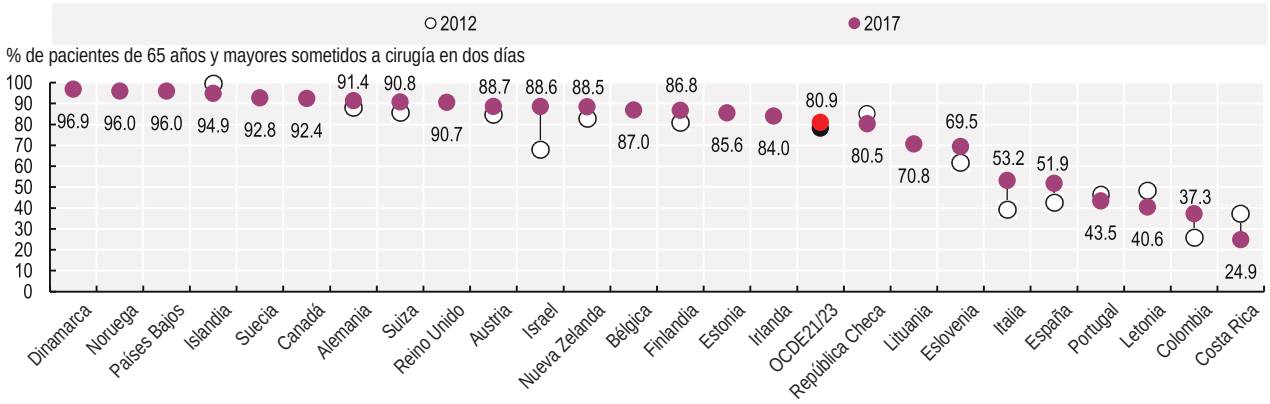
Figura 6.22. **Media bruta de puntajes pre y postoperatorios de Oxford Knee Score y KOOS-PS, 2013-16 (o año más cercano)**



1. Medida postoperatoria a los 6 meses.
Fuente: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016360

Figura 6.23. **Inicio de cirugía por fractura de cadera dentro de los dos días después de la admisión al hospital, 2012 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016379

Cuidados para personas con desórdenes de salud mental

La carga de los trastornos mentales es sustancial, y se calcula que afecta a una de cada cinco personas de la población de los países de la OCDE en algún momento, y a una de cada dos a lo largo de su vida (véase el indicador "Salud mental" en el Capítulo 3). El costo total de los problemas de salud mental se calcula entre 3.5% y 4% del PIB en los países de la OCDE (OECD, 2018[1]). El cuidado oportuno y de alta calidad tiene el potencial de mejoras en los resultados y puede contribuir a reducir el suicidio y la mortalidad excesiva de individuos con desórdenes mentales.

La atención de alta calidad para desórdenes mentales en contextos de hospitalización es vital, y el suicidio de pacientes hospitalizados es un evento "nunca" que debe ser monitoreado de cerca como indicador de la capacidad de los hospitales de mantener a los pacientes seguros, sin hacerse daño. La mayoría de los países reporta tasas de suicidio de pacientes hospitalizados que son inferiores a 10 por cada 10 000 pacientes, con excepción de Dinamarca, con tasas superiores a 10 (Figura 6.24). Las acciones para prevenir el suicidio de pacientes hospitalizados incluyen la identificación y remoción de posibilidades de daño autoinfligido, evaluación de riesgo de los pacientes, monitoreo y planes adecuados de tratamiento. Si bien el suicidio de pacientes hospitalizados debe ser considerado un evento nunca, algunas prácticas que reducen el riesgo de suicidio -como el uso de ataduras- pueden impedir la atención de calidad.

Las tasas de suicidio posterior al alta hospitalaria pueden ser un indicador de la calidad de los cuidados en la comunidad, así como de la coordinación entre los contextos hospitalario y comunitario. En los países de la OCDE, las tasas de suicidio de pacientes que estuvieron hospitalizados en el año previo fue de solo 10 por cada 10 000 pacientes en Islandia y Reino Unido; pero superior a 50 por cada 10 000 pacientes en Países Bajos, Eslovenia y Lituania (Figura 6.25). Los pacientes con una enfermedad psiquiátrica están especialmente en riesgo inmediatamente después de su alta del hospital, pero se sabe que el suicidio en los días de riesgo después del alta se puede reducir con una planeación adecuada del alta y el seguimiento, y mejores niveles de atención inmediatamente después del alta.

La tasa de mortalidad de los individuos con una enfermedad psiquiátrica es superior que la de la población en general. Un valor de "exceso de mortalidad" superior a uno, implica que las personas con desórdenes mentales tienen un riesgo de muerte mayor que el resto de la población. La Figura 6.26 muestra el exceso de mortalidad para esquizofrenia y desorden bipolar, superior a dos en la mayoría de los países. Se requiere un enfoque multifacético para reducir la alta mortalidad de las personas con desórdenes de salud mental, incluyendo prevención de mala salud física en atención primaria, mejor integración de servicios de atención de salud física y mental, intervenciones de comportamiento y cambio en las actitudes profesionales (OECD, 2014[2]).

Las experiencias de los pacientes también pueden dar información sobre la calidad de la atención prestada a los individuos diagnosticados con un problema de salud mental. En los países de la OCDE en promedio, los pacientes diagnosticados con un trastorno de salud mental tienen menor inclinación a reportar que fueron tratados con cortesía y respeto por médicos y enfermeros durante la hospitalización que aquellos pacientes hospitalizados que nunca han sido diagnosticados con un problema de salud mental (Figura 6.27). Adicionalmente, en varios países como Australia, Suecia y Francia, las personas diagnosticadas con un trastorno de salud mental tienen mayor probabilidad de haber recibido información contradictoria de diferentes profesionales sanitarios (véase el Capítulo 2). Esto sugiere que es necesario mejorar la calidad de la atención para personas con desórdenes de salud mental.

Definición y comparabilidad

El indicador de suicidios de pacientes hospitalizados se compone de un denominador de pacientes dados de alta con un código de diagnóstico principal o dos de diagnósticos secundarios iniciales de salud mental y desórdenes de conducta (ICD-10 códigos F10-F69 y F90-99) y un numerador de estos pacientes con un código de "suicidio" (ICD-10 códigos X60-X84). Los datos deben ser interpretados con cautela debido al número muy bajo de casos. Las tasas reportadas pueden variar en el tiempo, así que donde ha sido posible, se ha calculado un promedio de 3 años para dar mayor estabilidad al indicador, excepto en Nueva Zelanda.

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

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

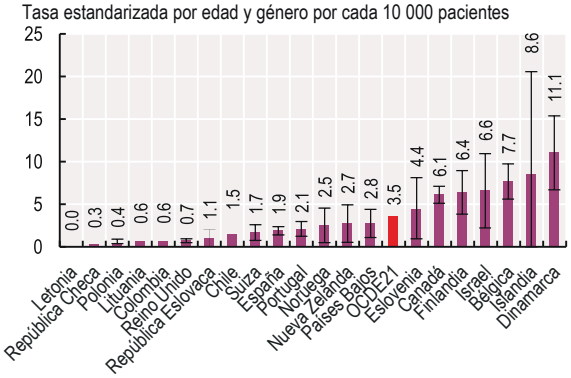
Para información sobre el monitoreo de la experiencia de los pacientes, véase la encuesta Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults de 2016. Las diferencias entre países deben ser interpretadas con cautela, dada la heterogeneidad en la naturaleza y el tamaño de las muestras de cada país.

Referencias

[1] OECD (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/Unión Europea, Bruselas, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.*

[2] OECD (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en.*

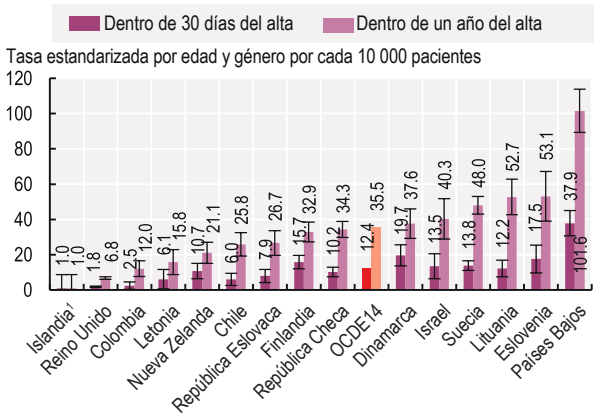
Figura 6.24. **Suicidio de pacientes hospitalizados con un desorden psiquiátrico, 2015-17 (o año más cercano)**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016398

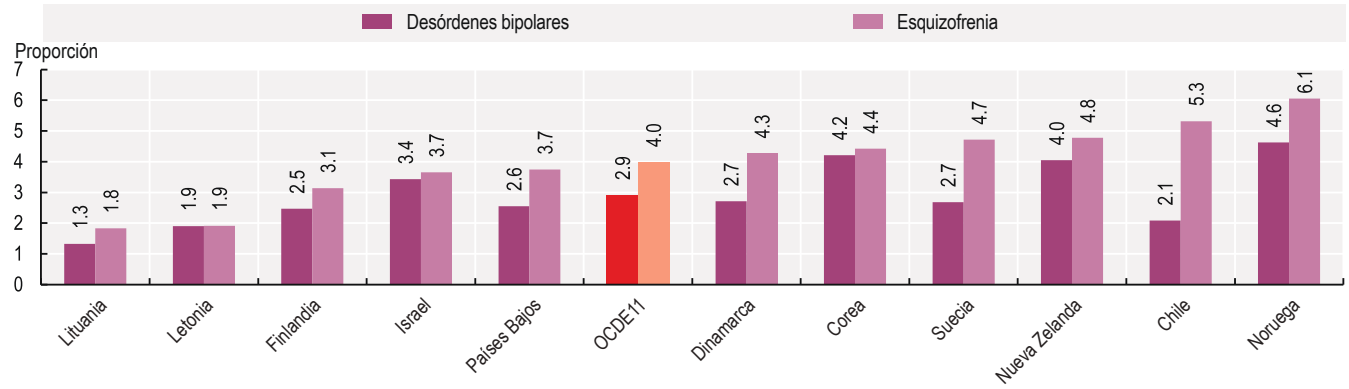
Figura 6.25. **Suicidio posterior a la hospitalización por desorden psiquiátrico, dentro de 30 días y un año del alta, 2017 (o año más cercano**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016417

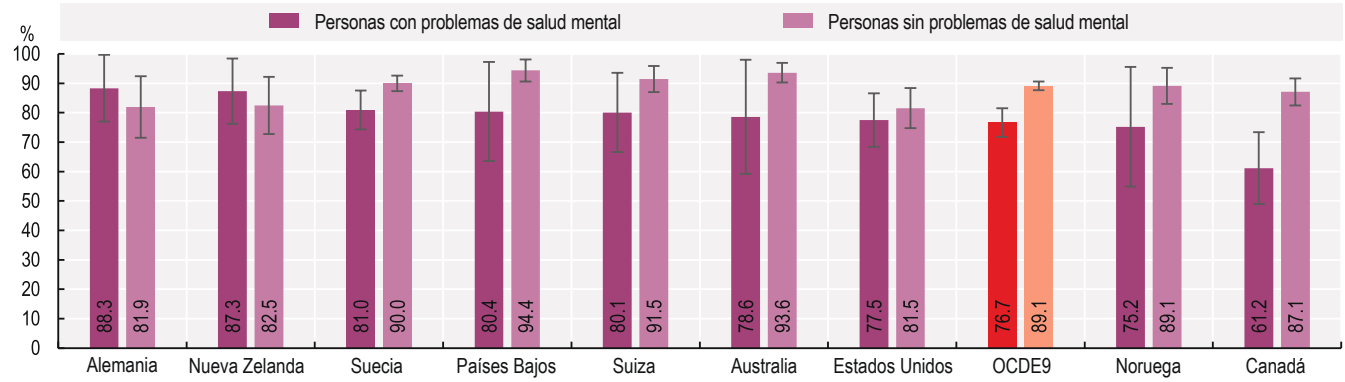
Figura 6.26. **Exceso de mortalidad por desorden bipolar y esquizofrenia, 2015-17**



Nota: Los datos representan promedios de tres años, excepto para Países Bajos (promedio de dos años).
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016436

Figura 6.27. **Proporción de personas tratadas con cortesía y respeto por médicos y enfermeros durante la hospitalización, 2016**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%.
Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016455

Resultados de cáncer de mama

El cáncer de mama es el de mayor incidencia entre mujeres en todos los países de la OCDE, y la segunda causa más común de muerte por cáncer entre mujeres (véase el indicador "Incidencia y mortalidad por cáncer" en el Capítulo 3).

Durante el periodo 2010-14 en los países de la OCDE, un promedio de 51.5% de mujeres con cáncer de mama fueron diagnosticadas en la etapa temprana de la enfermedad, mientras que 8.6% fueron diagnosticadas en etapa avanzada (Figura 6.28). Los países con una proporción alta de mujeres diagnosticadas en etapa temprana, como Estados Unidos y Japón, tienen por consiguiente una proporción baja de mujeres diagnosticadas en etapa avanzada. Desde la década de 1980, la mayoría de los países de la OCDE han adoptado programas de detección temprana como una forma efectiva de diagnóstico oportuno (OECD, 2013[1]), lo que ha contribuido a aumentar la proporción de mujeres diagnosticadas en etapa temprana.

En la mayoría de los países de la OCDE, la sobrevivencia neta de cinco años de mujeres con cáncer de mama ha mejorado en años recientes, lo que refleja un avance general en la calidad de la atención de cáncer (Allemani et al., 2018[2]). En todos los países de la OCDE, la probabilidad acumulativa de sobrevivir al cáncer por al menos cinco años es de 90% para las mujeres diagnosticadas en etapa temprana o localizada, y la variación internacional es pequeña (Figura 6.29). Sin embargo, la sobrevivencia neta de mujeres diagnosticadas en etapa avanzada es aún baja y varía ampliamente, de alrededor de 30% en Austria y Lituania, a más de 50% en Israel y Finlandia.

En los países de la OCDE, proveedores y pacientes motivados utilizan cada vez más las mediciones de resultados reportados por pacientes (PROMs, por sus siglas en inglés), para informar las decisiones clínicas difíciles en relación con el cáncer de mama. La Figura 6.30 presenta los puntajes crudos de resultados a los 6-12 meses después de la cirugía de mama (terapia de conservación y reconstrucción de mama) para 11 centros clínicos de ocho países. Los resultados se midieron utilizando las escalas relevantes de satisfacción postoperatoria con los senos de la herramienta BREAST-Q, un instrumento validado internacionalmente que se emplea para medir los resultados de cirugía de mama reportados por pacientes (Pusic et al., 2009[3]). En el Capítulo 2 se presentan más resultados y análisis de esta medición.

La Figura 6.31 presenta la proporción de mujeres que se sometieron a cirugías de reconstrucción autóloga y con implante en cada centro clínico. Los puntajes brutos consolidados de los centros participantes indican que las mujeres están 6% más satisfechas con sus senos después de la cirugía de reconstrucción autóloga que después de la reconstrucción con implantes (véase la Figura 2.9 en el Capítulo 2). Este resultado concuerda con la evidencia existente (Matros et al., 2015[4]) y puede ser una consideración importante, si es posible elegir la intervención quirúrgica.

Estos resultados PROM no son representativos para cada país, pero demuestran que existe la capacidad de que las mediciones de este tipo se reporten internacionalmente. Algunos países de la OCDE están incrementando los esfuerzos de medición de PROMs para cáncer de mama a medida que su utilidad se aprecia cada vez más. Por ejemplo, en Países Bajos, se ha identificado el cáncer de mama como una de las posibles áreas de prioridad de un esfuerzo de política nacional para medir de manera sistemática los resultados reportados por pacientes.

Definición y comparabilidad

Las etapas del cáncer de mama se categorizan en el diagnóstico de acuerdo al sistema Tumor, Nodo, Metástasis (TNM, por sus siglas en inglés). En este análisis, "etapa temprana o localizada" se refiere a tumores que no involucran ganglios linfáticos o metástasis (T1-3, N0, M0), "etapa intermedia" se refiere a tumores que involucran ganglios linfáticos pero no metástasis (T1-3, N1-3, M0), y "etapa avanzada" se refiere a tumores grandes, con ulceración o involucramiento de la pared torácica, y los que tienen metástasis a otros órganos (T4, cualquier N, M0 o M1).

La sobrevivencia neta de cinco años se refiere a la probabilidad acumulativa de que un paciente de cáncer viviera cinco años después del diagnóstico, si el cáncer fuera la única causa de muerte posible. Este enfoque de periodo se utiliza para permitir el cálculo de sobrevivencia de cinco años cuando el seguimiento por este tiempo no está disponible. Los cálculos de sobrevivencia al cáncer están estandarizados por edad con las medidas del International Cancer Survival Standard.

Los datos de pacientes con cáncer fueron proporcionados por catastros de cáncer nacionales o regionales. El control de calidad y los análisis de distribución de etapas y sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad fueron llevados a cabo de manera central como parte de CONCORD, el programa global de monitoreo de sobrevivencia al cáncer, liderado por London School of Hygiene and Tropical Medicine (Allemani et al., 2018[2]).

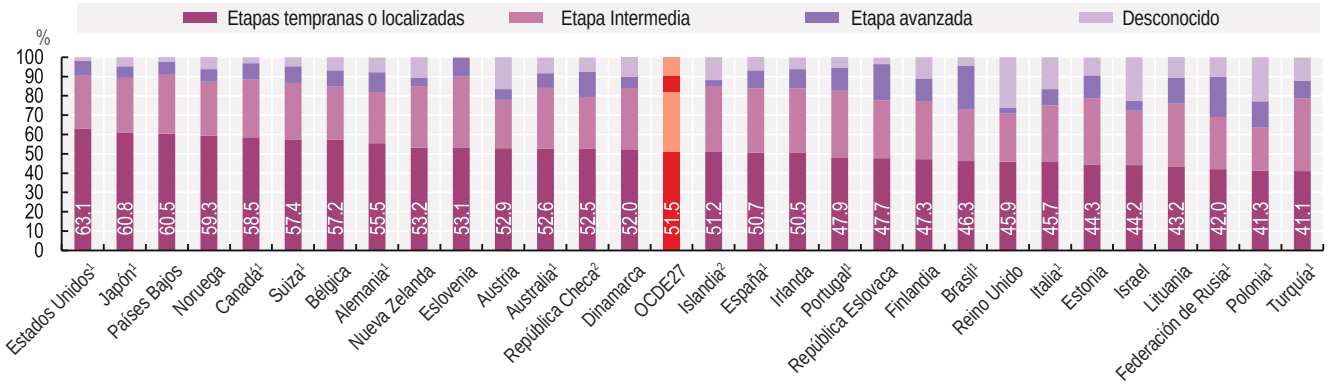
El Recuadro 2.3 en el Capítulo 2 contiene mayor detalle sobre la escala de satisfacción con los senos BREAST-Q, utilizada para medir los PROMs de cáncer de mama. Los datos que se presentan son sólamente de una selección de centros y nos son representativos de cada país. Debe notarse que las mediciones se extienden más allá de los 12 meses después de la cirugía para centros clínicos en Suecia y Suiza.

Referencias

[2] OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

[1] Ono, T., M. Schoenstein y J. Buchan. (2014), "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", *OECD Health Working Papers*, . núm. 69, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en*.

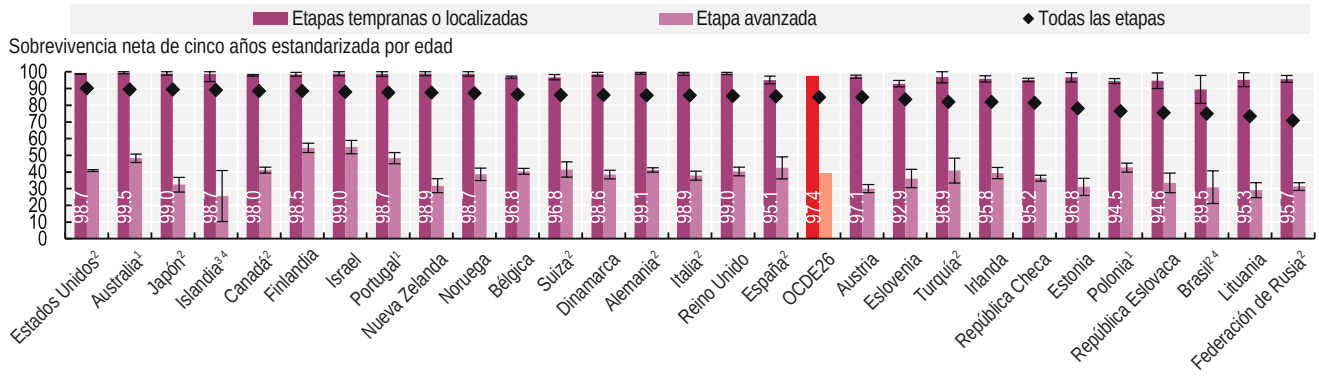
Figura 6.28. **Distribución de etapas de cáncer, 2010-14**



1. Los datos representan cobertura de menos del 100% de la población nacional. 2. Datos para 2004-09.
Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016474

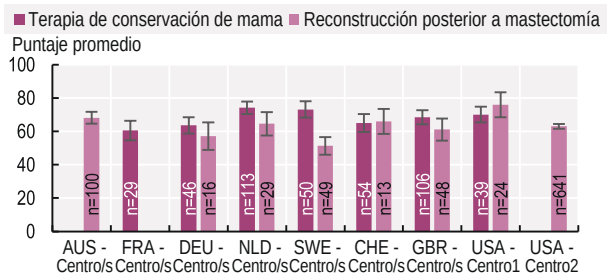
Figura 6.29. **Sobrevivencia neta de cinco años al cáncer de mama por etapa al tiempo del diagnóstico, 2010-14**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. La cobertura es menos de 100% de la población nacional para cálculos de sobrevivencia de etapas específicas. 2. La cobertura es menos de 100% de la población nacional. 3. Los cálculos de sobrevivencia para etapas avanzadas no están estandarizados por edad. 4. Datos para 2004-09.
Fuente: CONCORD programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016493

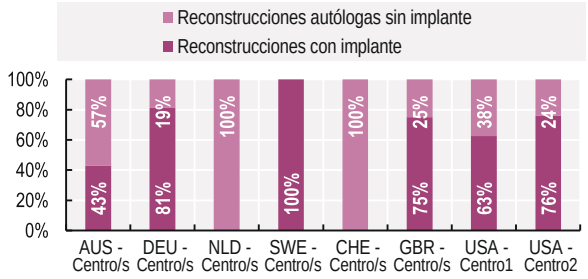
Figura 6.30. **Satisfacción auto reportada con cirugía de mama: puntajes brutos 6-12 meses después de la cirugía, 2017-18 (o año más cercano)**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. La información en la base del histograma se refiere al tamaño de la muestra en cada centro.
Fuente: PaRIS Breast Cancer PROMs Pilot Data Collection 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016512

Figura 6.31. **Tipo de cirugía de reconstrucción de mama, proporción del total, 2017-18 (o año más cercano)**



Fuente: PaRIS Breast Cancer PROMs Pilot Data Collection 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016531

Detección y sobrevivencia al cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es el tercer tipo de diagnóstico de cáncer más común, después del de mama y de próstata en los países de la OCDE, y la tercera causa más común de muerte por cáncer (véase el indicador "Incidencia y mortalidad por cáncer" en el Capítulo 3) (GLOBOCAN, 2018[1]). Existen diferentes factores que incrementan el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, como el envejecimiento, colitis ulcerosa, pólipos colorrectales previos, o una historia familiar de cáncer colorrectal; así como factores de estilo de vida como una dieta alta en grasas y baja en fibra, ausencia de actividad física, obesidad, tabaquismo y consumo de alcohol. En la mayoría de los países, la incidencia es significativamente más alta para hombres que para mujeres. Con frecuencia el cáncer rectal es más difícil de tratar que el cáncer de colon, debido a una mayor probabilidad de que se extienda a otros tejidos, recurrencia y complicaciones postoperatorias.

Un número creciente de países de la OCDE ha introducido pruebas de detección de base demográfica, dirigidas a hombres y mujeres en sus 50 y 60 años a nivel nacional o regional (OECD, 2013[2]). En la mayoría de los países que ofrecen pruebas de sangre oculta en las heces, las pruebas de detección están disponibles cada dos años. El programa de periodicidad de las pruebas de seguimiento es menos frecuente con colonoscopia y sigmoidoscopia flexible -generalmente cada diez años. Estas diferencias dificultan las comparaciones internacionales de la cobertura de la detección.

En 2014, un promedio de 40.4% de las personas entre 50 y 74 años en los países de la OCDE, se había hecho una prueba de sangre oculta en las heces al menos una vez en su vida (Figura 6.32), y 18.4% de las personas de todas las edades se habían sometido a una colonoscopia al menos una vez en su vida. La cobertura de población para la detección de cáncer colorrectal es aún mucho más baja que para cáncer de mama y cervical en muchos países de la OCDE.

Los avances en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer colorrectal -incluyendo mejores técnicas quirúrgicas, radioterapia y quimioterapia combinada, junto con acceso más amplio y oportuno a los tratamientos- han contribuido a una sobrevivencia mayor en la última década en los países de la OCDE. En promedio, la sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad de pacientes diagnosticados en el periodo 2010-14, alcanzó 62.1% para cáncer de colon y 60.6% para cáncer rectal (Figura 6.33 y Figura 6.34). Algunos países han logrado avances considerables en los últimos 10 años, como Dinamarca, Corea y Lituania para cáncer de colon; y República Checa, Dinamarca, Corea, Irlanda, Letonia, Lituania y Eslovenia para cáncer rectal.

La variación internacional en sobrevivencia neta de cinco años, estandarizada por edad, a cánceres de colon y recto entre los países de la OCDE es muy amplia. Por ejemplo, es mucho mayor en Corea que en Chile para cáncer de colon (71.8% frente a 43.9%) y cáncer rectal (71.1% frente a 32.7%). Los países donde la sobrevivencia al cáncer de colon es baja, también tienden a tener sobrevivencia baja para cáncer rectal, como ocurre en Chile, República Checa, Letonia, Polonia, República Eslovaca y Turquía. En años recientes, algunos de estos países han avanzado en el fortalecimiento de sus sistemas para reducir la carga del cáncer colorrectal. Por ejemplo, en 2013 Chile incluyó el tratamiento para cáncer colorrectal en su plan de cobertura garantizada de salud (OECD, 2019[4]).

A fin de hacer frente a resultados pobres para otros tipos de cáncer (véase el indicador "Sobrevivencia a otros tipos importantes de cáncer"), varios países de la OCDE han implementado una postura más integral para fortalecer sus sistemas de atención de cáncer. En Letonia, la prestación de servicios de atención del cáncer se ha centralizado y la experiencia se ha concentrado en instituciones especializadas para mejorar la calidad y eficiencia del servicio. También se adoptó en 2017 un plan nacional para mejorar la atención de cáncer a través de prevención, mejor acceso al diagnóstico temprano y tratamiento óptimo, así como rehabilitación y cuidados paliativos (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017[6]).

Definición y comparabilidad

La sobrevivencia neta se define en el indicador "Resultados de cáncer de mama". Los cálculos de sobrevivencia se basan en registros de pacientes con cáncer, con códigos C18-C19 de ICD-10 (International Classification of Diseases for Oncology, tercera edición) para cáncer de colon, y códigos C20-C21 de ICD-10 para cáncer rectal.

Referencias

[5] Allemani, C. et al. (2018), "Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries", *The Lancet*, vol. 391/10125, pp. 1023-1075, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3*.

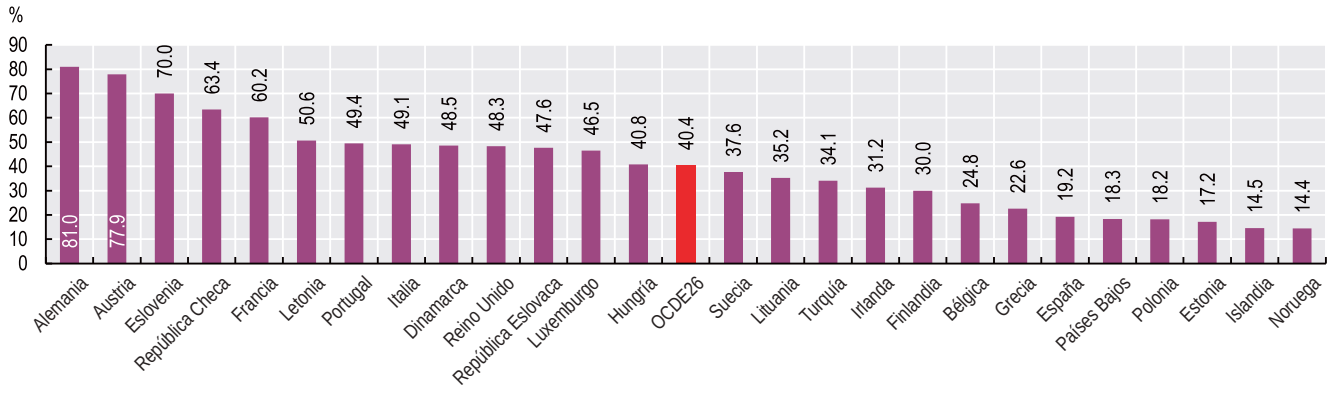
[1] GLOBOCAN (2018), *Cancer Today*, disponible en https://gco.iarc.fr/today/home.

[3] OECD (2019), *OECD Reviews of Public Health: Chile: A Healthier Tomorrow*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264309593-en*.

[2] OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[4] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Latvia: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264283466-en*.

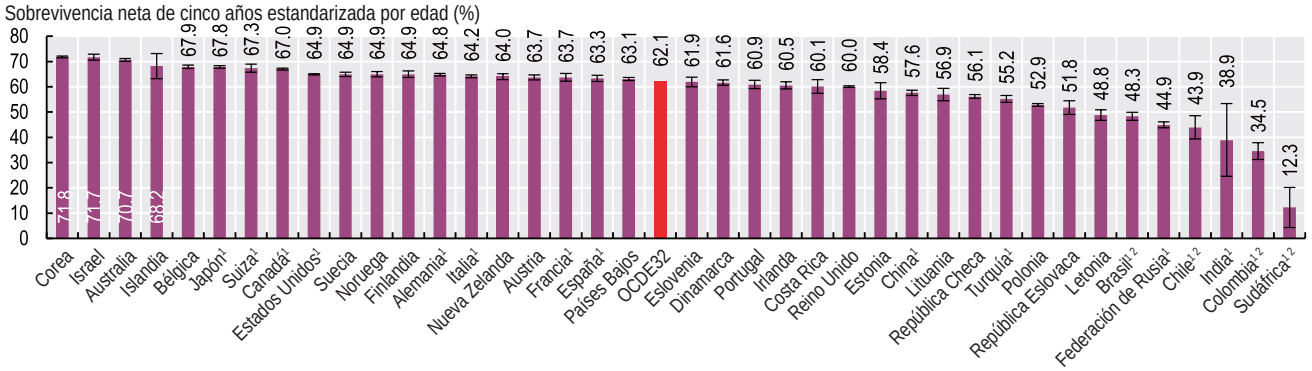
Figura 6.32. **Personas de 50-74 años que se han hecho pruebas de sangre oculta en las heces al menos una vez en su vida, 2014**



Fuente: European Health Interview Survey 2014.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016550

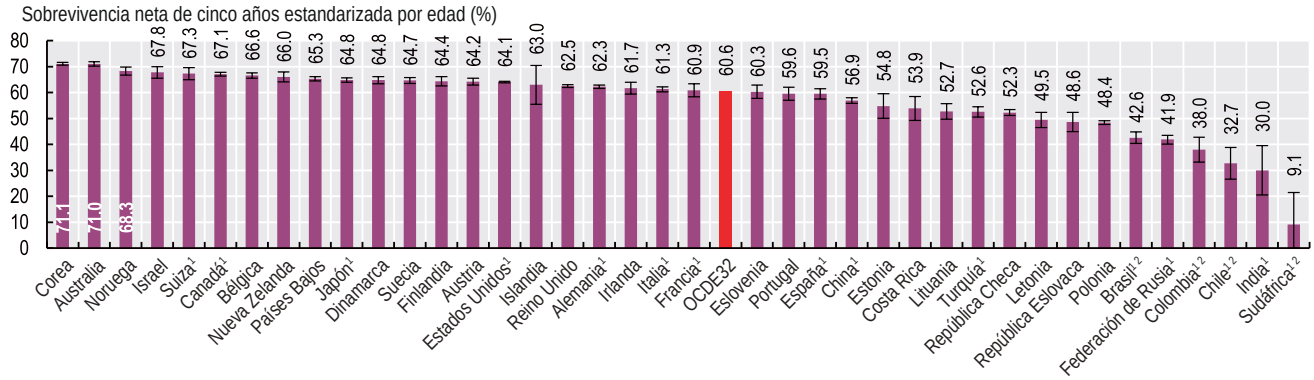
Figura 6.33. **Sobrevivencia neta de cinco años al cáncer de colon, 2010-14**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Los datos representan una cobertura menor a 100% de la población nacional. 2. Los cálculos de sobrevivencia se consideran menos confiables: véase Allemani et al. (2018) para más información.
Fuente:: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016569

Figura 6.34. **Sobrevivencia neta de cinco años al cáncer rectal, 2010-4**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Los datos representan una cobertura menor a 100% de la población nacional. 2. Los cálculos de sobrevivencia se consideran menos confiables 3. Los cálculos de sobrevivencia no están estandarizados por edad.
Fuente:: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016588

Sobrevivencia a otros tipos importantes de cáncer

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer para hombres y mujeres en los países de la OCDE (véase el indicador "Incidencia de cáncer y mortalidad" en el Capítulo 3). Los principales factores de riesgo son el tabaquismo, tabaquismo pasivo, exposición a radón y/o ciertos compuestos químicos y sustancias como arsénico, asbesto, berilio, cadmio, gases de carbón y coque, sílice y níquel, contaminación del aire, y una historia familiar de cáncer de pulmón. A raíz de que la tendencia de fumar ha decrecido en décadas recientes (véase el indicador "Tabaquismo entre adultos" en el Capítulo 4), los índices de incidencia de cáncer de pulmón han disminuido en los países de la OCDE. Sin embargo, junto con la cardiopatía isquémica, los accidentes de tránsito y las muertes relacionadas con el consumo del alcohol, el cáncer de pulmón sigue siendo una de las principales causas de mortalidad prevenible en los países de la OCDE.

Comparado con otros tipos de cáncer, como el de mama y el colorrectal (véanse los indicadores "Resultados de cáncer de mama" y "Detección y sobrevivencia al cáncer colorrectal"), el cáncer de pulmón sigue estando asociado con condiciones de vida de pobreza. En promedio en los países de la OCDE, la probabilidad acumulativa de los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón de sobrevivir al menos cinco años es menor a 20% (Figura 6.35). En todos los países de la OCDE, la sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad varió de 32.9% en Japón a 4.6% en Chile en el periodo 2010-14, y es baja en Lituania, República Checa, República Eslovaca, Finlandia y Reino Unido. En años recientes, la sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad se ha incrementado sustancialmente en Dinamarca, Irlanda, Corea y Francia. Las pruebas de detección de cáncer de pulmón no son comunes en los países de la OCDE, pero en Japón, se recomienda un estudio anual de rayos X de tórax para personas de 40 años y mayores, así como citología de esputo para fumadores de 50 años y mayores que han fumado más de 600 cigarrillos en su vida (OECD, 2019[1]); y en Reino Unido el English National Health Service está lanzando el programa de salud pulmonar Targeted Lung Health Checks Programme.

Otro tipo de cáncer comúnmente diagnosticado es el gástrico, que es la quinta causa más importante de muerte por cáncer en los países de la OCDE (GLOBOCAN, 2018[2]). Los principales factores de riesgo para cáncer gástrico son edad, género, tabaquismo, infección de Helicobacter pylori, predisposición genética, anemia perniciosa, úlcera péptica, y cirugía gástrica. La OMS recomienda que los países con una carga importante de cáncer gástrico consideren la introducción de pruebas de detección y tratamiento de H. pylori de base demográfica según el contexto local, como las prioridades de salud y la relación costo-efectividad (IARC, 2014[3]). En algunos países de la OCDE la incidencia de cáncer gástrico es alta, como en Chile, Corea y Japón; en donde están disponibles pruebas de detección para ciertos grupos de edad (OECD, 2019[1]; OECD, 2019[4]).

La sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad al cáncer gástrico es particularmente alta en Corea y Japón (60% o más), pero varía entre 20% y 40% en otros países de la OCDE (Figura 6.36). La sobrevivencia neta es baja en Chile, lo que sugiere que se pueden mejorar las estrategias de detección de cáncer gástrico a través de una mayor participación de los interesados, mejores estrategias de comunicación para incrementar la sensibilización de la población y mejor acceso a las pruebas de detección (OECD, 2019[4]).

La leucemia es el cáncer más común entre niños de 0 a 14 años, y representa más de 30% de todos los tipos de cáncer diagnosticados en niños en el mundo (GLOBOCAN, 2018[2]). Las causas de la leucemia no se conocen totalmente, pero algunos factores de riesgo conocidos incluyen factores hereditarios, como el síndrome de Down y una historia familiar de leucemia, y factores no hereditarios, como la exposición a la radiación ionizante. Existen diferentes tipos de leucemia, pero en alrededor de tres cuartas partes de casos de niños se trata de leucemia linfoblástica aguda (ALL, por sus siglas en inglés). La prognosis para leucemia depende de varios factores que incluyen edad, conteo inicial de glóbulos blancos, género, reacción inicial al tratamiento de inducción y tipo de leucemia. Los niños con leucemia aguda que están libres de la enfermedad por cinco años se consideran curados, ya que es rara la remisión después de cinco años.

La sobrevivencia neta de cinco años estandarizada por edad de niños con ALL fue en promedio 83.7% en el periodo 2010-14 en los países de la OCDE (Figura 6.37), y mejoró durante este tiempo debido a los avances en quimioterapia y tecnología de trasplante de células madre. Sin embargo, los países no se han beneficiado de la misma forma de los avances en tecnologías médicas. Los cálculos de sobrevivencia son altos en Finlandia y Dinamarca, pero bajos en Chile y México. Chile está progresando en la mejora del acceso y la calidad de la atención de cáncer infantil -por ejemplo, incluyendo el acceso a la atención de cáncer infantil en su plan de cobertura garantizada de salud (OECD, 2019[4]).

Definición y comparabilidad

La sobrevivencia neta se define en el indicador "Resultados de cáncer de mama".

Referencias

[5] Allemani, C. et al. (2018), "Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries", *The Lancet*, vol. 391/10125, pp. 1023-1075, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3*.

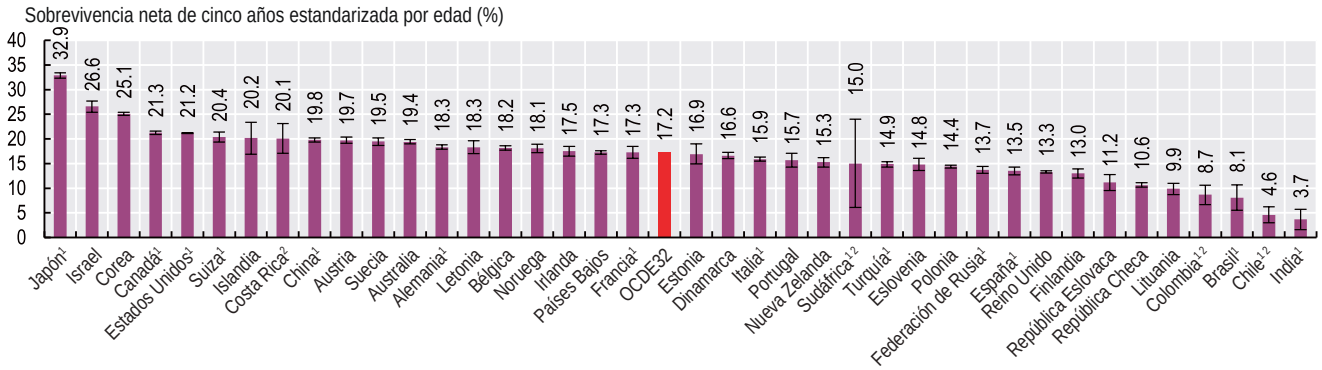
[2] GLOBOCAN (2018), *Cancer Today*, disponible en *https://gco.iarc.fr/today/home*.

[3] IARC (2014), *Helicobacter pylori Eradication as a Strategy for Preventing Gastric Cancer*.

[4] OECD (2019), *OECD Reviews of Public Health: Chile: A Healthier Tomorrow*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264309593-en*.

[1] OECD (2019), *OECD Reviews of Public Health: Japan: A Healthier Tomorrow*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264311602-en*.

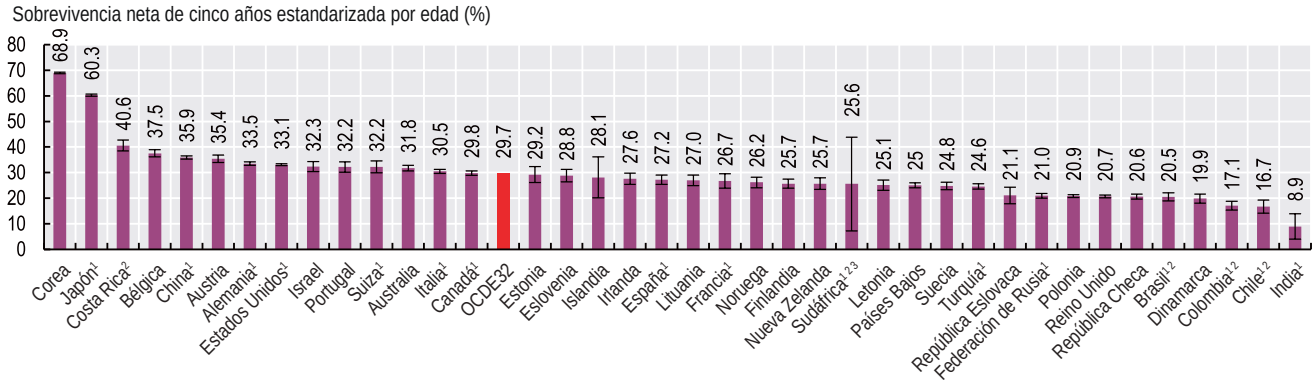
Figura 6.35. **Sobrevivencia neta de cinco años al cáncer de pulmón, 2010-14**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Los datos representan una cobertura menor a 100% de la población nacional. 2. Los cálculos de sobrevivencia se consideran menos confiables: véase Allemani et al. (2018) para más información.
Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016607

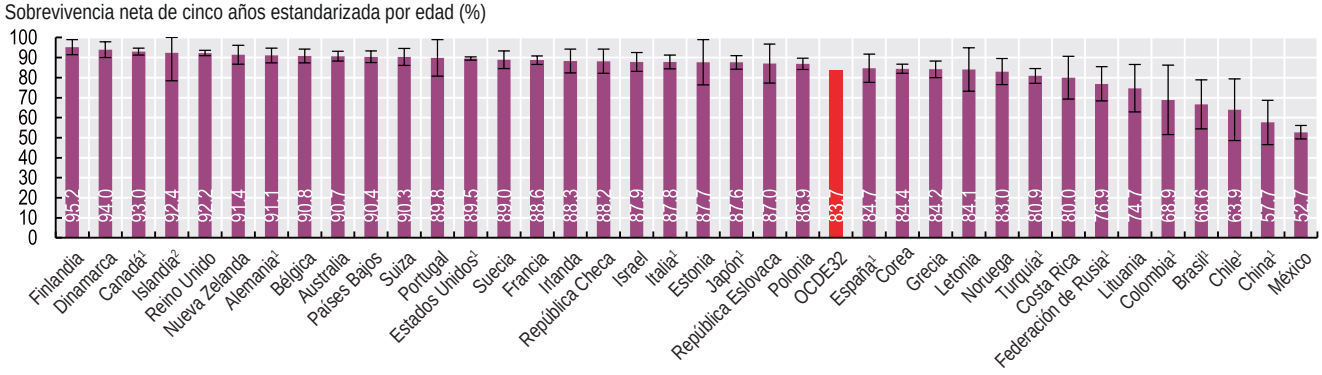
Figura 6.36. **Sobrevivencia neta de cinco años al cáncer gástrico, 2010-14**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Los datos representan una cobertura menor a 100% de la población nacional. 2. Los cálculos de sobrevivencia se consideran menos confiables. 3. Los cálculos de sobrevivencia no están estandarizados por edad.
Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016626

Figura 6.37. **Sobrevivencia neta de cinco años a la leucemia linfoblástica aguda infantil, 2010-14**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Los datos representan una cobertura menor a 100% de la población nacional. 2. Los cálculos de sobrevivencia no están estandarizados por edad.
Fuente: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016645

Vacunación

Las vacunas son una herramienta efectiva y costeable para la prevención de enfermedades infecciosas. La Organización Mundial de la Salud (OMS; WHO, por sus siglas en inglés) estima que las vacunas evitan entre 2 y 3 millones de muertes cada año en todo el mundo, al proteger a los vacunados y prevenir la propagación de la enfermedad entre los no vacunados.

La Figura 6.38 muestra la cobertura de vacunación contra difteria, tétanos y tosferina (DTP, por sus siglas en inglés), sarampión y hepatitis B, al año de edad. En todos los países de la OCDE, los niveles de vacunación son altos, pues alrededor de 95% de los niños reciben las vacunas recomendadas de DTP o sarampión, y 91% la vacuna recomendada de hepatitis B .

Sin embargo, a pesar de los índices altos en general, casi la mitad de los países no alcanzan los niveles mínimos de inmunización recomendados por la OMS para prevenir la propagación del sarampión (95%) y casi 15% de los países no alcanzan el objetivo para DTP (90%). Además, los índices altos de cobertura nacional pueden ser insuficientes para detener la propagación de la enfermedad, pues la baja cobertura de poblaciones locales puede generar nuevos brotes. En Estados Unidos se reportaron 1 123 casos individuales de sarampión en el período comprendido entre 1 de enero y el 11 de julio de 2019 –el número más alto desde 1992. Entre marzo de 2018 y febrero de 2019, los países de la OCDE en Europa reportaron 10 564 casos de sarampión. (CDC, 2019[1]; ECDC, 2019[2]).

En la última década los índices de vacunación en los países de la OCDE se han incrementado seis puntos porcentuales para hepatitis B, y medio punto porcentual para sarampión; pero han decrecido un punto porcentual para DTP. No obstante, algunos países han experimentado reducciones importantes. La cobertura para DTP ha decrecido en cuatro puntos porcentuales o más en México, Islandia, Lituania, Polonia, Eslovenia y España, mientras que los índices de cobertura para sarampión han caído al menos tres puntos porcentuales en Estonia, Lituania, Polonia, Canadá, Chile, Islandia, Países Bajos, República Eslovaca y Eslovenia.

La Figura 6.39 muestra las tendencias de vacunación de 2008 a 2018 por país y tipo de vacuna. Los países listados en los recuadros verdes aumentaron sus índices de vacunación en ese período, mientras que los de los países que aparecen en recuadros rojos decrecieron. En general, un tercio de los países tuvieron niveles descendentes para cada vacuna.

El deterioro de la confianza pública en la seguridad y eficacia de la vacunación, a pesar de no existir evidencia científica para respaldar estos argumentos, puede estar influenciando la disminución de la cobertura en algunos países. En Norteamérica sólo 72% de la población cree que las vacunas son seguras, y este número es sólo 59% en Europa Occidental. En Francia, una de cada tres personas está en desacuerdo con la seguridad de las vacunas (Gallup, 2019[3]).

La influenza es una enfermedad infecciosa común, responsable de 3 a 5 millones de casos severos en todo el mundo, y hasta 650 000 muertes, incluyendo 72 000 en la región europea de la OMS (WHO, 2019[4]). La OMS recomienda vacunación contra influenza estacional para 75% de la población de adultos mayores.

La Figura 6.4 muestra los índices de vacunación de adultos de más de 65 años para 2007 y 2017. En este período, el índice promedio de vacunación contra influenza entre la población de adultos mayores en los países de la OCDE se redujo de 49% a 42%. Se observan decrementos importantes en Alemania, Eslovenia e Italia. Algunos países tuvieron incrementos en la vacunación en este período, como México, Israel, Estados Unidos, Portugal, Dinamarca, Grecia y Nueva Zelanda. Sólamente Corea alcanzó el objetivo de 75%, con cobertura de 83%.

Definición y comparabilidad

Los índices de vacunación reflejan el porcentaje de población que recibe las vacunas indicadas en el marco de tiempo recomendado. La edad para completar la inmunización varía entre países, debido a diferentes programaciones de vacunación. Para aquellos países que recomiendan la primera dosis de una vacuna después de un año de edad, el indicador se calcula como la proporción de niños de menos de dos años que la han recibido. De este modo, estos indicadores están basados en la política de un determinado país.

Algunos países administran una combinación de vacunas (p. ej. DTP), mientras que otros las administran por separado. Algunos países determinan que la vacuna se ha recibido con base en encuestas, y otros con datos de encuentro, lo que puede influenciar los resultados. En Canadá, solo cuatro provincias y tres territorios incluyen la vacuna para hepatitis B en sus programas de inmunización infantil. En otras jurisdicciones se aplica en edad escolar.

Los índices de vacunación contra influenza se refieren al número de habitantes de 65 años y mayores que han recibido la vacuna anual contra influenza, dividido entre el número total de habitantes de más de 65 años de edad. En algunos países las cifras son para población de más de 60 años. La principal limitante en términos de comparabilidad de datos proviene del uso de diferentes fuentes de información, ya sean encuestas o programas que son susceptibles de errores y sesgos de diferentes tipos. Por ejemplo, las cifras de encuestas de población pueden reflejar variaciones debidas a errores de memoria e irregularidades en la administración.

Referencias

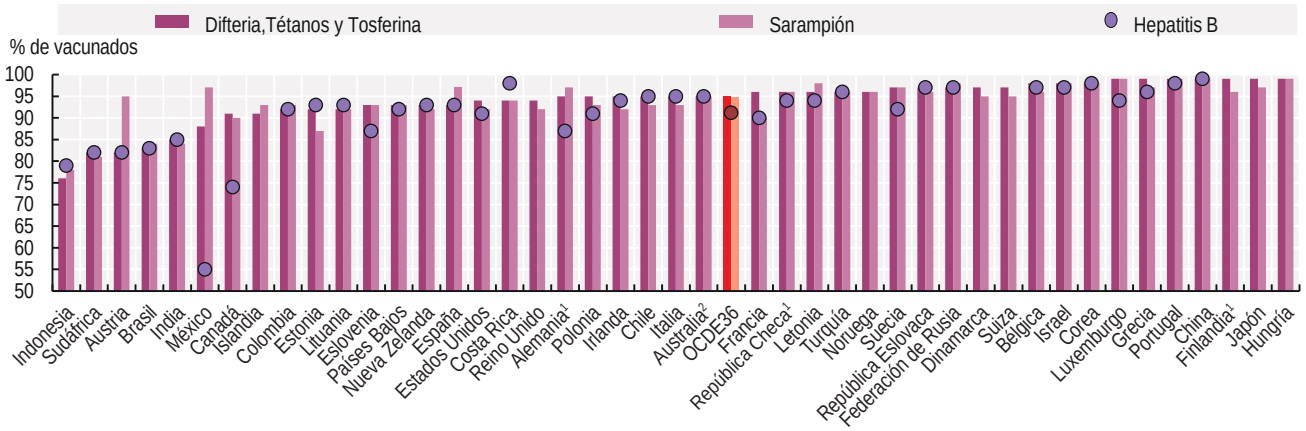
[1] CDC (2019), *Measles Cases and Outbreaks.*

[2] ECDC (2019), *Monthly measles and rubella monitoring report - Abril 2019.*

[3] Gallup (2019), *Wellcome Global Monitor - First Wave Findings.*

[4] WHO (2019), *Seasonal influenza.*

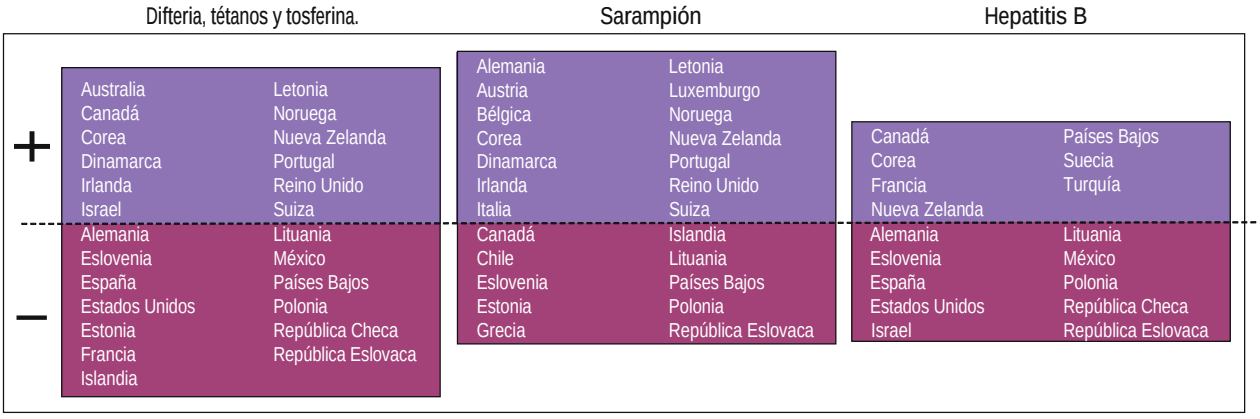
Figura 6.38. **Porcentaje de niños de un año de edad vacunados contra difteria, tétanos y tosferina (DTP, por sus siglas en inglés), sarampión y hepatitis B, 2018 (o año más cercano)**



1. Los datos para difteria, tétanos y tosferina son estimados. 2. Los datos para sarampión son estimados.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016664

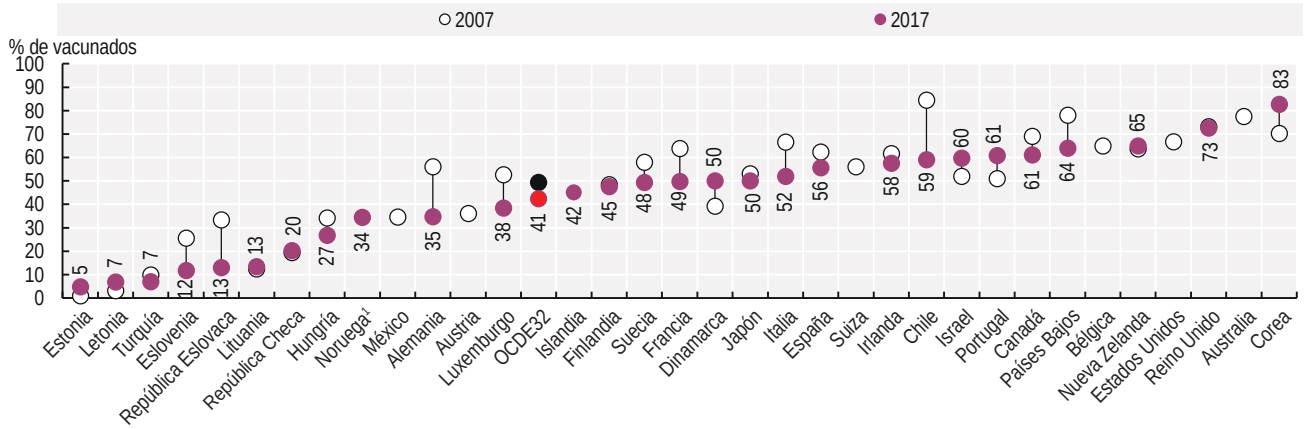
Figura 6.39. **Tendencias en cobertura de vacunación contra DTP, sarampión y hepatitis B, 2008-18 (o año más cercano)**



Nota: Los países sobre la línea punteada han aumentado y aquellos por debajo han disminuido la cobertura de vacunación por al menos dos puntos porcentuales en la última década.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016683

Figure 6.40. **Porcentaje de población de 65 años y mayores vacunados contra influenza, 2007 y 2017**



1. Datos estimados para 2017.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016702

Experiencia de pacientes en atención ambulatoria

Dada la importancia de incorporar las voces de la gente en el desarrollo de los sistemas de salud y el mejoramiento de la calidad de la atención, en años recientes se han intensificado los esfuerzos nacionales para desarrollar y monitorear mediciones de reportes de pacientes (véase el Capítulo 2). En muchos países se han establecido organizaciones específicas, o se han identificado instituciones ya existentes, y se les ha asignado la responsabilidad de medir y reportar las experiencias de los pacientes. Estas organizaciones desarrollan instrumentos tipo encuesta para recolección constante de datos de la experiencia de los pacientes, y estandarización de los procedimientos de análisis y reporte.

Los países utilizan de formas diferentes los datos reportados por pacientes, para impulsar las mejoras en los sistemas de salud. Para promover la calidad de los servicios de salud a través de mayor responsabilidad y transparencia de los proveedores, muchos países hacen públicos los datos de experiencia en reportes periódicos del sistema nacional de salud y/o sitios web públicos, mostrando las diferencias entre proveedores, regiones y en el tiempo. Canadá, República Checa, Dinamarca, Francia y Reino Unido usan mediciones de la experiencia de los pacientes para informar a las agencias reguladoras de servicios de salud para inspección, reglamentación y/o acreditación. Las mediciones reportadas por pacientes también se usan en algunas jurisdicciones en Canadá, Dinamarca, Países Bajos y Reino Unido para proporcionar retroalimentación específica a proveedores y apoyar la mejora de la calidad (Fujisawa y Klazinga, 2017[1]; Desomer et al., 2018[2]). Alemania planea utilizar las encuestas de pacientes como parte del aseguramiento externo de calidad del sector hospitalario.

En todos los países de la OCDE, la mayoría de los pacientes reportaron haber pasado suficiente tiempo durante la consulta con un médico (Figura 6.41), haber recibido del médico explicaciones fáciles de entender (Figura 6.42) y haber sido involucrados en las decisiones de atención y tratamiento (Figura 6.43). Para estos tres aspectos de la experiencia de los pacientes, los puntajes de Bélgica y Luxemburgo son superiores a 95% de pacientes con experiencias positivas; Polonia tiene puntajes más bajos, pero la experiencia de los pacientes ha mejorado significativamente en la última década. Las experiencias de los pacientes en Estonia también han mejorado en años recientes.

Japón tiene un puntaje bajo en la percepción del tiempo que pasaron los pacientes con el médico, lo que puede estar asociado con un número mayor de consultas por médico (véase el indicador "Consultas médicas" en el Capítulo 9). Sin embargo en Corea, que tiene por mucho el mayor número de consultas por médico en países de la OCDE, una mayor proporción de pacientes reporta que sus médicos les dedicaron suficiente tiempo durante la consulta.

El nivel de ingreso de los pacientes se asocia no sólo con el acceso a los servicios (véase el indicador "Necesidades de servicios de salud no atendidas" en el Capítulo 5) sino también con sus experiencias en la atención. En promedio en 11 países de la OCDE, los pacientes con ingresos superiores al promedio reportan una mejor experiencia con los servicios de salud que los pacientes con ingresos inferiores al promedio. Las experiencias de los pacientes también varían según el problema de salud (véase el indicador "Cuidados para personas con desórdenes de salud mental").

Con el fin de asegurar una prestación de servicios de salud enfocada en las personas para todos los grupos de población, los profesionales de la salud en los países de la OCDE están cada vez bajo mayor presión de atender las necesidades de los pacientes, pero las mediciones de experiencias reportadas por pacientes y de resultados de servicios de salud son aún limitadas en todos los países. La iniciativa PaRIS de la OCDE tiene como objetivo recabar resultados y experiencias clave reportados por los pacientes, para mejorar el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios e impulsar cambios en los sistemas de salud con base en las voces de la población (OECD, 2018[3]) (véase https://www.oecd.org/health/paris.htm).

Definición y comparabilidad

A fin de monitorear las experiencias de los pacientes con el sistema de salud en general, la OCDE recomienda recolectar información de la experiencia de los pacientes con cualquier médico en contextos ambulatorios. Un número creciente de países ha atendido esta recomendación y recabado datos de experiencia de pacientes por medio de encuestas nacionales de población representativa; en Japón y Portugal se recopila información a través de encuestas nacionales de usuarios representativos de servicios. Sin embargo, alrededor de la mitad de los países que se presentan, incluyendo Polonia, recopilan datos de la experiencia de los pacientes en el contexto de consultas médicas normales, y no de la experiencia de los pacientes con cualquier médico en contextos ambulatorios. Los datos nacionales se refieren a los años hasta 2018.

En 11 países, las encuestas International Health Policy Surveys de Commonwealth Fund de 2010 y 2016 se usaron como fuente de datos, aún cuando hay limitantes en relación con el tamaño pequeño de la muestra y las tasas bajas de respuesta. Los datos de esta encuesta se refieren a las experiencias de pacientes con un médico general, y no cualquier médico, incluyendo médicos generales y especialistas.

Los indicadores de experiencia de los pacientes no están estandarizados por edad con la población de la OCDE de 2010, porque los servicios de salud de alta calidad deben ser prestados a todos los pacientes, independientemente de la edad, y las experiencias no están asociadas consistentemente con la edad de forma positiva en todos los países.

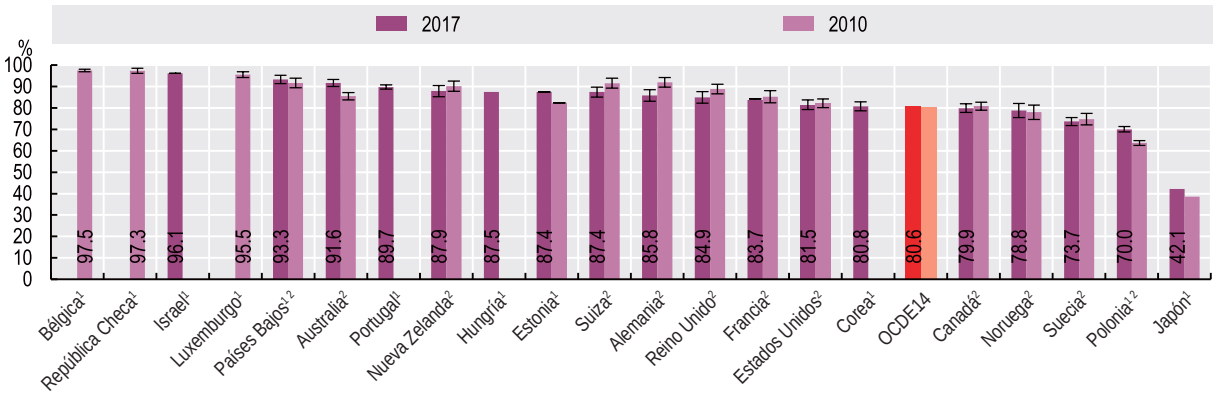
Referencias

[2] Desomer, A. et al. (2018), *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy - Short report*, disponible en *http://www.kce.fgov.be*.

[1] Fujisawa, R. y N. Klazinga (2017), "Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016", *OECD Health Working Papers*, núm. 102, OECD Publishing, París, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/893a07d2-en*.

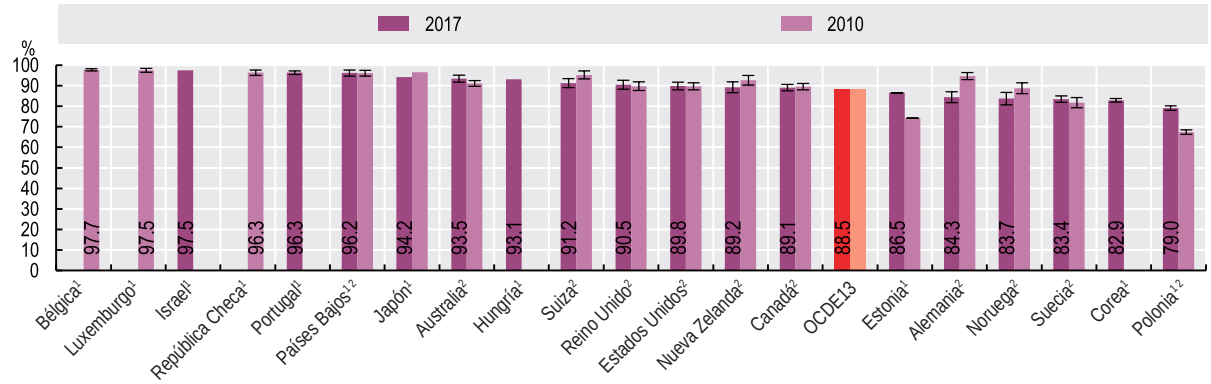
[3] OECD (2018), *Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS) - OECD*, disponible en *http://www.oecd.org/health/paris.htm*.

Figura 6.41. **Suficiente tiempo del médico con el paciente durante la consulta, 2010 y 2017 (o año más cercano)**



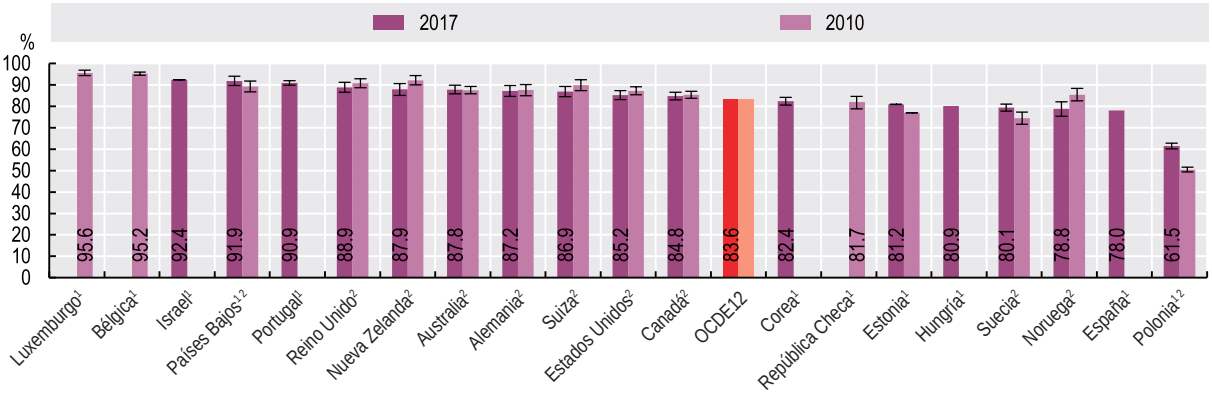
Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Fuentes nacionales. 2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes en consulta médica normal.
Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016, y otras fuentes nacionales. StatLink https://doi.org/10.1787/888934016721

Figura 6.42. **Los médicos proporcionan explicaciones fáciles de entender, 2010 y 2017 (o año más cercano)**



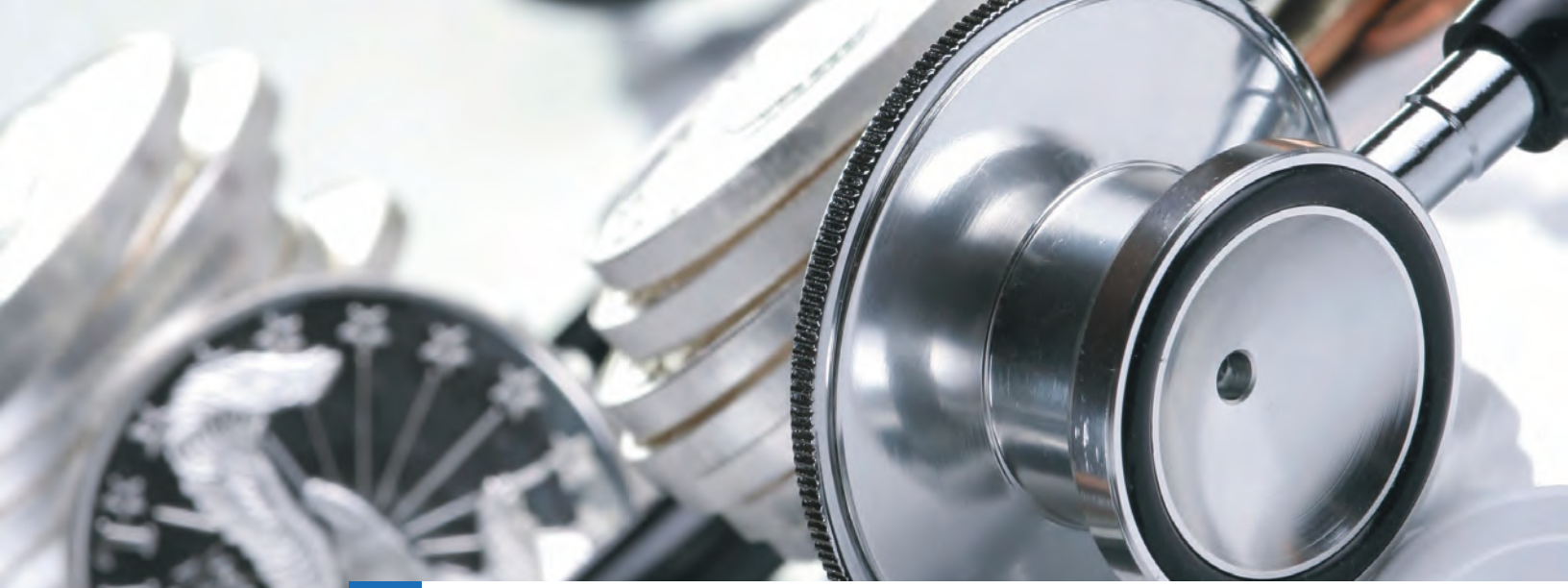
Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Fuentes nacionales. 2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes en consulta médica normal.
Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016, y otras fuentes nacionales. StatLink https://doi.org/10.1787/888934016740

Figura 6.43. **El médico involucró al paciente en las decisiones de atención y tratamiento, 2010 y 2017 (o año más cercano)**



Nota: Las líneas H muestran intervalos de confianza de 95%. 1. Fuentes nacionales. 2. Los datos se refieren a experiencias de pacientes en consulta médica normal.
Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016, y otras fuentes nacionales. StatLink https://doi.org/10.1787/888934016759





7. GASTO EN SALUD

Gasto en salud per cápita

Gasto en salud en relación al PIB

Precios en el sector salud

Gasto en salud por esquema de financiamiento

Financiamiento público del gasto en salud

Gasto en salud por tipo de servicio

Gasto en salud por proveedor

Gasto de capital en el sector salud

Proyecciones de gasto en salud

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

Gasto en salud per cápita

El nivel de gasto en salud de un país, que cubre tanto las necesidades individuales como la salud de la población en su conjunto, y sus cambios a través del tiempo, depende de una variedad de factores demográficos, sociales y económicos, y de las disposiciones organizacionales y de financiamiento del sistema de salud.

Se estima que en 2018, el gasto general en salud en Estados Unidos fue equivalente a más de USD 10 000 por residente. Este nivel de gasto (ajustado por la paridad de poder adquisitivo) fue superior al resto de los países de la OCDE por un margen considerable. Suiza, en segundo lugar en este rubro en la OCDE, gastó menos de 70% de esta cantidad, mientras que el promedio general para los países de la OCDE fue menos de 40% de la cifra en Estados Unidos (USD 3 994) (Figura 7.1). El gasto en salud per cápita de varios países de ingresos altos de la OCDE, como Alemania, Francia, Canadá y Japón, es alrededor de la mitad o menos que el de Estados Unidos, mientras que en Reino Unido e Italia es equivalente al promedio de la OCDE. El gasto en salud per cápita más bajo en la OCDE es el de México y Turquía, de aproximadamente una cuarta parte del promedio de la OCDE, y niveles similares a los de economías emergentes clave como la Federación de Rusia, Sudáfrica y Brasil. Las cifras disponibles más recientes muestran que China gastó alrededor de 20% del nivel de gasto per cápita de la OCDE, mientras India e Indonesia gastaron menos de 10%.

La Figura 7.1 también muestra la división del gasto en salud, con base en el tipo de cobertura de servicios de salud, ya sea a través de esquemas gubernamentales, algún tipo de seguro obligatorio, o por medios voluntarios como un seguro médico privado o pagos directos de los hogares (ver el indicador "Gasto en salud por esquema de financiamiento"). En todos los países de la OCDE, 76% del gasto en salud es financiado por esquemas gubernamentales o seguros médicos obligatorios (con una variación entre países de 51% a 85%). En Estados Unidos, desde la introducción del Affordable Care Act en 2014, este porcentaje es de 85%, lo que refleja la existencia de un mandato para adquirir un seguro médico individual. Los programas federales y estatales como Medicaid y Medicare, siguen teniendo un papel importante en la compra de servicios de salud.

En 2017, el gasto per cápita en servicios de salud en la OCDE creció 2% en promedio -una marcada desaceleración del crecimiento de 3.3% observado en 2015 y 2016, y significativamente por debajo de los índices de crecimiento experimentados antes del comienzo de la crisis económica y financiera global. Los estimados preliminares indican que el crecimiento se fortaleció en 2018. En promedio, desde 2013, el crecimiento del gasto en salud per cápita en los países de la OCDE ha sido de 2.4%, en comparación con 1% en los cinco años anteriores a 2013, en el período posterior a la crisis (Figura 7.2).

En varios países europeos se han dado cambios importantes en el gasto en salud. En Grecia, se detuvieron las fuertes disminuciones anuales del crecimiento después de 2013, aunque el crecimiento del gasto en salud ha sido casi nulo en general desde 2013 (-9.4% en el período 2008-13 contra 0.2% en el período 2013-18), y el gasto per cápita real en 2018 permaneció casi un tercio debajo del nivel de 2009. Un caso similar, aunque menos dramático, es el de Islandia (-0.3% contra 4.0%). En otros países europeos, como Alemania y Noruega, el gasto en salud se mantuvo relativamente estable en ese período de 10 años, con crecimiento anual de entre 2.0 y 2.5%. En general, el crecimiento del gasto en salud se ha incrementado en la mayoría de los países europeos en los años más recientes.

Fuera de Europa, Corea y Chile continúan reportando incrementos de gasto anual en salud superiores a 5% en términos reales desde 2008. Un estimado provisional para 2018 sugiere un crecimiento del gasto de 9% en Corea. En Estados Unidos, se calcula que el gasto en salud creció 1.4% en términos reales en 2018, que junto con uno similar en 2017 muestra que el crecimiento del gasto en salud en Estados Unidos es menor que el de la economía en general.

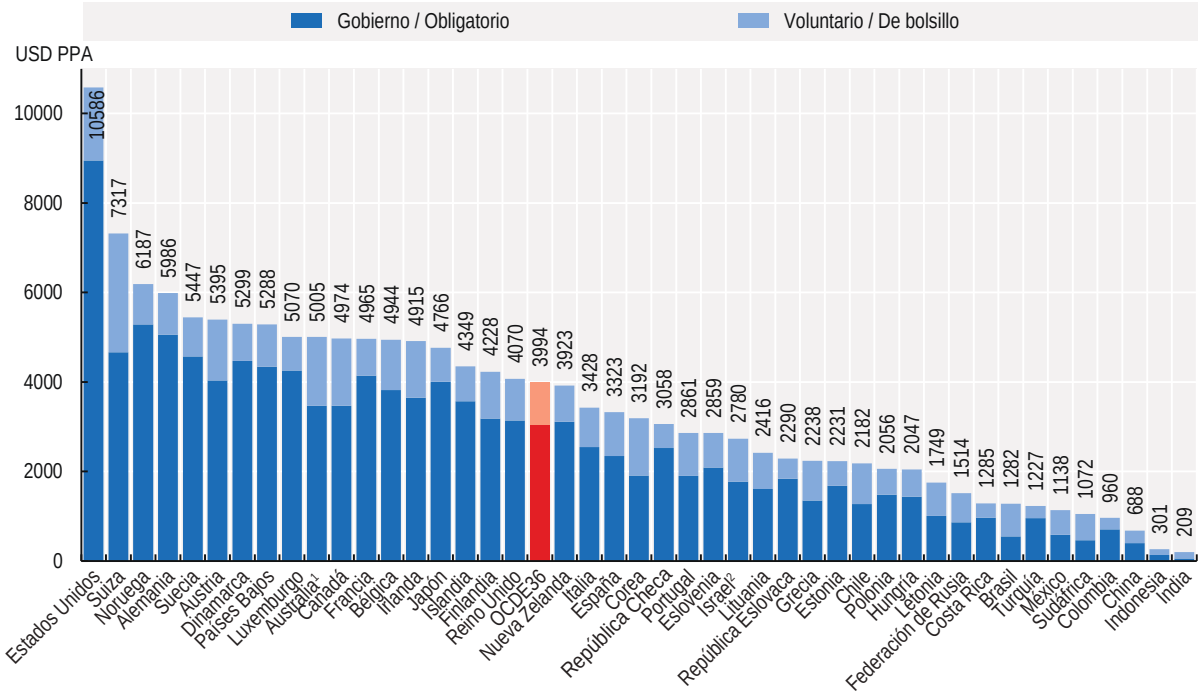
Definición y comparabilidad

El gasto en salud mide el consumo final de bienes y servicios para la salud (es decir, el gasto corriente en salud), que incluye el gasto de todos los tipos de mecanismos de financiamiento (p. ej. programas gubernamentales, seguridad social o gasto de bolsillo) en bienes y servicios médicos, programas de salud pública y prevención, y administración del sistema de salud. La división del gasto combina los esquemas de financiamiento gubernamentales y obligatorios. Éstos últimos incluyen seguros médicos privados obligatorios (p. ej. en Suiza y Países Bajos). Debido a limitaciones de la información, los seguros privados voluntarios en Estados Unidos, están incluidos en los seguros privados de los empleadores, actualmente un mandato del Affordable Care Act.

Para comparar los niveles de gasto entre países, los gastos en salud per cápita se convierten a una divisa común (dólares estadounidenses) y se ajustan para tomar en cuenta las diferencias en poder adquisitivo de divisas nacionales, y así poder comparar los niveles de gasto, el consumo individual real (AIC, por sus siglas en inglés) y la paridad en poder adquisitivo (PPP, por sus siglas en inglés), se usan como las tasas de conversión de mayor disponibilidad y confiabilidad. Para el cálculo de índices de crecimiento en términos reales, se usan deflactores del AIC en todos los países, cuando están disponibles.

Debe notarse que los datos para 2018 se basan en cifras preliminares provistas por el país, o estimados de la Secretaría de la OCDE.

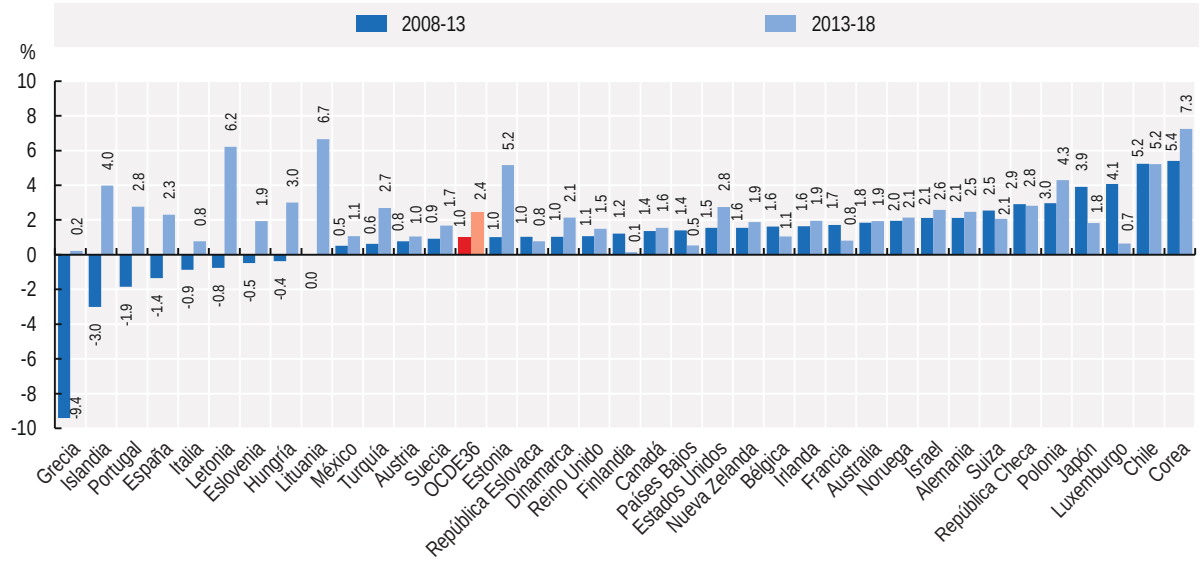
Figure 7.1. **Gasto en salud per cápita, 2018 (o año más cercano)**



Nota: El gasto excluye inversiones, a menos que se indique otra cosa.
1. El estimado de gasto en Australia excluye el gasto para residencias de ancianos de seguridad social. 2. Incluye inversiones.
Fuente: OECD Health Statistics 2019, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016778

Figure 7.2. **Crecimiento anual en gasto en salud per cápita (términos reales), 2008 a 2018 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016797

Gasto en salud en relación al PIB

La proporción de gasto en bienes y servicios sanitarios en comparación con el gasto total en la economía puede variar a través del tiempo debido a las diferencias en el crecimiento del gasto en salud comparado con el crecimiento económico general. Durante la década de los años 90 y principio de la década del 2000, el gasto en salud de los países de la OCDE crecía en general a un paso más acelerado que el resto de la economía, lo que causaba un aumento casi continuo en la proporción entre el gasto en salud y el PIB. Después de un período de volatilidad durante la crisis económica, la proporción promedio ha permanecido relativamente estable en años recientes, ya que el gasto en salud en los países de la OCDE ha correspondido en general con el crecimiento económico.

Se calcula que los países de la OCDE gastaron en promedio 8.8% del PIB en servicios de salud en 2018, cifra que no ha variado mucho desde 2013 (Figura 7.3). Estados Unidos tuvo por mucho el gasto más alto en salud, equivalente a 16.9% de su PIB –muy por encima de Suiza, segundo lugar en este rubro, con 12.2% (Figura 7.3). En seguida de Estados Unidos y Suiza se encuentra un grupo de países de ingresos altos, que incluye Alemania, Francia, Suecia y Japón, que gastan cerca de 11% del PIB en salud. El siguiente grupo, con gasto en salud entre 8 y 10% del PIB, incluye a varios países europeos, y además a Australia, Nueva Zelanda, Chile y Corea. Muchos de los países de Europa Central y del Este, como Lituania y Polonia, así como países socios clave, destinaron entre 6 y 8% de su PIB a la salud. Finalmente, algunos países de la OCDE gastaron menos de 6% de su PIB en servicios de salud, incluyendo México, Letonia, Luxemburgo, y Turquía con 4.2%. El gasto en salud de Turquía en relación con el PIB se encuentra entre el de China e India.

Observando en más detalle las tendencias en la última década, la proporción promedio del PIB destinada a servicios de salud creció marcadamente en 2009, ya que las condiciones económicas se deterioraron rápidamente en muchos países, pero el crecimiento del gasto en salud se mantuvo en general (Figura 7.4). En forma subsecuente, el gasto en salud también disminuyó significativamente –en promedio el crecimiento fue casi nulo entre 2009 y 2011– a medida que se implantaron una serie de políticas para controlar el gasto público en salud. Desde 2011, la tendencia promedio de crecimiento de la proporción de gasto en salud ha seguido de cerca el crecimiento de la economía en general, y ha mantenido en buena medida el aumento de la proporción del gasto en salud en relación al PIB a su nivel actual de alrededor de 8.8%.

En cada uno de los países los patrones de la proporción de gasto en salud en relación al PIB han sido diferentes en años recientes. En Estados Unidos, después de un período (2009-14) en que la proporción de gasto en salud en relación al PIB se mantuvo estable alrededor de 16.4%, se incrementó rápidamente a 17.1% con la implantación de una serie de cambios en la cobertura, para caer de nuevo a 16.9% en 2018 a medida que el crecimiento de la economía de Estados Unidos sobrepasó el crecimiento del gasto en salud (Figura 7.5). Corea ha visto incrementos sustanciales en la proporción de recursos destinados a servicios de salud, debido a un acelerado crecimiento de la riqueza y una persistente política gubernamental de incrementar la cobertura de salud para la población. En 2003, el gasto en salud en Corea representó solo 4.6% del PIB, en comparación con 2018, cuando se calcula que esta proporción alcanzó 8.1%. Chile también ha incrementado la proporción de gasto en salud en relación con el PIB de 7.3% a 9.0% en el mismo período, debido a una expansión en la cobertura de salud para la población.

En Europa, la proporción de gasto en salud en relación con el PIB ha sido fluctuante en Francia –con incrementos durante la crisis financiera que alcanzaron un máximo de 11.6% en 2014– antes de un decremento gradual a 11.8% hacia 2018. El gasto en salud en Francia sobrepasó al crecimiento económico hasta 2016, cuando se estancó debido a una serie de medidas de contención de costos, incluyendo por ejemplo, negociaciones de precios de productos farmacéuticos. Países Bajos ha visto decrementos en la proporción de gasto en salud en relación al PIB de un nivel superior a 10.6% en 2014, a un estimado de 9.9% en 2018, que están relacionados con reformas en los seguros médicos y de cuidados de largo plazo, dirigidas a limitar el crecimiento del gasto en niveles predefinidos.

Definición y comparabilidad

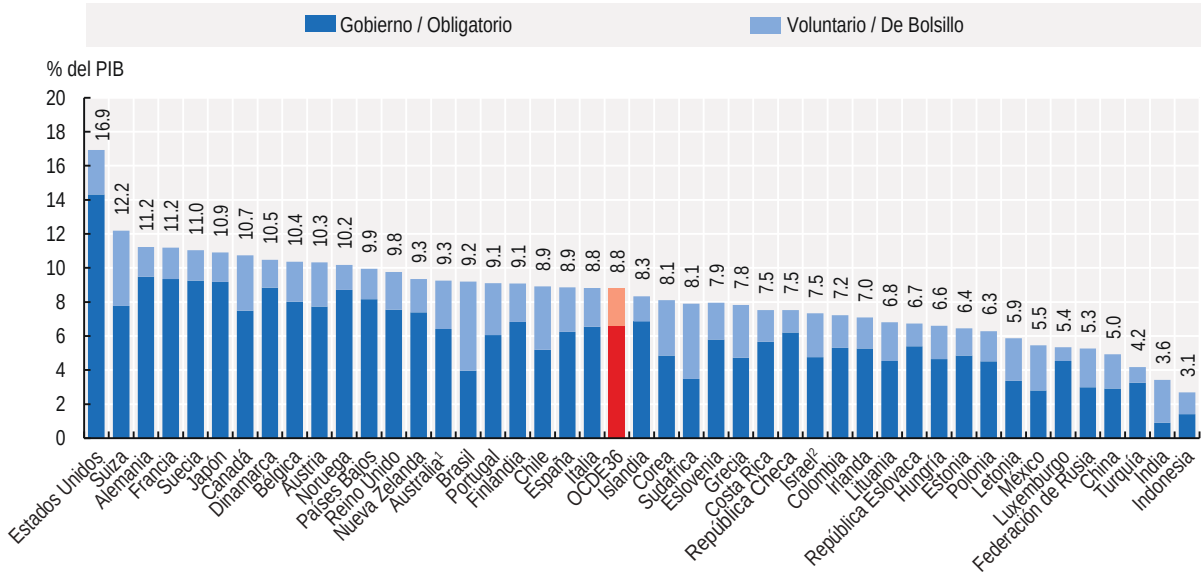
Ver el indicador "Gasto en salud per cápita" para una definición del gasto corriente en salud.

El producto interno bruto (PIB; GDP, por sus siglas en inglés), es la suma de consumo final, formación bruta de capital (inversión) y exportaciones netas. El consumo final incluye los bienes y servicios usados por los hogares o la comunidad para satisfacer sus necesidades individuales. Incluye el gasto en consumo final de los hogares, del gobierno en general y de instituciones sin fines de lucro que les sirven.

En países como Irlanda y Luxemburgo, donde una proporción significativa del PIB se refiere a ganancias de exportaciones no disponibles para consumo nacional, el producto nacional bruto (PNB; GNI por sus siglas en inglés) puede ser una medida más apropiada que el PIB. Sin embargo, para fines de consistencia se mantiene el PIB como denominador para todos los países.

Debe notarse que los datos para 2018 se basan en cifras preliminares provistas por el país, o estimados de la Secretaría de la OCDE.

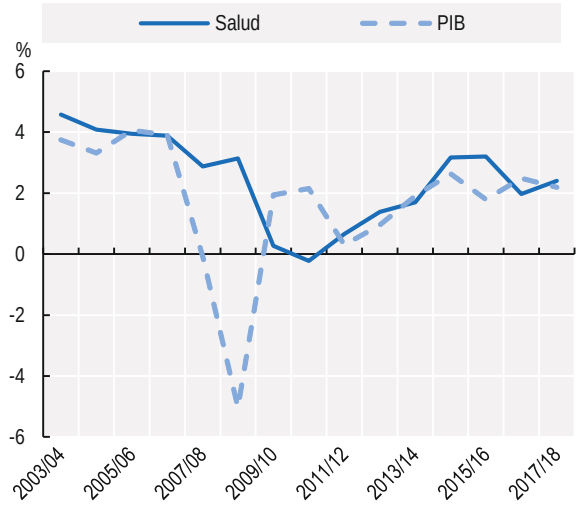
Figure 7.3. **Gasto en salud en relación al PIB, 2018 (o año más cercano)**



Nota: El gasto excluye inversiones, a menos que se indique otra cosa.
1. El estimado de gasto en Australia excluye el gasto para residencias de ancianos de seguridad social. 2. Incluye inversiones.
Fuente: OECD Health Statistics 2019, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016816

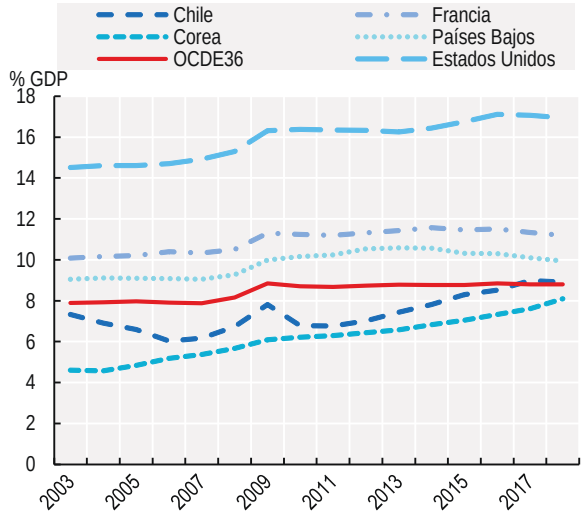
Figure 7.4. **Crecimiento anual del gasto en salud y PIB per cápita, promedio de la OCDE, 2003-18**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016835

Figure 7.5. **Gasto en salud en relación al PIB, selección de países de la OCDE, 2003-18**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016854

Precios en el sector salud

Las variaciones en el gasto en salud per cápita pueden ser el resultado de las diferencias en los precios de bienes y servicios de salud, y el volumen de servicios utilizados. Al desglosar el gasto en salud en estos dos componentes, los encargados de la formulación de políticas tienen una mejor comprensión de lo que genera las diferencias, y por lo tanto una guía sobre las acciones a implementar para incrementar el valor de lo que se gasta. Dependiendo de lo que está detrás de un gasto alto, las opciones pueden ser distintas.

Es necesario expresar los datos en una divisa común para poder comparar el gasto en salud entre países. Sin embargo, la elección de la medida de conversión de divisas puede tener una influencia importante en los resultados y su interpretación. Aunque comúnmente se usan los tipos de cambio del mercado, no es lo ideal para sectores como el de la salud. En primer lugar, los tipos de cambio son determinados por la oferta y la demanda de divisas, lo que puede estar influenciado por la especulación y las tasas de interés, entre otros factores. En segundo lugar, para sectores donde el intercambio comercial no es predominante, como el sector salud, los tipos de cambio no suelen reflejar el poder adquisitivo relativo de las divisas en sus mercados nacionales (Eurostat/OECD, 2012[1]).

Por otro lado, las paridades del poder adquisitivo (PPA) son tasas de conversión que muestran la relación de precios en monedas nacionales por la misma canasta de bienes y servicios. Cuando se usan PPAs, los resultados se valoran con un nivel de precios uniforme y reflejan sólo las diferencias en los volúmenes de bienes y servicios consumidos. Tradicionalmente, el gasto en salud se ha comparado usando PPAs para toda la economía (véase el indicador "Gasto en salud per cápita"), lo que constituye un indicador del nivel de gasto en salud ajustado para tomar en cuenta las diferencias en los niveles de precio totales entre países. La evaluación de las diferencias solamente en volúmenes de servicios de salud requiere el uso de PPAs específicos para salud. Se han desarrollado PPAs para salud y hospitales que pueden utilizarse para calcular índices de nivel de precios de salud (PLI, por sus siglas en inglés), una relación de PPAs y tipos de cambio, para mostrar el número de unidades de una divisa común necesarios para adquirir el mismo volumen de servicios de salud.

La Figura 7.6 presenta un comparativo de precios para una canasta de bienes y servicios de salud, frente al nivel de precios en Estados Unidos. Muestra que los precios en el sector salud con base en el mismo conjunto de bienes y servicios son aproximadamente 10% más altos en Suecia, 20% más en Noruega, y hasta 39% más elevados en Suiza. El promedio de precios en los países de la OCDE es alrededor de 28% más bajo que en Estados Unidos. Los precios de servicios de salud en Francia y Alemania son aproximadamente un tercio más baratos que en Estados Unidos, y la mitad de Suiza. Los precios más bajos de servicios de salud son los de Turquía, 17% del nivel de Estados Unidos, y menos de un cuarto del promedio de la OCDE.

En general, existe una correlación alta entre los precios de un país y su nivel de riqueza. Los precios de los bienes duraderos (p. ej. autos), varían menos que los precios de los servicios (p. ej. educación y salud). En diferentes países, los bienes duraderos se comercializan con frecuencia, lo que tiende a igualar los niveles de precios, mientras que los servicios se adquieren localmente, y los salarios más altos en los países avanzados elevan los precios de los servicios. Por lo tanto, la variación de precios en el sector salud, que es relativamente demandante de mano de obra, tiende a ser mayor que la de la economía en conjunto, y los países de ingresos altos tienen precios de servicios de salud más elevados en comparación con países de menores ingresos.

Al eliminar las diferencias de precios por bienes y servicios de salud entre países, se puede tener una idea del volumen de servicios consumido (Figura 7.7). El efecto general es la reducción de las diferencias entre los países con precios relativamente más altos en comparación con aquellos con precios inferiores. Por ejemplo, tomar en cuenta los precios relativamente altos de los servicios de salud en Estados Unidos, significa que siguen siendo los mayores consumidores de servicios de salud, pero la diferencia con el promedio de la OCDE disminuye. También muestra que la diferencia en el volumen de servicios de salud consumido en Estados Unidos, en comparación con países con precios más bajos como Australia y Francia, está disminuyendo. Los precios muy bajos en el sector salud en Turquía indican que la población consume alrededor de 54% del promedio de la OCDE en servicios de salud, pero gasta solo 30% del promedio.

Definición y comparabilidad

Las paridades del poder adquisitivo (PPAs) son tasas de conversión que muestran la relación de precios en monedas nacionales por la misma canasta de bienes y servicios en diferentes países. Por lo tanto, pueden usarse para conversión de divisas y como deflactores de precios. Cuando se usan PPAs para convertir el gasto a una unidad común, los resultados se valoran a un nivel de precio uniforme y reflejan solo diferencias en los volúmenes de bienes y servicios consumidos.

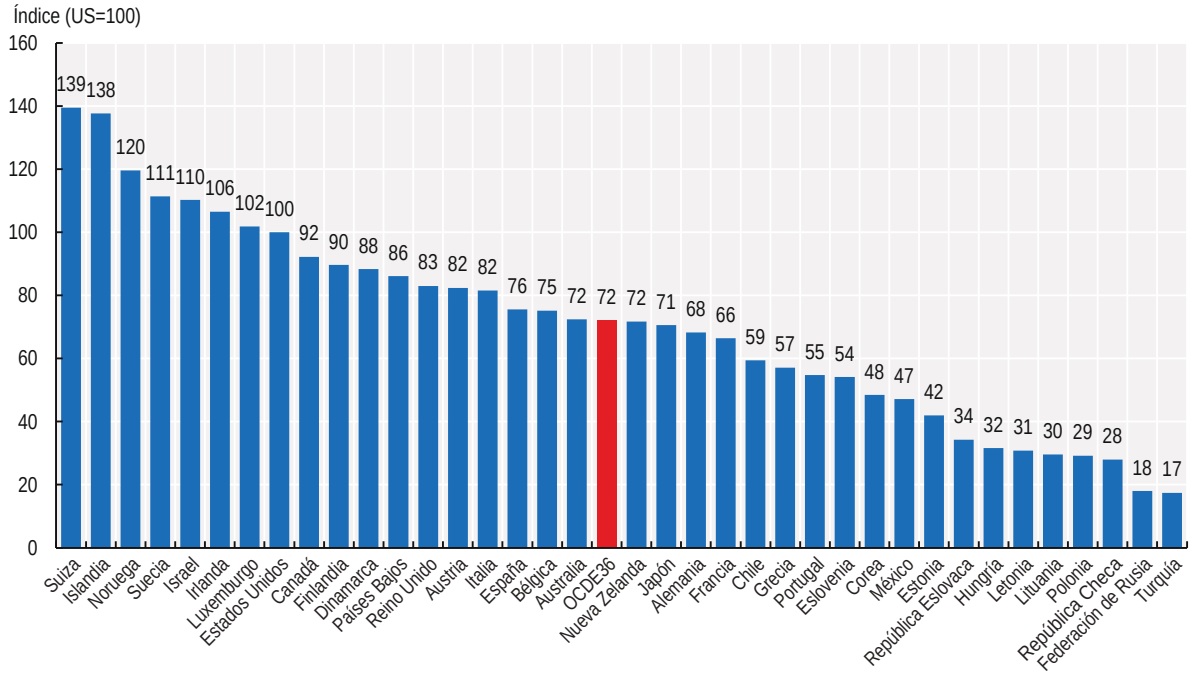
Para evaluar las diferencias en volúmenes de servicios de salud se requieren PPAs específicos para salud. Eurostat y la OCDE calculan PPAs para el PIB y alrededor de 50 grupos de productos, incluyendo la salud, en forma regular y oportuna. En años recientes, varios países han optado por medidas con base en la producción de bienes y servicios de salud. La metodología basada en la producción se ha utilizado para calcular PPAs para salud y hospitales, que están ya incorporados en el cálculo general de PPAs del PIB. Éstos pueden usarse para calcular los índices de nivel de precios de salud (PLI, por sus siglas en inglés), para comparar niveles de precios y volúmenes entre los países. Estos índices se calculan como relaciones de PPAs de salud y tipos de cambio, e indican el número de unidades de una divisa común necesarios para adquirir el mismo volumen de servicios.

Referencias

[2] Eurostat (2001), *Handbook on Price and Volume Measures in National Accounts*, Unión Europea, Luxemburgo.

[1] OECD/Eurostat (2012), *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012 Edition)*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264189232-en*.

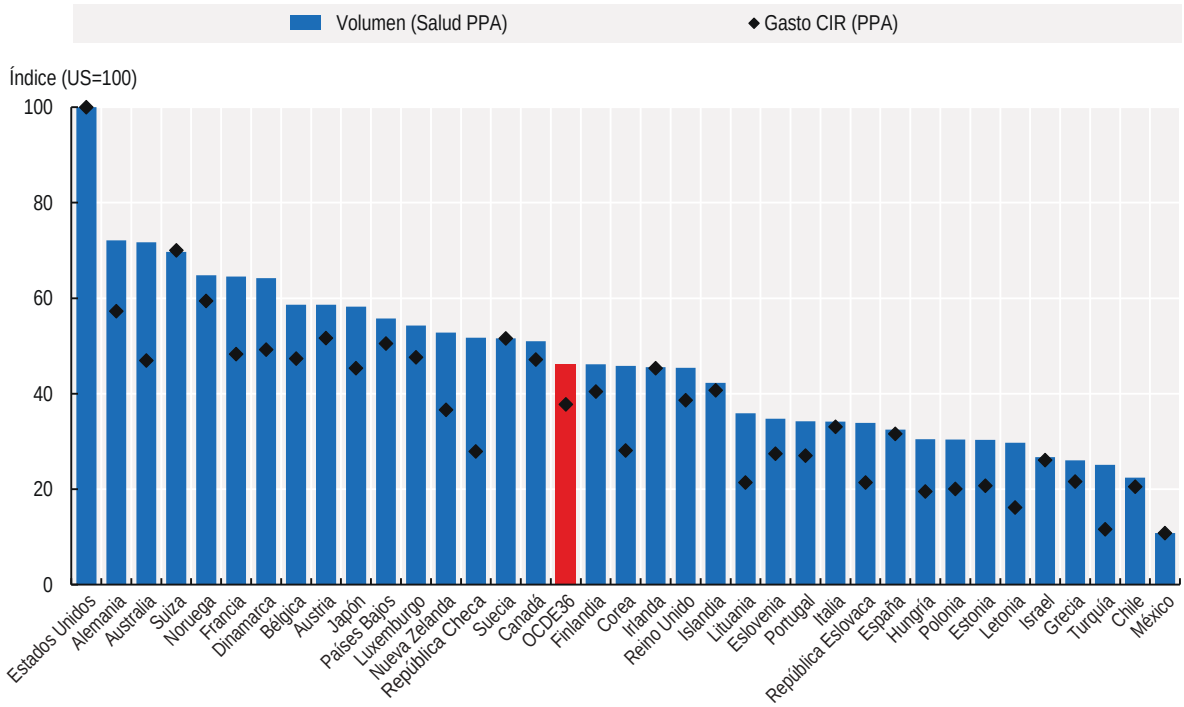
Figura 7.6. **Comparativo de niveles de precios de servicios de salud, 2017, US=100**



Fuente: Estimados de la OCDE (próxima publicación)

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016873

Figura 7.7. **Índices de gasto y volumen per cápita en servicios de salud, 2017, US=100**



Nota: CIR se refiere a consumo individual real.
Fuente: Estimados de la OCDE (próxima publicación)

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016892

Gasto en salud por esquema de financiamiento

Existe una variedad de modalidades de financiamiento, clasificadas en forma general según su naturaleza obligatoria o voluntaria, que proporcionan cobertura del costo del cuidado de la salud, con la adquisición de servicios. Los esquemas gubernamentales de financiamiento, organizados a nivel nacional o regional, o para grupos específicos de población, otorgan derechos de atención a los individuos automáticamente con base en su residencia, y constituyen el mecanismo primordial para cubrir el costo de servicios de salud en varios países de la OCDE. La principal alternativa es inscribir a los residentes en un esquema de seguro médico obligatorio (a través de entidades públicas o privadas) que cubre la mayor parte de su uso de servicios de salud. A pesar de que muchos países de la OCDE cuentan con cobertura casi universal, el gasto directo de los hogares (gasto de bolsillo) como pagos independientes o como parte de algún acuerdo de copago, sigue siendo un elemento importante del financiamiento de los servicios de salud, pero la proporción es variable. Finalmente, entre otros tipos de financiamiento discrecional de la atención de la salud, los seguros médicos voluntarios, en sus diferentes formas, pueden tener un papel fundamental en algunos países.

Los esquemas gubernamentales junto con los seguros médicos obligatorios, constituyen la principal modalidad de financiamiento en los países de la OCDE (Figura 7.8). En promedio, alrededor de tres cuartas partes del gasto en salud en la OCDE se cubre actualmente a través de este tipo de esquemas obligatorios. En Noruega, Dinamarca, Suecia y Reino Unido, los esquemas gubernamentales centrales, regionales o locales representan alrededor de 80% o más del gasto en salud, y el gasto de bolsillo cubre la mayor parte del remanente. Los esquemas de seguro médico obligatorio son la fuente más importante de financiamiento de servicios de salud en Alemania, Japón, Francia, Luxemburgo y Países Bajos, que normalmente cubre alrededor de tres cuartas partes del gasto en salud. Mientras que Alemania y Japón dependen de un sistema de seguridad social, Francia suplementa la cobertura de seguridad social pública ("*assurance maladie*") con un sistema de diferentes modalidades de seguros médicos privados (p. ej. "*mutuelles*"), que se volvieron obligatorios bajo ciertas condiciones de empleo en 2016.

En Estados Unidos, los programas federales y estatales como Medicaid, constituyen alrededor de una cuarta parte del gasto en salud. Otro 22% es cubierto por esquemas de seguridad social (p. ej. Medicare). La mayoría de los seguros médicos privados cubren más de un tercio del gasto total en salud, y desde la introducción de Affordable Care Act (ACA) en 2014, se consideran obligatorios debido a la existencia de mandatos individuales para la adquisición de seguro médico, a riesgo de pagar una penalización.

El gasto de bolsillo es en general la siguiente fuente de financiamiento más importante. En promedio, los hogares financiaron en forma privada más de una quinta parte del total del gasto en salud en 2017, pero existen variaciones sustanciales entre los países de la OCDE. Mientras que esta proporción es superior a 30% en Letonia (42%), México (41%), Grecia (35%), Corea (34%) y Chile (34%); es inferior a 10% en Francia. El gasto de bolsillo en servicios de salud fue superior a 30% en India, Rusia y China.

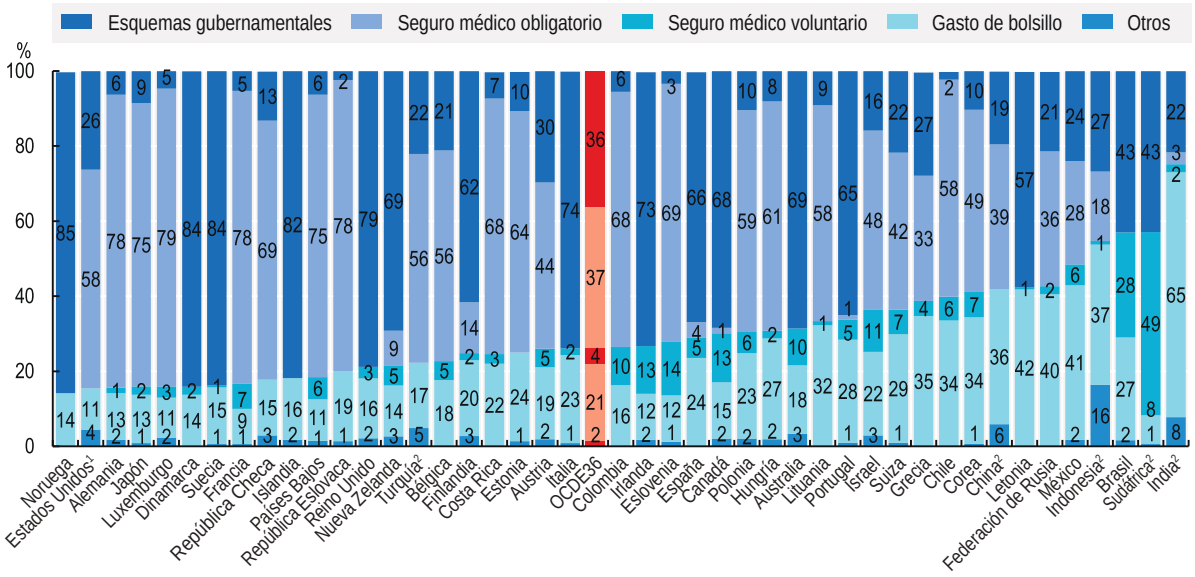
Con el objetivo de lograr cobertura universal de salud, varios países de la OCDE han aumentado el gasto destinado a esquemas gubernamentales o de seguro médico obligatorio en décadas recientes, lo que ha resultado en disminuciones importantes en la proporción del costo pagado por los individuos y los esquemas voluntarios de seguros médicos en algunos países. Aún así, aunque la proporción de gasto en salud cubierto por ambos esquemas en la OCDE decreció ligeramente, de alrededor de 28% en 2003, a 26% en 2017, existe una variación notable en los países.

Entre los países donde los seguros médicos voluntarios tienen un papel más importante, esta proporción ha crecido en Corea y Australia en años recientes, pero ha permanecido más o menos estable en Eslovenia y Canadá (Figura 7.9). La proporción del gasto cubierta por gasto de bolsillo creció sustancialmente entre 2009 y 2017 en varios países europeos, como Grecia (5%), España (5%), y Portugal (3%), aunque se ha estabilizado en años recientes (Figura 7.10). Esto es el resultado de las políticas implementadas en varios países para balancear los presupuestos públicos después de la crisis económica y financiera global, tales como la introducción o aumento de copagos para servicios primarios y hospitales, aumento de los umbrales de reembolso o reducción de beneficios para productos farmacéuticos y atención dental, o eliminación de cobertura pública para algunos grupos.

Definición y comparabilidad

El financiamiento de los servicios de salud se puede analizar desde el punto de vista de los esquemas de financiamiento (acuerdos financieros a través de los cuales la gente obtiene y paga los servicios; p. ej. seguridad social), agentes de financiamiento (organizaciones que manejan los esquemas de financiamiento; p. ej. agencias de seguridad social), y tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento (p. ej. contribuciones a la seguridad social). El término "financiamiento" se emplea en el sentido de esquemas de financiamiento como se define en *System of Health Accounts* (OECD, Eurostat y WHO, 2011), e incluye esquemas gubernamentales, seguros médicos obligatorios y voluntarios, y fondos privados como gasto de bolsillo de los hogares, ONGs y corporaciones privadas. El gasto de bolsillo son los pagos sufragados directamente por los pacientes, e incluye los costos compartidos y en algunos países, estimados de pagos informales a proveedores de servicios de salud.

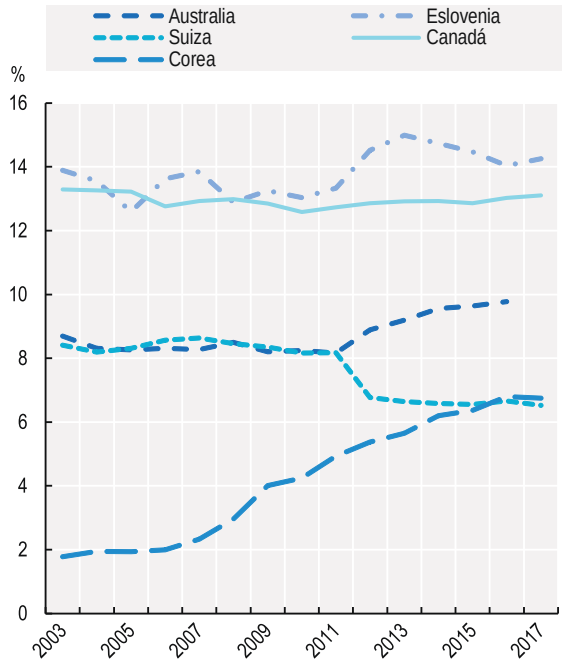
Figura 7.8. **Gasto en salud por tipo de financiamiento, 2017 (o año más cercano)**



1. Todo el gasto de empresas privadas de seguros médicos en Estados Unidos se reporta como seguros médicos obligatorios. 2. Los esquemas de pagos que no se pueden desglosar en seguro médico voluntario, instituciones sin fines de lucro para asistencia a los hogares (NPISH, por sus siglas en inglés) y financiamiento de empresas, se reportan como otros. 3. Los esquemas de pagos voluntarios que no se pueden desglosar, se reportan como seguro médico voluntario.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016911

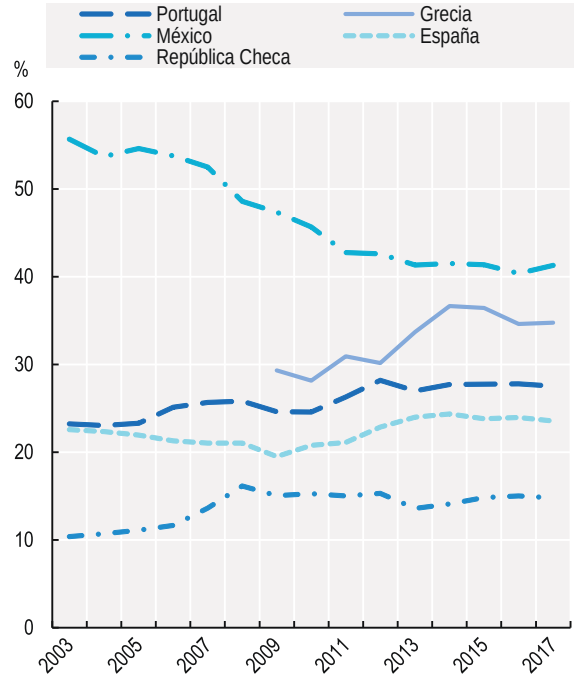
Figura 7.9. **Gasto en seguro médico voluntario como proporción del total, selección de países, 2003-17**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016930

Figura 7.10. **Gasto de bolsillo en salud como proporción del total, selección de países, 2003-17**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016949

Mientras que los bienes y servicios sanitarios son adquiridos a través de diferentes esquemas de financiamiento (ver indicador "Gasto en salud por esquema de financiamiento"), éstos necesitan movilizar ingresos para sufragar el gasto, y con frecuencia dependen de una variedad de fuentes. El análisis del flujo financiero de estas fuentes a los esquemas, permite un conocimiento más amplio del financiamiento de los servicios de salud y de la carga que representa en general en diferentes sectores de la economía.

El financiamiento de los esquemas gubernamentales, proviene principalmente de ingresos generales, esencialmente fiscales, que son asignados por procesos presupuestales en los diferentes niveles de gobierno. Sin embargo, los gobiernos también pueden contribuir a otros esquemas, como la seguridad social, al cubrir las contribuciones de grupos particulares de población, o proporcionando apoyo presupuestal al fondo de seguros médicos. Los individuos pueden adquirir seguros médicos privados, lo que implica el pago de primas a un fondo de donde, subsecuentemente, se pagan sus gastos médicos. Una proporción de la prima puede ser pagada por los empleadores o subsidiada por el gobierno. Las personas también financian los servicios directamente, utilizando el ingreso familiar para pagar el total, o como parte de un acuerdo de pago compartido. Otros esquemas (p. ej. de organizaciones sin fines de lucro o empresariales) pueden recibir donativos, o ingresos de inversiones en otras operaciones comerciales. Finalmente, los fondos pueden provenir de fuentes internacionales, por acuerdos bilaterales entre gobiernos extranjeros o socios para el desarrollo, aunque esta opción es limitada en la mayoría de los países de la OCDE.

Las transferencias gubernamentales y las contribuciones pagadas por empleadores, empleados y otros, constituyen ingresos públicos. Las fuentes privadas comprenden las primas para seguros médicos voluntarios y obligatorios, y cualesquiera otros fondos de hogares o corporaciones. Las fuentes públicas financian en promedio alrededor de 71% del gasto en salud en los países de la OCDE (Figura 7.11). En los países donde los esquemas gubernamentales de financiamiento son el principal mecanismo, como Dinamarca, los fondos públicos son la principal fuente para el gasto en salud (84%). En otros países, los gobiernos no pagan directamente la mayoría de los servicios de salud, sino que asignan transferencias y subsidios a otros esquemas (Mueller y Morgan, 2017[1]). En Japón, solo alrededor de 9% del gasto en salud provino directamente de esquemas gubernamentales, pero las transferencias y las contribuciones a la seguridad social indican que una gran parte del gasto sigue siendo financiado con fondos públicos (84% del total).

Los gobiernos tienen la responsabilidad de financiar una variedad de servicios públicos, y los servicios de salud compiten con otros sectores como educación, defensa y vivienda. El nivel de financiamiento público de los servicios sanitarios es determinado por factores como el tipo de sistema de salud existente, la composición demográfica de la población, y las políticas públicas. Las prioridades presupuestales también pueden cambiar de un año a otro, debido a decisiones políticas y efectos económicos. El financiamiento público del gasto en salud (a través de transferencias gubernamentales y contribuciones a la seguridad social) representa en promedio 15% del total del gasto gubernamental en la OCDE (Figura 7.12). Alrededor de 20% o más del gasto público está asociado con gasto en salud en Japón, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Irlanda y Alemania. Por otro lado, Grecia y Hungría destinaron alrededor de 10% del gasto público a servicios de salud, un nivel similar al de Rusia y Brasil.

Muchos países tienen un sistema de seguro médico obligatorio -ya sea seguridad social o a través de cobertura privada. Existe mayor diversidad en la composición de los ingresos para este tipo de esquemas (Figura 7.13). La importancia de las transferencias gubernamentales como fuente de ingresos puede variar significativamente. En promedio, alrededor de tres cuartas partes del financiamiento provienen de contribuciones sociales (o primas) -divididas principalmente entre empleadores y empleados- pero alrededor de otra cuarta parte aún proviene de transferencias gubernamentales, ya sea destinadas a ciertos grupos (p. ej. los pobres o desempleados) o como apoyo general. En Hungría, las transferencias gubernamentales financiaron 68% del gasto en salud de la seguridad social. En Polonia, Eslovenia y Estonia, la proporción fue de menos de 5%, siendo las contribuciones a la seguridad social la principal fuente de financiamiento.

Definición y comparabilidad

Los esquemas de financiamiento de los servicios de salud aumentan los ingresos para pagar la atención de la población que cubren. En general, los esquemas de financiamiento pueden recibir transferencias gubernamentales, contribuciones a la seguridad social, prepagos voluntarios u obligatorios (por ejemplo, primas de seguros), otros ingresos nacionales e ingresos del extranjero (p. ej., como parte de la ayuda para el desarrollo).

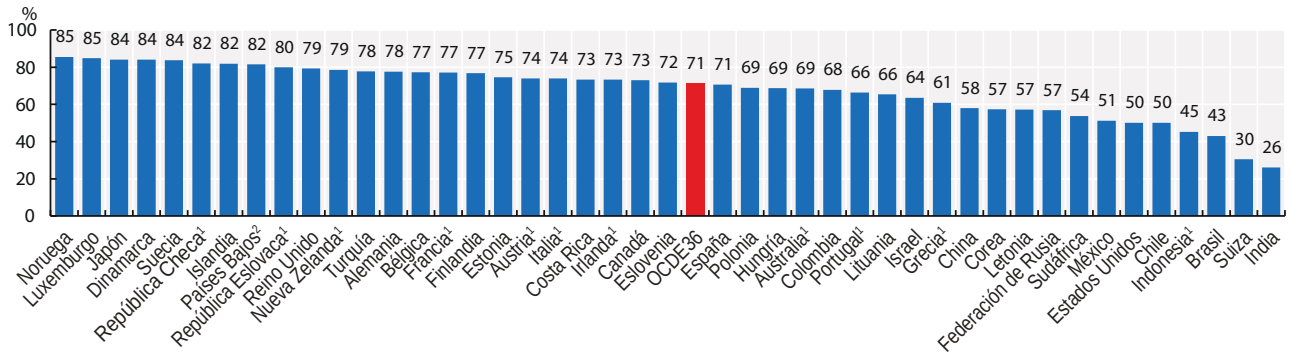
Los ingresos de un esquema de financiamiento rara vez equivalen a los gastos en un año determinado, lo que genera un superávit o déficit de fondos. En la práctica, la mayoría de los países usan una combinación de ingresos por esquema para aplicarla a prorrata al gasto del mismo, lo que permite tener una idea del financiamiento del gasto en el ejercicio contable.

Se considera la definición de gasto gubernamental total del System of National Accounts. El gasto público en servicios de salud del System of Health Accounts, es igual a la suma de transferencias gubernamentales FS.1 (nacionales), transferencias gubernamentales FS.2 (extranjeras), y contribuciones a la seguridad social FS.3. De no contar con información sobre los ingresos, se considera como indicador la suma de esquemas gubernamentales de financiamiento HF.1.1 y de seguridad social HF1.2.1.

Referencias

[1] Mueller, M. y D. Morgan (2017), "New insights into health financing: First results of the international data collection under the System of Health Accounts 2011 framework", *Health Policy*, vol. 121/7, pp. 764-769, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008*

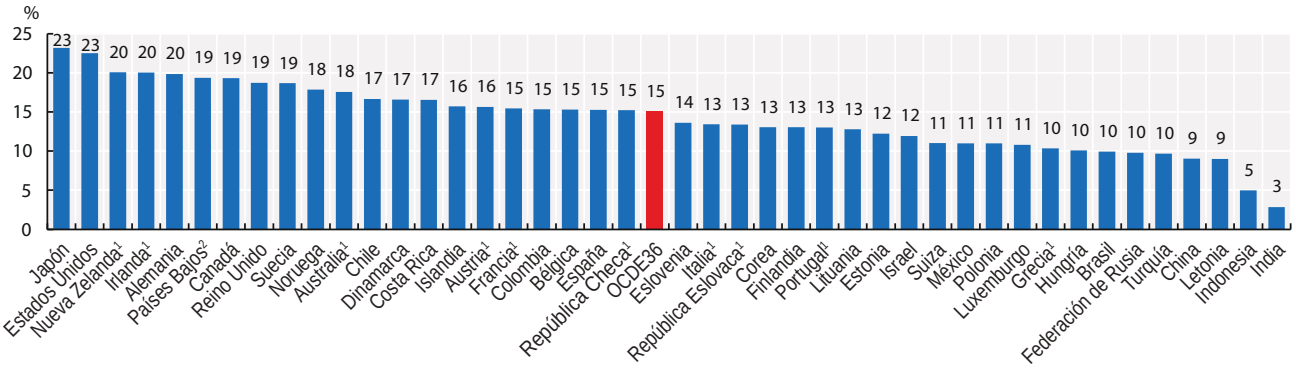
Figure 7.11. **Gasto en salud de fuentes públicas como porcentaje del total, 2017 (o año más cercano)**



1. El gasto público se calcula usando esquemas gubernamentales y seguridad social.
2. El gasto público se calcula usando el gasto por esquemas gubernamentales, seguridad social y seguros médicos privados obligatorios.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016968

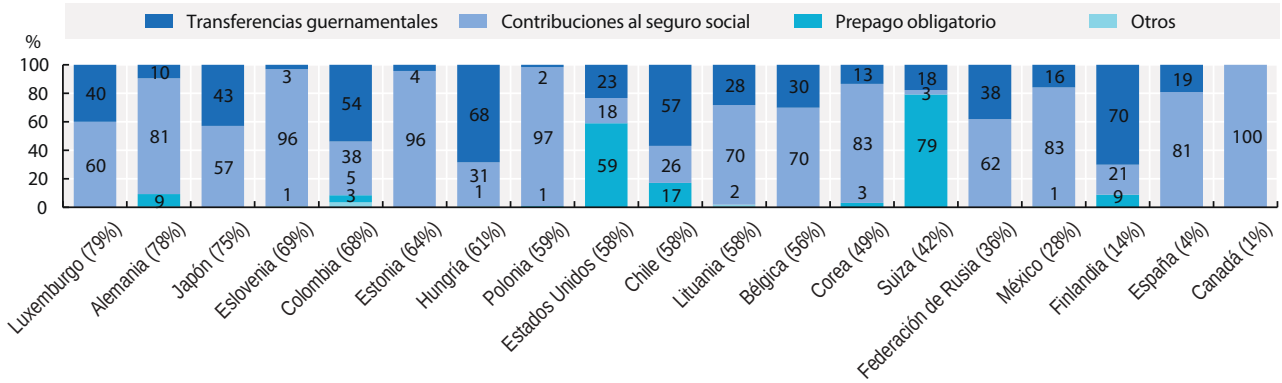
Figure 7.12. **Gasto en salud de fuentes públicas como porcentaje del gasto gubernamental total, 2017 (o año más cercano)**



1. El gasto público incluye el gasto por esquemas gubernamentales y seguridad social.
2. El gasto público incluye el gasto por esquemas gubernamentales, seguridad social, y seguros médicos privados obligatorios.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934016987

Figure 7.13. **Fuentes de financiamiento de seguros médicos obligatorios, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los numeros entre paréntesis indican la contribución del seguro médico obligatorio al gasto total. "Otros" indica los prepagos voluntarios y otros ingresos nacionales.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017006

Gasto en salud por tipo de servicio

Los factores como la organización de los servicios de salud, el establecimiento de prioridades entre los proveedores, el costo de insumos y las necesidades de la población, afectan el nivel de gasto destinado a diferentes servicios de salud. Los servicios de hospitalización y consulta externa constituyen la proporción más grande -típicamente alrededor de 60% del gasto total en salud en la OCDE (Figura 7.14). Los insumos médicos (principalmente productos farmacéuticos), representan otro 20%, seguido de una proporción creciente en cuidados de largo plazo, que en 2017 promedió alrededor de 14% del gasto en salud. La administración y gobernanza en general del sistema de salud, junto con los cuidados preventivos, cubren el remanente.

La estructura del gasto en los diferentes tipos de servicio puede variar considerablemente en cada país. Alrededor de 42% del gasto en salud en Grecia puede atribuirse a servicios de hospitalización (atención curativa y de rehabilitación). Esta es, por mucho, la proporción más grande, aproximadamente 14 puntos porcentuales por encima del promedio de la OCDE. En el otro extremo, en muchos de los países nórdicos, y también en Canadá y Países Bajos, los servicios de hospitalización son una cuarta parte o menos del gasto total. El gasto en servicios de consulta externa, con médicos generales y especialistas, fue particularmente alto en Portugal e Israel con respecto al promedio de la OCDE de 32%. Grecia y Bélgica tuvieron la menor proporción de gasto en servicios de consulta externa.

El gasto en insumos médicos representa la tercera categoría. Los precios de los productos tienden a ser menos variables entre los países en general, que los de los servicios (véase el indicador "Precios en el sector salud"). Esto significa que el gasto en productos farmacéuticos y dispositivos médicos con frecuencia representa una proporción más grande del gasto en salud en los países de ingresos más bajos. Como tal, los insumos médicos representaron más de una tercera parte del gasto total en salud en República Eslovaca. En comparación, en Dinamarca, Noruega, Países Bajos y Suecia, la proporción fue mucho menor, entre 10% y 12%.

En los países donde existen disposiciones formales para el cuidado de los ancianos y población dependiente, como Noruega, Suecia y Países Bajos, una cuarta parte o más del gasto total en salud se destina a servicios de largo plazo. En los países con un sector de cuidados de largo plazo más informal, como muchos países del sur, centro y este de Europa, el gasto en servicios de largo plazo es mucho menor -alrededor de 5% o menos en Grecia, Portugal, Hungría y Letonia.

Un componente primordial de cualquier sistema de salud que se extiende a través de los diferentes tipos de servicios descritos anteriormente, es la atención o servicios primarios. En sustitución de este concepto tan complejo, la definición de atención primaria aquí empleada incluye una variedad de servicios como consulta externa en general, servicios preventivos, atención dental, y servicios curativos a domicilio cuando son prestados por proveedores de cuidados ambulatorios. Utilizando esta definición, los servicios primarios representan alrededor de 13% del gasto total en salud en la OCDE, con una variación de alrededor de 10% en Suiza, República Eslovaca, Países Bajos y Austria; a 18% en Australia y Estonia (Figura 7.15).

El crecimiento del gasto en salud se reactivó en todas las áreas después de la desaceleración general a raíz de la crisis económica (Figura 7.16). Durante los años de recesión económica, algunos gobiernos introdujeron políticas para proteger el gasto en atención primaria y servicios de primera línea, mientras ahorraban en costos en otros rubros en el sistema de salud. La reducción de salarios en los hospitales públicos, el retraso en el reemplazo del personal sanitario y en la inversión en infraestructura hospitalaria, fueron algunas de las medidas más frecuentemente empleadas en países de la OCDE para balancear los presupuestos en salud. Mientras que el gasto en consulta externa y cuidados de largo plazo crecieron anualmente durante el período 2009-13, el gasto en hospitalización y administración se estancó en muchos países, y disminuyó para productos farmacéuticos y servicios de prevención.

Estos recortes se han revertido desde entonces, y la prevención fue el área de mayor crecimiento entre 2013 y 2017, en 3.2% anual en promedio. El índice de crecimiento de consulta externa fue de más del doble (2.8% frente a 1.1%), y hospitalización creció en 2.4%. El gasto en productos farmacéuticos y administración se incrementó más modestamente, en 1.6% y 2.0% por año, respectivamente. Finalmente, el gasto en cuidados de largo plazo ha seguido creciendo en forma consistente desde 2003.

Definición y comparabilidad

El *System of Health Accounts* (OECD, Eurostat y WHO, 2017[1]), define los límites del sistema de salud desde una perspectiva funcional, con funciones de cuidado de la salud que se refieren a diferentes tipos de bienes y servicios para la salud. El gasto corriente en salud comprende el cuidado personal de la salud (cuidados curativos, de rehabilitación, de largo plazo, servicios complementarios e insumos médicos) y servicios colectivos (prevención y servicios de salud pública, así como administración, lo que se refiere a gobernanza y administración del sistema de salud en general, más que al nivel de proveedor de servicios). Los cuidados curativos, de rehabilitación y de largo plazo, también pueden ser clasificados por la forma en que se proveen (cuidados hospitalarios, de corto plazo, ambulatorios, y cuidados en casa).

Un servicio de salud clave que notablemente ha estado ausente del marco SHA es la atención primaria. Se han hecho esfuerzos en años recientes para desarrollar una metodología para definir un indicador sustituto para el gasto en atención primaria que use el marco SHA (Mueller y Morgan, 2018[2]). La comparabilidad de las cifras de atención primaria se ve afectada principalmente por el grado en que los países pueden distinguir entre los servicios de un médico general y un especialista, y los métodos empleados para implementar esta distinción.

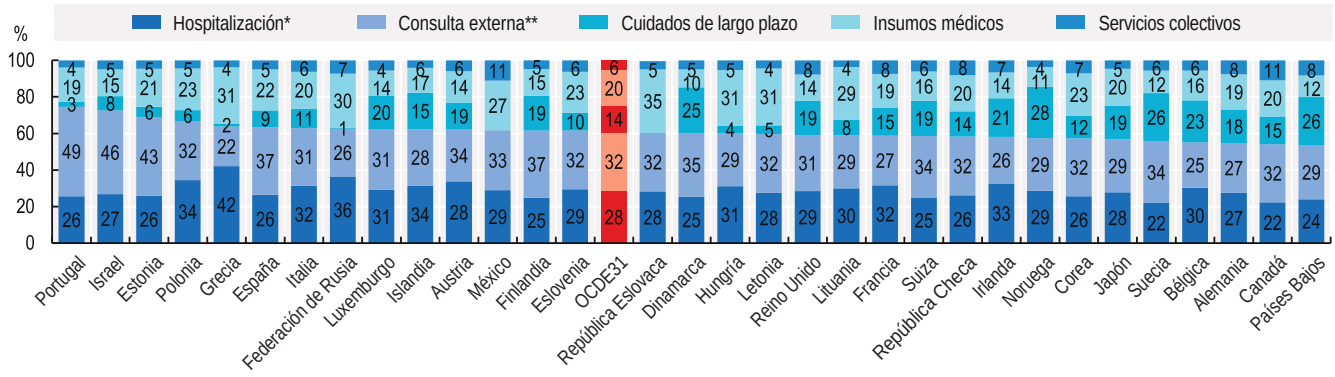
Para el cálculo de tasas de crecimiento en términos reales, se utilizaron deflactores del consumo individual real (CIR).

Referencias

[2] Mueller, M. y D. Morgan (2018), "Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework", disponible en *http://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf*.

[1] OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264270985-en*.

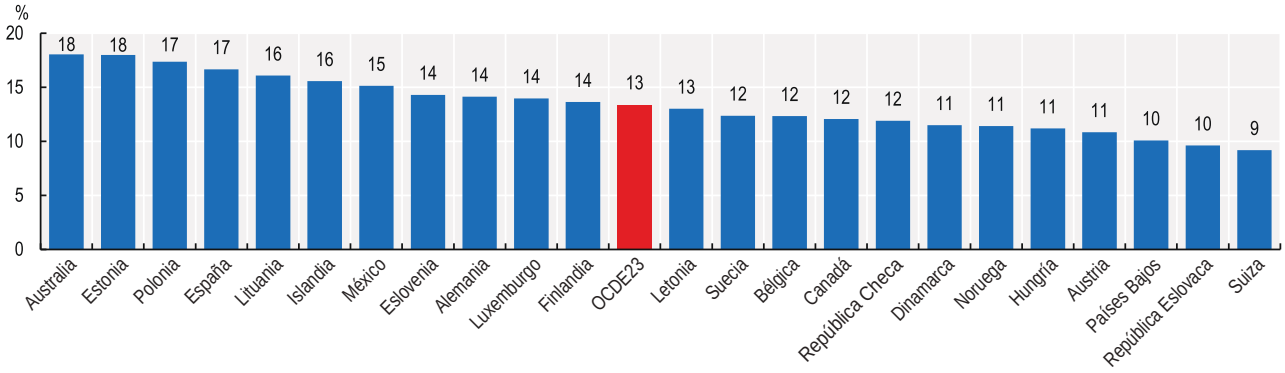
Figura 7.14. **Gasto en salud por tipo de servicio, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los países se ordenan según el gasto en cuidados curativos-de rehabilitación como proporción del gasto corriente en salud.
* Se refiere a cuidados curativos-de rehabilitación de pacientes hospitalizados y en servicios ambulatorios. **Incluye cuidados en casa y servicios complementarios.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017025

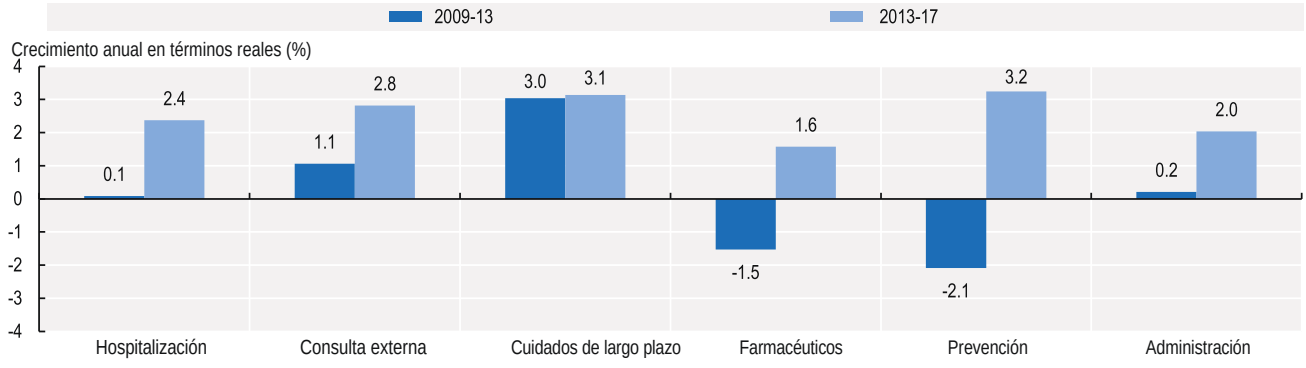
Figura 7.15. **Gasto en atención primaria como proporción del gasto corriente en salud, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017044

Figura 7.16. **Crecimiento anual del gasto en salud para una selección de servicios (términos reales), promedio de la OCDE, 2009-13 y 203-17**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017063

Gasto en salud por proveedor

Cómo y cuándo se prestan servicios de salud puede tener un impacto significativo en el gasto en diferentes bienes y servicios. Los servicios de salud pueden prestarse en muchos contextos organizacionales diferentes que van de hospitales y consultorios médicos, a farmacias y hogares, atendiendo a familiares. El análisis del gasto en salud por proveedor puede ser particularmente útil cuando se considera junto con el desglose funcional del gasto en salud, y proporciona una panorámica más completa de la organización de los sistemas de salud (véase el indicador "Gasto en salud por tipo de servicio").

Los servicios prestados en hospitales representan la mayor proporción de gasto en salud en casi todos los países de la OCDE, aunque cada país organiza su sistema para proporcionar fondos y atención en diferentes formas. En promedio, los hospitales reciben 38% de los fondos para salud, aunque en Turquía reciben más de la mitad de todos los recursos financieros (Figura 7.17). Estonia, Corea e Italia también tienen sectores hospitalarios significativos, en los que el gasto representa alrededor de 45%. Sólo Alemania y México gastan menos de 30% en hospitales.

Después de los hospitales, la categoría más grande de proveedores son los servicios ambulatorios. Esta categoría cubre un rango amplio de instalaciones, y dependiendo de la organización de la prestación de servicios de salud específica de cada país, la mayor parte del gasto se destina a consultorios médicos, incluyendo las oficinas de médicos generales y especialistas (p. ej. Austria, Francia y Alemania) o centros de atención ambulatoria (p. ej. Finlandia, Irlanda y Suecia). En todos los países de la OCDE, los servicios prestados por proveedores ambulatorios representan alrededor de una cuarta parte del gasto total en salud. Esta proporción es superior a 30% en Israel, Bélgica, Estados Unidos, Luxemburgo, México y Alemania, pero es inferior a 20% en Turquía, Grecia, Países Bajos y República Eslovaca. Aproximadamente dos tercios del gasto total en proveedores de servicios ambulatorios se destinan a consultorios de médicos generales y especialistas, junto con centros de atención ambulatoria, y aproximadamente una quinta parte a consultorios dentales.

Otra categoría importante de proveedores incluye a los distribuidores minoristas (principalmente farmacias que venden medicamentos de prescripción y de libre acceso) -que representan 18% del gasto total en salud- e instalaciones residenciales de cuidados de largo plazo (que prestan principalmente servicios hospitalarios de largo plazo a personas dependientes), a las que se asigna 9% del gasto total en salud.

Existe una gran variación en cuanto a las diferentes actividades que pueden llevarse a cabo en la misma categoría de proveedor entre países, dependiendo de la estructura y organización del sistema de salud. La variación más pronunciada es la de los hospitales (Figura 7.18). Aunque la atención curativa y de rehabilitación de pacientes hospitalizados define la mayor parte del gasto en hospitales en casi todos los países de la OCDE, los hospitales también pueden ser proveedores importantes de atención de pacientes de consulta externa en muchos países, por ejemplo a través de departamentos de accidentes y urgencias, unidades especializadas de consulta externa, o servicios de laboratorio e imagenología proporcionados a los pacientes. En Alemania y Grecia, los hospitales son en general monofuncionales, y la mayor parte del gasto (93%) se destina a servicios de atención en hospitalización, y solo un poco a consulta externa y servicios ambulatorios. Por otra parte, los servicios de consulta externa representan más de 40% del gasto en hospitales en Dinamarca, Suecia, Estonia, Finlandia y Portugal. En estos países, los especialistas normalmente reciben pacientes de consulta externa en los departamentos de consulta externa de los hospitales.

Muchos países han trasladado algunos servicios médicos de hospitalización a contextos ambulatorios en años recientes (véase el indicador "Cirugía ambulatoria" en el Capítulo 9). La principal motivación es aumentar la eficiencia y reducir los tiempos de espera. Adicionalmente, para algunas intervenciones los procedimientos ambulatorios son el método más apropiado de tratamiento. Por lo tanto, en varios países la atención ambulatoria representa actualmente más de 10% del gasto total en hospitales. Además, la prestación de atención de largo plazo en los hospitales representa una buena parte del gasto en hospitales en algunos países (p. ej. Corea, Japón e Israel).

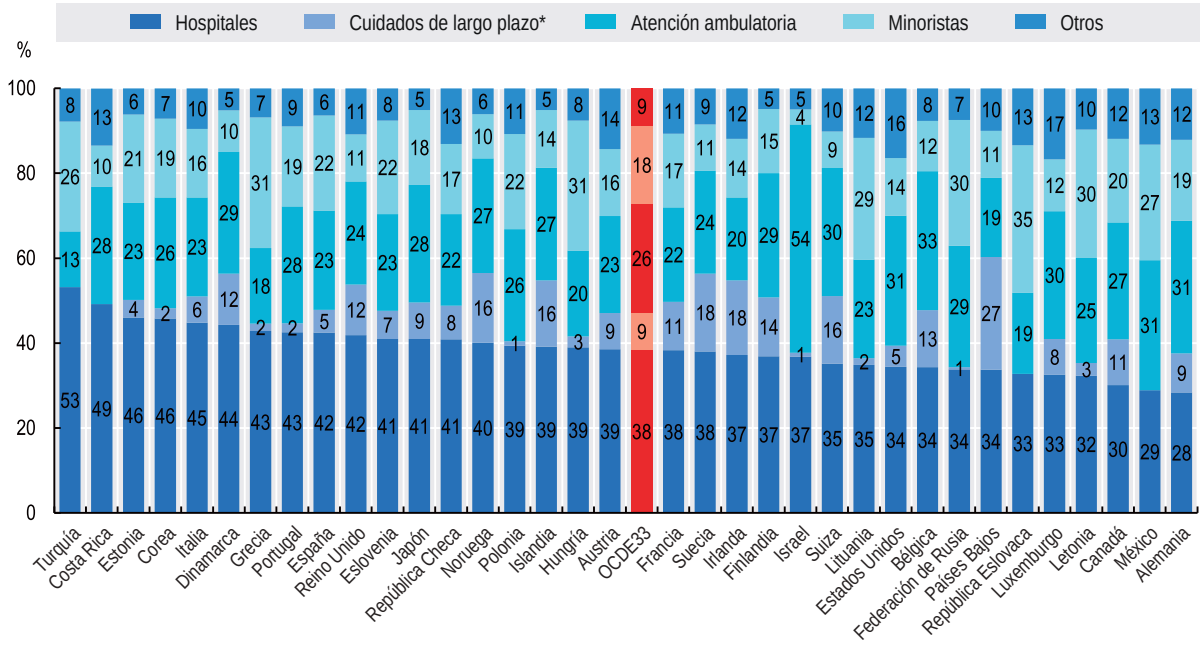
Definición y comparabilidad

El universo de proveedores de servicios de atención para la salud se define en el *System of Health Accounts* (OECD, Eurostat y WHO, 2017) y comprende proveedores primarios, es decir organizaciones y actores que proveen bienes y servicios para el cuidado de la salud como su actividad primaria; y también proveedores secundarios, para quienes la prestación de servicios para la salud es una de varias actividades.

Las principales categorías de proveedores primarios son hospitales (intensivos y psiquiátricos), instalaciones residenciales de cuidados de largo plazo, proveedores ambulatorios (consultorios de médicos generales y especialistas, consultorios dentales, centros de atención ambulatoria, proveedores de servicios de atención a la salud en el hogar), proveedores de servicios complementarios (p. ej. servicios de ambulancia, laboratorios), minoristas (p. ej. farmacias), y proveedores de cuidados preventivos (p. ej. institutos de salud pública).

Los proveedores secundarios incluyen instituciones residenciales de cuidado, cuya actividad principal puede ser la provisión de alojamiento, pero prestan servicios de enfermería como actividad secundaria, supermercados que venden productos de libre acceso, o instalaciones que prestan servicios sanitarios a grupos restringidos de la población, como los servicios de salud en penales. Los proveedores secundarios también incluyen a proveedores de la administración y financiamiento del sistema de salud (p. ej. agencias gubernamentales, agencias de seguros médicos) y los hogares como proveedores de cuidados de la salud.

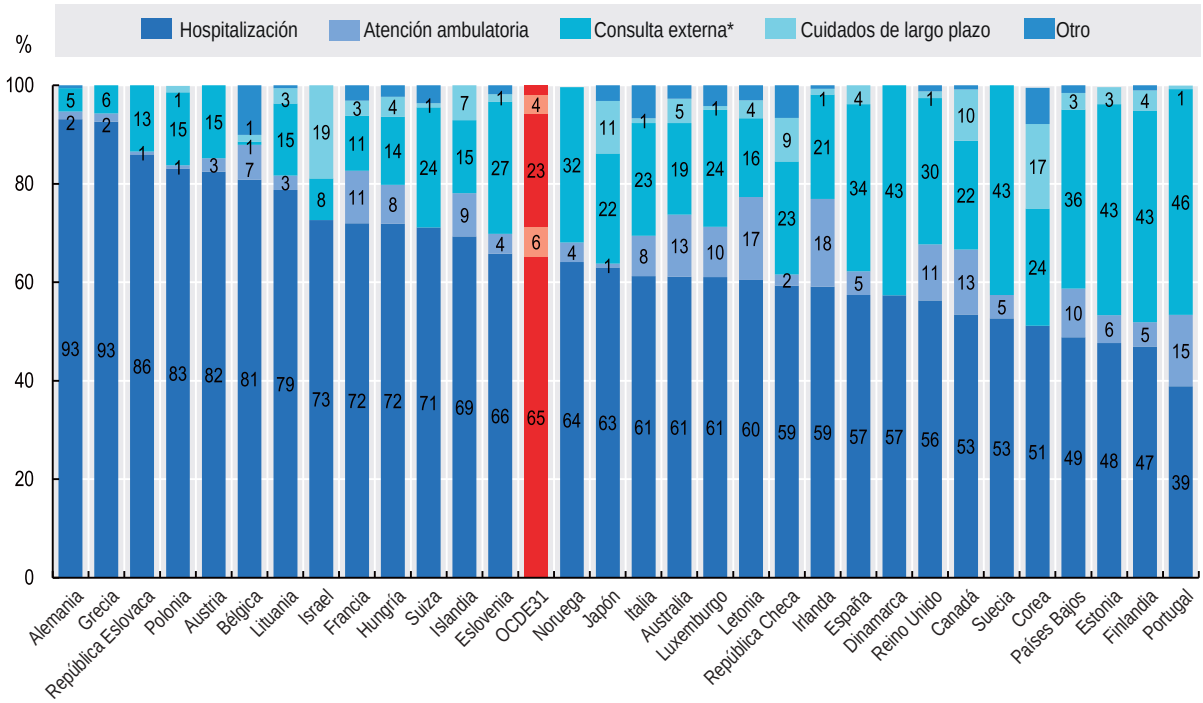
Figura 7.17. **Gasto en salud por proveedor, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los países se clasifican por hospitales como proporción del gasto corriente en salud. * Se refiere a instalaciones de cuidados de largo plazo.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017082

Figura 7.18. **Gasto en hospitales por tipo de servicio, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los países se clasifican por servicios de hospitalización curativos y de rehabilitación como proporción del gasto en hospitales. *Incluye servicios complementarios.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017101

Gasto de capital en el sector salud

El sector salud y el de cuidados de largo plazo siguen siendo altamente dependientes de su mano de obra, pero el capital es también un factor clave en la producción de servicios de salud. La inversión de un país en instalaciones sanitarias, y el más moderno equipo terapéutico y de diagnóstico, además de tecnologías de la información y comunicación (TICs), puede tener un impacto importante en la capacidad de un sistema de salud de satisfacer las necesidades de su población y contribuir a tener mejores resultados. Por ejemplo, una cantidad limitada de unidades de MRI y escáneres de CT (véase el indicador "Tecnologías médicas" en el Capítulo 9) puede tener consecuencias en la detección de enfermedades en etapas tempranas. Sin embargo, el nivel de gasto de capital tiende a fluctuar más de un año al otro que el gasto corriente en servicios de salud, ya que las decisiones de inversión pueden depender mucho más de circunstancias económicas y políticas, o de opciones empresariales, así como reflejar necesidades futuras y niveles de inversión pasados. Para tomar este tipo de decisiones, los encargados de la formulación de políticas y los proveedores deben evaluar no solo los costos de corto plazo, sino los beneficios potenciales inmediatos y en el mediano y largo plazos. Como en cualquier industria, la falta de inversión en el presente puede generar una acumulación de problemas y costos más altos en el futuro a medida que el equipo y las instalaciones se deterioran.

Para el año más reciente disponible, el gasto de *capital* promedio en los países de la OCDE fue equivalente a aproximadamente 5.6% del gasto *corriente* en salud (es decir, en servicios médicos, productos farmacéuticos, etc.) y alrededor de 0.5% del PIB, en comparación con el promedio de 8.8% del PIB para gasto corriente en salud (véase el indicador "Gasto en salud en relación al PIB") (Figura 7.19). Como es el caso con el gasto corriente, existen diferencias importantes en los niveles de inversión entre países y en el tiempo, especialmente como resultado de la crisis económica.

En relación con su gasto corriente, las mayores inversiones en 2017 fueron las de Luxemburgo y Japón, con el equivalente a más de 10% destinado a nueva construcción, equipo y tecnología en el sector salud y el social; aunque en relación con su PIB, la inversión de Luxemburgo es más cercana al promedio. Varios países europeos -incluyendo Alemania, Bélgica y Países Bajos- también tuvieron inversiones de capital relativamente altas, correspondientes a aproximadamente 9% del gasto corriente en salud. Tanto Japón como Alemania destinaron más de 1% del PIB en gasto de capital en el sector salud en 2017. Estados Unidos y Reino Unido gastaron menos del promedio en comparación con el gasto corriente, con 3.5% y 3.2% respectivamente, aunque debido a la magnitud del gasto en salud, esto se tradujo en una proporción relativamente alta del PIB en el caso de Estados Unidos. En contraste, Turquía gastó sólo 0.3% del PIB en 2017, aunque la inversión es relativamente alta considerando su bajo gasto en salud.

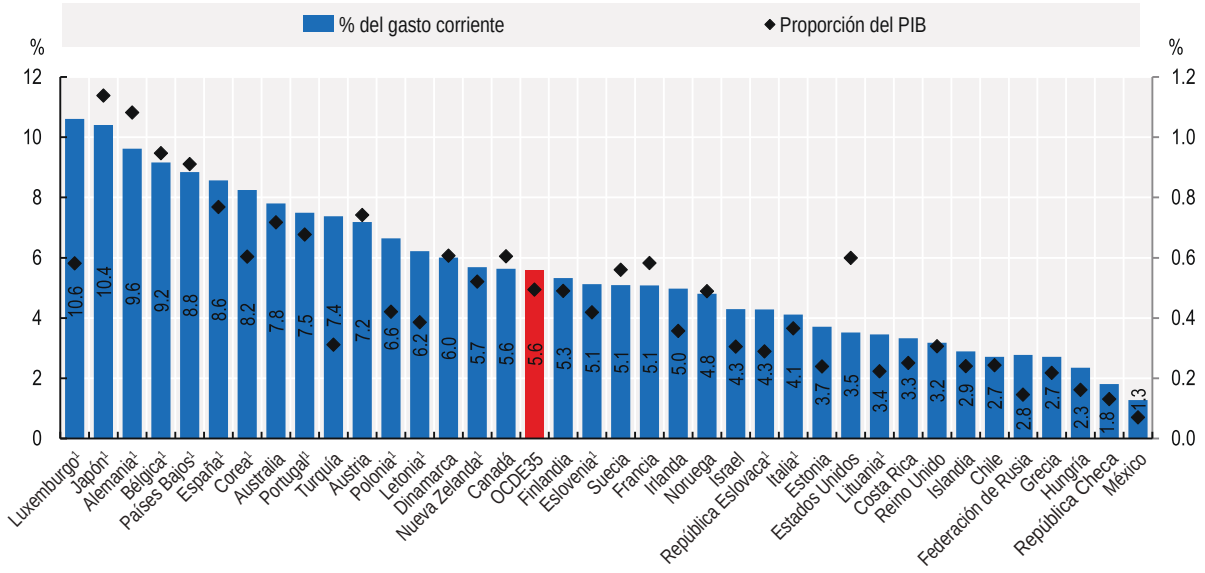
El gasto de capital es más fluctuante que el gasto corriente de un año a otro, particularmente en economías más pequeñas, a medida que los proyectos de capital en construcción (es decir, construcción de hospitales y otras instalaciones sanitarias) y los programas de inversión en equipo nuevo (p. ej. TICs y equipo médico) se implementan. Las decisiones de gasto de capital tienden a verse más afectadas por los ciclos económicos, y la inversión en infraestructura y equipo con frecuencia se recorta o pospone durante las recesiones. La Figura 7.20 muestra un índice de gasto de capital en términos reales en un período de 10 años para una selección de países Europeos y de Norteamérica. Mientras que Francia mantuvo un nivel constante de gasto de capital en este período, Reino Unido y en particular Grecia, reportaron una caída importante a raíz de la crisis económica y financiera global, y el gasto permanece en niveles por debajo de los de 2007. Tanto Estados Unidos como Canadá, tienen gastos de capital similares a los de los niveles anteriores a la crisis (en términos reales). Hubo un incremento importante de gasto de capital en Canadá en 2010-11 como una medida contracíclica, que fue aún más pronunciado en México durante 2008-12, cuando la seguridad social se expandió significativamente con el *Seguro Popular*.

Definición y comparabilidad

La formación bruta de capital fijo en el sector salud se mide por el valor total de los activos fijos que los proveedores de servicios han adquirido durante el año contable (menos el valor de los activos enajenados) y que se usan de manera repetida o continua por más de un año en la producción de servicios de salud. El desglose por activos incluye infraestructura (p. ej. hospitales, clínicas, etc.,) maquinaria y equipo (incluyendo maquinaria de diagnóstico y cirugía, ambulancias y TICs), así como software y bases de datos.

Muchos países reportan la formación bruta de capital fijo bajo el System of Health Accounts. También se reporta bajo National Accounts, desglosado por sector industrial según el International Standard Industrial Classification (ISIC) Rev. 4 usando la Sección Q: salud humana y actividades de trabajo social, o División 86: actividades para la salud humana. La primera es normalmente más amplia que el límite SHA, mientras que la última es más angosta.

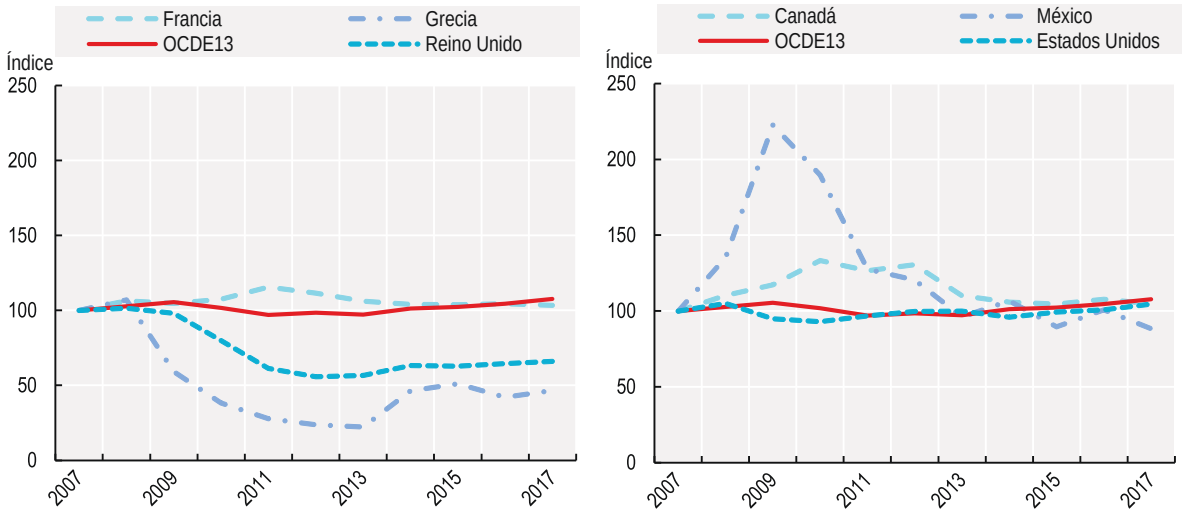
Figura 7.19. **Inversión de capital en Salud como proporción del gasto corriente en salud, 2017 (o año más cercano)**



1. Se refiere a la formación bruta de capital fijo en ISIC Q: Salud humana y actividades de trabajo social (ISIC Rev.4).
Fuente: OECD Health Statistics 2019, OECD National Accounts.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017120

Figura 7.20. **Tendencias en inversión de capital (precios constantes), selección de países, 2007-17**



Fuente: OECD Health Statistics 2019, OECD National Accounts.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017139

Proyecciones del gasto en salud

El gasto en salud ha sobrepasado al crecimiento económico en los países de la OCDE durante la mayor parte del último medio siglo. Este gasto adicional ha contribuido a mejorar los resultados en salud y ha sido una fuente importante de crecimiento económico y generación de empleos. Sin embargo, la sustentabilidad financiera es una preocupación creciente, pues la mayoría de los países obtienen sus fondos principalmente de fuentes públicas (OECD, 2015[1]). Las proyecciones del crecimiento del gasto en salud pueden dar a los países una perspectiva de la rapidez y magnitud en las que el gasto en salud podría crecer, en comparación con el crecimiento económico en general, o con respecto a la población de un país (Lorenzoni et al., 2019[2]).

En el largo plazo, el gasto en salud ha sobrepasado por mucho el crecimiento del PIB en todos los países de la OCDE, aún tomando en cuenta la volatilidad a raíz de la crisis financiera de 2007-08 (Figura 7.21). Durante el período 2000-15, el crecimiento del gasto anual en salud en la OCDE fue de 3.0%, comparado con 2.3% de crecimiento del PIB. En comparación, para el período 2015-2030, se proyecta que el gasto en salud per cápita crezca a una tasa anual promedio de 2.7% en la OCDE, con un escenario base (con crecimiento promedio del PIB de 2.1%). Se proyecta que el crecimiento promedio baje hasta 2.2% con mayor control de costos, pero que suba hasta 3.1% en un escenario de presión de costos. Estos escenarios reflejan suposiciones divergentes, como el crecimiento económico de los países, productividad y envejecimiento saludable. Sin embargo, en todos los países de la OCDE se proyecta que el gasto en salud sobrepase el crecimiento del PIB en los próximos 15 años en todos los escenarios.

En cuanto a proyecciones para países específicos, se calcula que el gasto en salud per cápita en 2015-30 crezca más de 4% por año en República Eslovaca, Turquía y Corea, mientras que en Bélgica, Alemania, Italia, Lituania, Japón y Portugal se calcula que sea de menos de 2% por año (Figura 7.22). En 20 de 36 países de la OCDE, se proyecta que el crecimiento sea ± 1 punto porcentual en comparación con 2000-2015. Casi todos los seis países -Islandia, Hungría, México, Israel, Portugal y Turquía- donde se proyecta que el crecimiento per cápita sea más de un punto porcentual superior al observado en 2000-2015, experimentaron una desaceleración en el crecimiento del gasto en salud a raíz de la crisis económica y financiera global. En contraste, en Lituania, Corea, Chile, Letonia y Estonia, se proyecta que las tasas de crecimiento sean más de dos puntos porcentuales más bajas que las tasas históricas. Estos países también reportaron algunas de las más altas tasas de crecimiento del gasto en salud per cápita de 2000 a 2015.

En todos los países de la OCDE, en el escenario base, se proyecta que el gasto en salud como proporción del PIB aumente a 10.2% hacia 2030, en comparación con 8.8% en 2015 (Figura 7.23). Los únicos países en los que se espera una ligera disminución de esta proporción son Letonia, Hungría y Lituania, principalmente debido a la disminución del tamaño de la población que se espera en las próximas décadas. Se espera que la mayoría de los países tengan incrementos moderados del gasto en salud como proporción del PIB, solamente en Estados Unidos se calcula un crecimiento de más de tres puntos porcentuales.

Definición y comparabilidad

El modelo que subyace la proyección del gasto en salud en el futuro incluye varios determinantes específicos para cada país. Se basa en curvas de gasto en salud por edad para el gasto total en salud (en términos reales), que se proyectan en el futuro utilizando cambios en la población, tasas de mortalidad, los costos asociados con los fallecimientos, y la proporción de sobrevivientes y fallecidos en un año determinado. Éstas se ajustan además en función del crecimiento del PIB, productividad y aumento de los salarios, los efectos del tiempo, proporciones de gasto individuales y colectivas, y cambio tecnológico. Este modelo se aplica al total y al gasto público corriente en salud (excluyendo gasto de capital), y se construye una variedad de escenarios con base en los parámetros mencionados en la literatura, análisis de sensibilidad basados en regresión, y suposiciones acordes a teorías específicas en la literatura (es decir, tiempo hasta la muerte, envejecimiento saludable). En la sección de Referencias se incluye un desglose detallado del marco teórico y los supuestos metodológicos en que se basan las proyecciones presentadas en esta columna.

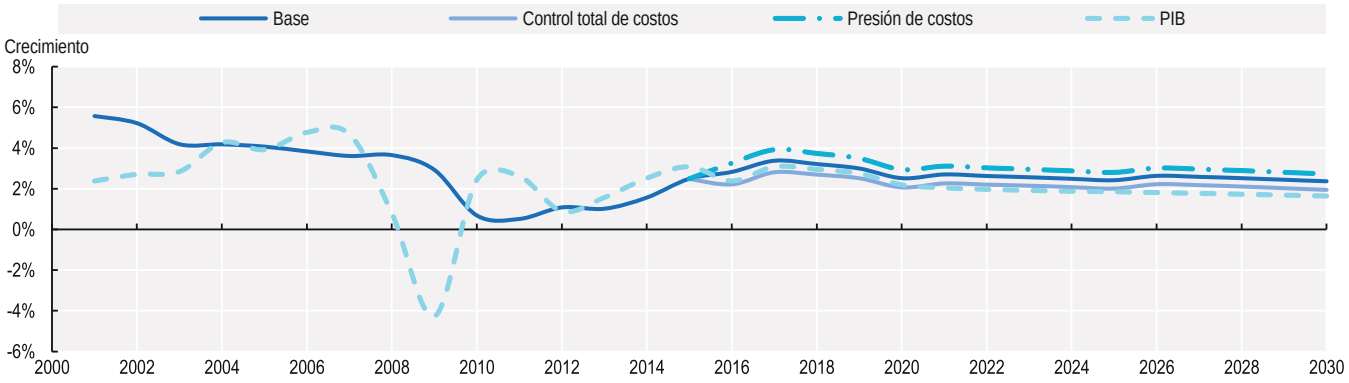
Referencias

[2] Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", *OECD Health Working Papers*, núm. 110, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/5667f23d-en*.

[3] Marino, A. et al. (2017), "Future trends in health care expenditure: A modelling framework for cross-country forecasts", *OECD Health Working Papers*, núm. 95, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/247995bb-en*.

[1] OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264233386-en*.

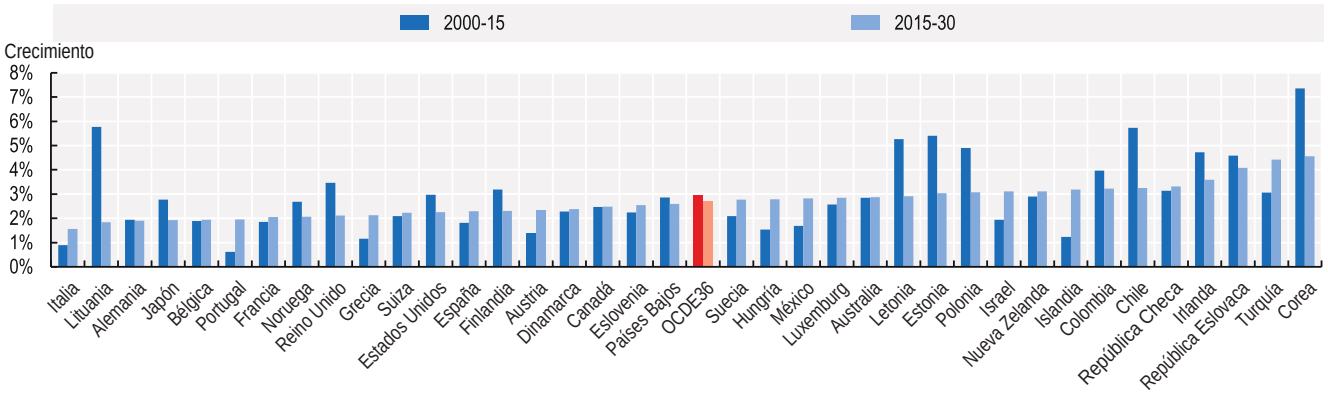
Figura 7.21. **Gasto en salud per cápita frente a tendencias de crecimiento del PIB, observadas y proyectadas, 2000-30**



Fuente: OECD Health Division projections, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017158

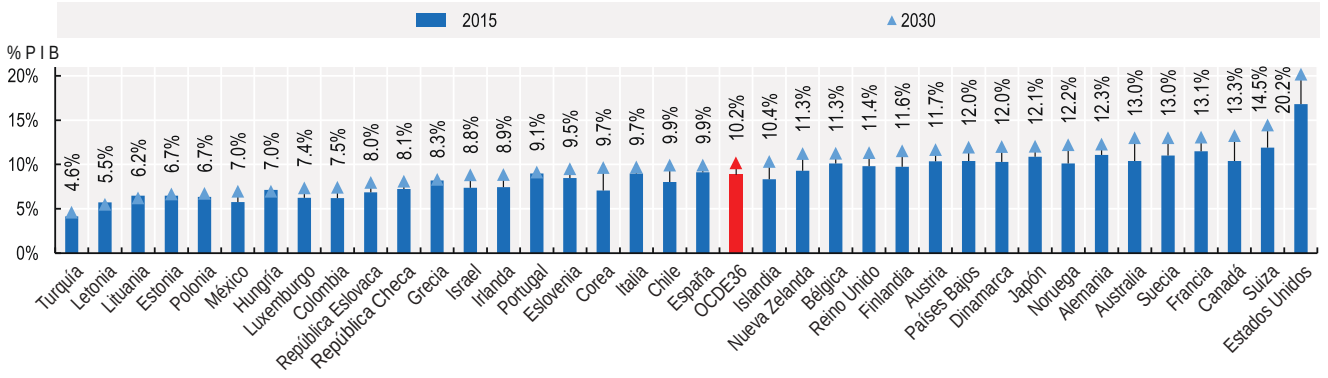
Figura 7.22. **Crecimiento promedio de la inversión de capital per cápita, 2000-15 y 2015-30**



Fuente: OECD Health Division projections, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017177

7.23. **Gasto en salud como proporción del PIB, proyección a 2030**



Fuente: OECD Health Division projections, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017196





8. FUERZA LABORAL DEDICADA A LA SALUD

Fuerza laboral en salud y trabajo social

Médicos (número total)

Médicos por edad, género y categoría

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

Personal de enfermería

Remuneración de personal de enfermería

Graduados de medicina

Graduados de enfermería

Migración internacional de médicos y personal de enfermería

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

Fuerza laboral en salud y trabajo social

En los países de la OCDE, los sistemas sociales y de salud emplean hoy día a más trabajadores que nunca antes en la historia. En 2017, alrededor de uno de cada diez empleos se dieron en salud y trabajo social (Figura 8.1), lo que representa un incremento de casi dos puntos porcentuales desde 2000. En los países nórdicos y Países Bajos, más de 15% del total de puestos de trabajo corresponden a salud y trabajo social. De 2000 a 2017, la proporción de trabajadores sanitarios y sociales permaneció estable o se incrementó en todos los países excepto República Eslovaca (donde decreció en la década del 2000, y ha permanecido estable desde 2010). En algunos países, en especial Japón, Irlanda y Luxemburgo, la proporción de trabajadores sanitarios y sociales se incrementó considerablemente.

El sector salud y de trabajo social es crítico para el funcionamiento efectivo de las sociedades en los países de la OCDE, y como resultado, este sector no sigue directamente las tendencias generales de empleo. En los países de la OCDE, de 2000 a 2017, el empleo en el sector salud y de trabajo social se incrementó en promedio 42% (con una mediana de aumento de 38%), sobrepasando el crecimiento del sector de servicio y las tendencias totales, mientras que el empleo en agricultura e industria decreció marcadamente en el mismo período (Figura 8.2). Al mismo tiempo, el sector salud y de trabajo social también parece resistir mejor las fluctuaciones cíclicas del empleo. Por ejemplo, mientras que las cifras totales de empleo disminuyeron en Estados Unidos y otros países de la OCDE durante las recesiones económicas de principios de la década de 1990, y en particular 2008-09, el empleo en el sector salud y de trabajo social siguió creciendo continuamente durante el mismo período.

Es probable que el empleo en el sector salud y de trabajo social siga creciendo en el futuro. La inversión en los sistemas de salud, incluyendo el desarrollo de la fuerza laboral, puede promover el crecimiento económico al asegurar la salud de la población, junto con otras vías como la innovación y seguridad en salud (UN High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth, 2016[1]). Sin embargo, se espera que la distribución de los roles y habilidades de la fuerza laboral en salud y trabajo social cambie, principalmente por el envejecimiento de las poblaciones. Con poblaciones de mayor edad, el patrón de demanda para el trabajo social y servicios de salud apuntará hacia la demanda de cuidados de largo plazo y el trabajo social relacionado, que son especialmente intensivos en mano de obra (OECD, 2019[2]). Anticipadamente o en respuesta a este cambio demográfico, muchos países han empezado a introducir nuevos modelos de provisión de servicio que integran salud y trabajo social. Políticas como la expansión de roles de proveedores que no son médicos (como personal de enfermería, farmacéuticos y trabajadores comunitarios de salud), o la introducción de equipos multidisciplinarios y estructuras de tratamiento, pueden incrementar la productividad de la fuerza laboral en salud, así como mejorar la continuidad y calidad de la atención de los pacientes.

Las nuevas tecnologías de salud son otro factor de cambio acelerado en el sector salud y de trabajo social, y puede ser difícil prever su impacto y desarrollo. Los cambios tecnológicos que se esperan en tecnologías de la información y datos masivos, automatización e inteligencia artificial, pueden generar demanda de nuevas especialidades o habilidades para la fuerza laboral en salud y trabajo social, y reducir la importancia de otros profesionales (OECD, 2019[3]).

Definición y comparabilidad

Salud y Trabajo Social es una de las actividades económicas que se define de acuerdo a las principales divisiones del International Standard Industrial Classification of All Economic Activities (ISIC). Es un subcomponente del sector de Servicios, y se define como el conjunto de actividades para la salud humana, actividades de cuidado residencial (incluyendo cuidados de largo plazo), y actividades de trabajo social sin alojamiento. Los datos de empleo provienen de la base de datos OECD National Accounts para los 36 países miembros, excepto los de Turquía, que provienen de la base de datos OECD Annual Labour Force Statistics.

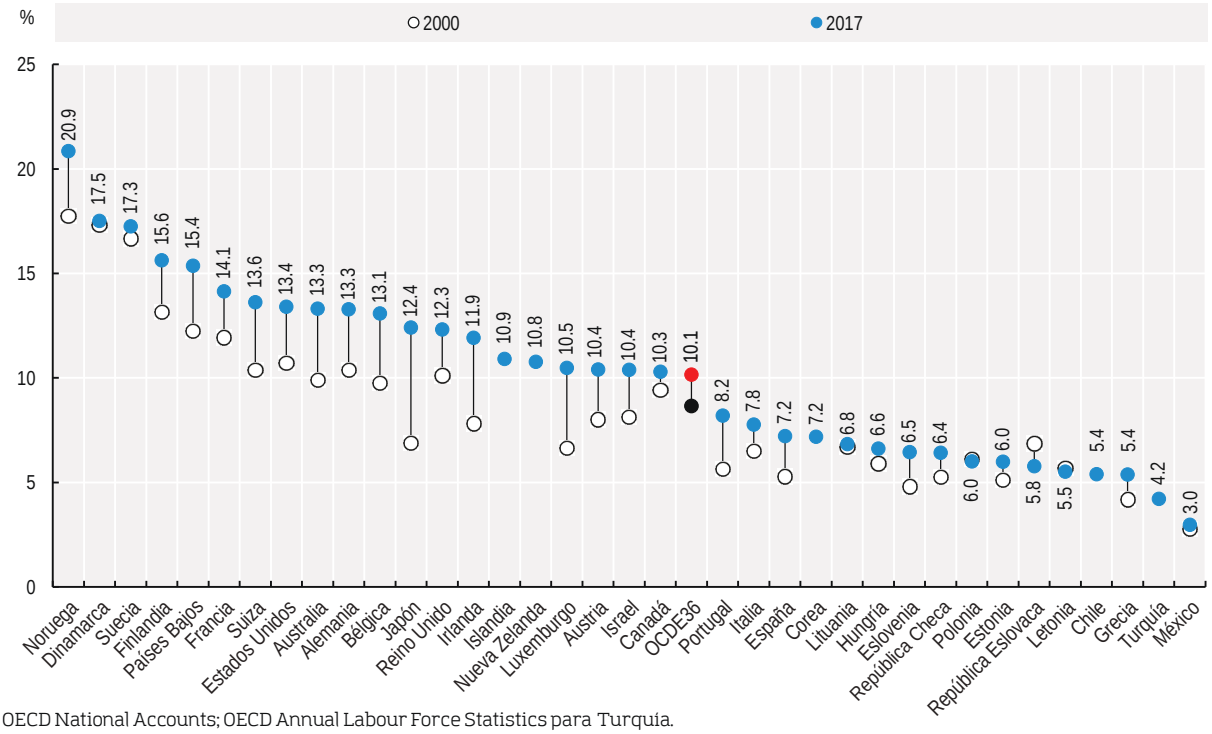
Referencias

[2] OECD (2019), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en*.

[3] OECD (2019), "Engaging and transforming the health workforce", in *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, OECD Publishing, París.

[1] UN High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (2016), *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*, World Health Organization, Ginebra, disponible en *http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports*.

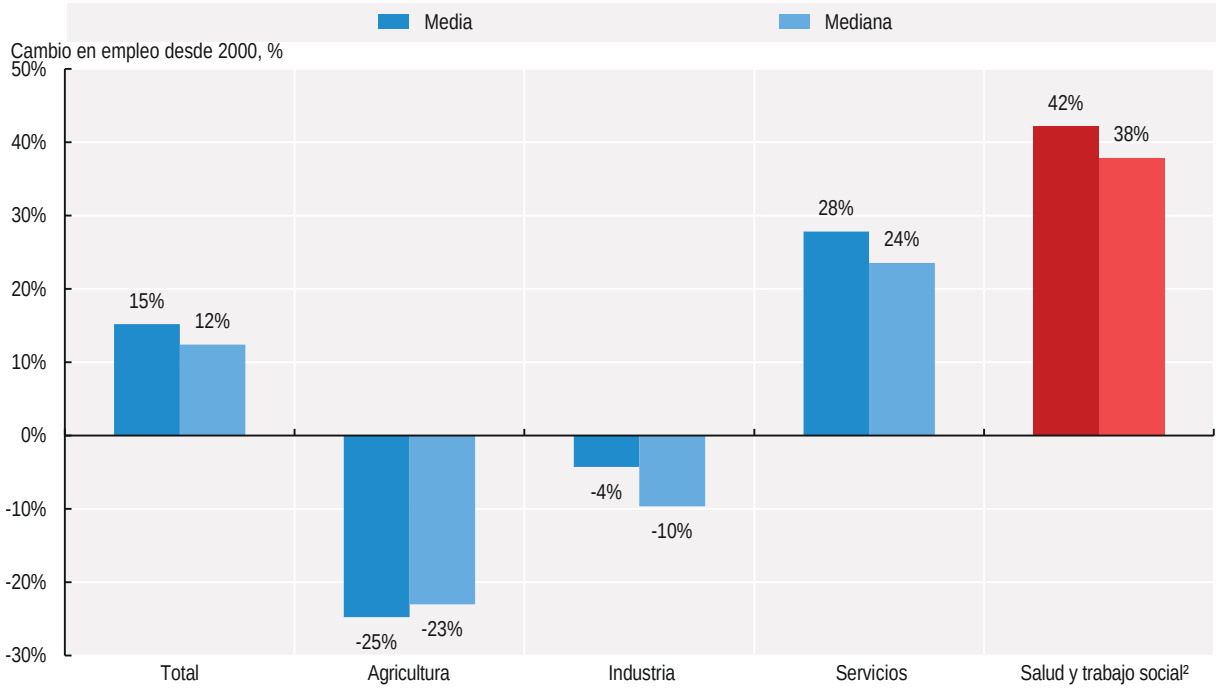
Figura 8.1. **Empleo en salud y trabajo social como porcentaje del empleo total, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD National Accounts; OECD Annual Labour Force Statistics para Turquía.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017215

Figura 8.2. **Crecimiento del empleo por sector, promedio[1] de la OCDE, 2000-17 (o año más cercano)**



1. Promedio de 30 países de la OCDE (excluyendo Chile, Islandia, Corea, Nueva Zelanda, Suiza y Turquía).
2. Salud y trabajo social se clasifica como un subcomponente del sector de servicios.
Fuente: OECD National Accounts.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017234

Médicos (número total)

En 2017 en los países de la OCDE, el número de médicos varió de 2.5 o menos por cada 1 000 habitantes en Turquía, Corea, Polonia, México, Japón y Chile, a cinco o más en Portugal, Austria y Grecia. Sin embargo, este número es una sobreestimación en Portugal y Grecia, pues incluye a todos los médicos que cuentan con licencia para practicar. El promedio era de 3.5 médicos por cada 1 000 habitantes (Figura 8.3). En Indonesia, India y Sudáfrica, el número de médicos por cada 1 000 habitantes era significativamente menor -menos de uno- mientras que en China, este número se incrementó rápidamente de 1.25 por cada 1 000 habitantes en 2000, a 2 por cada 1 000 habitantes en 2017.

Las políticas de educación y capacitación dirigidas, los mejores índices de retención, y en algunos países la inmigración de médicos, han provocado que el número de médicos, absoluto y per cápita, se haya incrementado en casi todos los países de la OCDE desde 2000. La única excepción es Israel, donde un incremento de 25% en el número absoluto de médicos siguió siendo insuficiente para mantener el paso con el crecimiento de la población, de alrededor de 40% entre 2000 y 2017. En general, en la mayoría de los países de la OCDE el número de médicos creció en forma constante entre 2000 y 2014, y no parece haber sido vulnerable a factores externos; aunque la recesión de 2008-2009 tuvo un impacto profundo en Grecia, donde el número de médicos se incrementó hasta 2008, antes de estancarse en 2012.

En algunos países se dieron crecimientos notablemente acelerados en el número de médicos entre 2000 y 2017 (Figura 8.4). Este fue el caso de Corea, México y Reino Unido, donde a pesar de sobrepasar el crecimiento promedio de médicos per cápita, seguían habiendo menos médicos por cada 1 000 habitantes que el promedio de la OCDE en 2017. En otros países, como Australia, Dinamarca y Austria, los incrementos superaron el crecimiento medio de la OCDE, lo que resultó en más médicos per cápita que el promedio de la OCDE. En Australia, el número de médicos per cápita pasó de debajo del promedio de la OCDE en 2000, a superarlo en 2017, debido al incremento en el número de graduados de programas de educación médica nacionales (ver el indicador "Graduados de medicina").

En el otro extremo, el número de médicos per cápita creció mucho más lentamente o permaneció estable desde 2000 en Bélgica, Francia, Polonia y República Eslovaca, países en donde el número de estudiantes locales admitidos a facultades de medicina se ha incrementado en años recientes. Este hecho debe contribuir a reemplazar a los médicos que se retirarán en años próximos, siempre y cuando los nuevos médicos permanezcan en el país donde se formaron (OECD, 2019[1]).

La preocupación por la escasez de profesionales de la salud no es nueva en los países de la OCDE, pero se ha agudizado en muchos, especialmente cuando la generación de médicos y enfermeros del "baby-boom" empieza a retirarse. La inquietud por una fuerza laboral de médicos que envejece y se acerca al retiro, ha impulsado a muchos países de la OCDE en la última década a incrementar el número de estudiantes en programas de educación médica y de enfermería (OECD, 2016[2]). Si bien algunos países, como Australia, han empezado a ver los beneficios del aumento de la matrícula en instituciones de educación médica, la duración de la formación de los médicos hace que el impacto de este aumento tarde una década o más en sentirse.

En la mayoría de los países de la OCDE también hay inquietud por la escasez de médicos generales (ver el indicador "Médicos por edad, género y categoría"), y de médicos en regiones rurales y remotas (ver el indicador "Distribución geográfica de médicos" en el Capítulo 5). Estos temas se han generado o exacerbado por el envejecimiento de los médicos generales y de la población en general.

Definición y comparabilidad

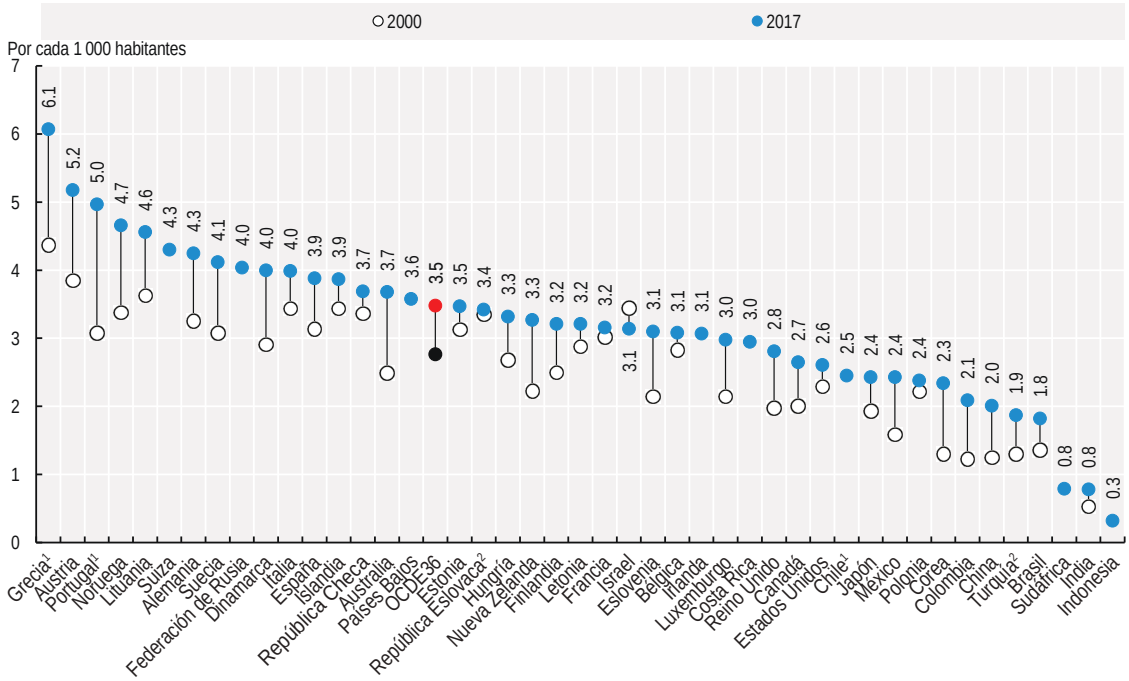
Los datos para la mayoría de los países se refieren a médicos en servicio, que se define como el número de médicos que atienden directamente a pacientes. En muchos países, este número incluye internos y residentes (médicos en capacitación). Las cifras se basan en cálculos directos. República Eslovaca y Turquía también incluyen médicos que están activos en el sector salud, aunque pueden no atender a pacientes directamente, lo que agrega 5-10% a las cifras. Grecia, Chile y Portugal reportan el número de médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una sobreestimación mayor del número de médicos en servicio. Bélgica establece un umbral mínimo de actividades para que los médicos generales se consideren en servicio activo (500 consultas por año), lo que por el contrario resulta en una subestimación en comparación con países que no establecen este umbral. Los datos para India pueden estar sobreestimados ya que se basan en registros médicos que no están actualizados por migración, retiro o muerte, y no toman en cuenta médicos registrados en varios estados.

Referencias

[1] OECD (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[2] OECD (2016), "Education and training for doctors and nurses: What's happening with numerus clausus policies?", in *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-6-en*.

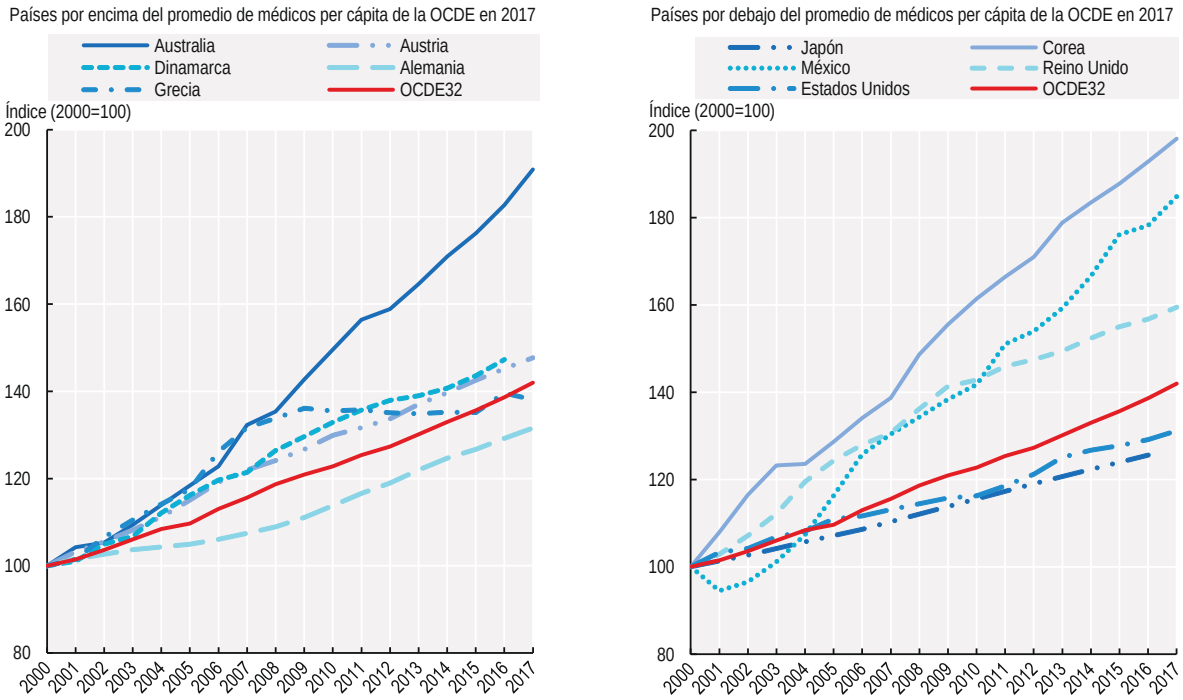
Figura 8.3. **Médicos en servicio por cada 1 000 habitantes, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



1. Los datos se refieren a todos los médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una importante sobreestimación del número de médicos en servicio (p.ej. de alrededor de 30% en Portugal).
2. Los datos no incluyen solamente a los médicos que atienden directamente a pacientes, sino también a aquellos en el sector salud como administradores, educadores, investigadores, etc., (agregando otro 5-10% de médicos).
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017253

Figura 8.4. **Evolución del número de médicos, selección de países, 2000-17 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017272

Médicos por edad, género y categoría

En 2017, más de un tercio de los médicos en los países de la OCDE tenían más de 55 años de edad, en comparación con una quinta parte en 2000 (Figura 8.5). La proporción de médicos de más de 55 años se incrementó en todos los países entre 2000 y 2017.

Mientras que el incremento fue pequeño en algunos países, como Noruega (+2 puntos porcentuales), Australia (+3 puntos porcentuales), y Reino Unido (+4 puntos porcentuales), otros experimentaron un envejecimiento dramático de su fuerza laboral de médicos. En Italia, la proporción de médicos mayores se incrementó en 36%, con 55% del total contando con 55 años o mayores hacia 2017. En Francia, la población de médicos está envejeciendo casi en la misma medida, con un incremento de 30% de médicos mayores entre 2000 y 2017. Otros países como Israel, España y Austria, no se quedan atrás (Figura 8.5).

El envejecimiento de la fuerza laboral de médicos es una preocupación, ya que quienes tienen 55 o más años se espera que se retiren en la siguiente década y deben ser reemplazados para prevenir una disminución del número total de médicos. Muchos siguen trabajando después de los 65 años, y varios países de la OCDE han reformado sus sistemas de pensiones e incrementado la edad de retiro para tomar en cuenta la mayor esperanza de vida promedio (OECD, 2016[1]). Si bien hay pocos estudios que examinen el impacto de esta reforma de pensiones específicamente en médicos, es posible que estas medidas prolonguen sus vidas laborales, lo que puede tener un impacto significativo en las necesidades futuras de reemplazo.

En 2017, casi la mitad de todos los médicos de países de la OCDE eran mujeres, entre un tercio y dos tercios del total de los médicos en la mayoría de los países miembros. En algunos, el balance de género tenía un sesgo más dramático; como Japón y Corea, donde solo una quinta parte de los médicos en 2017 eran mujeres, contra tres cuartas partes de médicos mujeres en Letonia y Estonia (Figura 8.6).

En la mayoría de los países la proporción de médicos mujeres se incrementó entre 2000 y 2017, y en otros como Lituania, Estonia y Letonia -que tradicionalmente tienen más médicos mujeres que hombres- la proporción de médicos hombres y mujeres permaneció estable. Los incrementos más significativos de la proporción de médicos mujeres fueron reportados por Países Bajos (+19 puntos porcentuales) y España (+18 puntos porcentuales). El incremento del número de médicos mujeres se debe probablemente a la mayor participación de la fuerza laboral femenina y el mayor número de mujeres matriculadas en facultades de medicina, pero también puede deberse al retiro de generaciones anteriores de médicos, comúnmente con más hombres.

Hasta la edición 2015, inclusive, de Panorama de la Salud, la categoría 'médico general' no distinguía entre médicos generales/familiares y médicos sin especialidad que trabajan en hospitales y otros contextos. Ahora es posible distinguir entre estas dos categorías, y desde 2017, los médicos generales/familiares representaban 23% del total. Esta proporción de médicos generales/familiares como porcentaje del total de médicos, varió de alrededor de 50% en Chile, Canadá y Portugal, a solo 5% en Grecia y Corea (Figura 8.7). No obstante, el número de médicos generales sigue siendo difícil de comparar, debido a la variación entre países en la categorización de médicos. Por ejemplo, en Estados Unidos, los médicos internistas generales, con frecuencia tienen un papel semejante al de los médicos generales/familiares en otros países, y sin embargo se les categoriza como especialistas. En otros países, como Japón, los médico generales/familiares son muy poco comunes, y la mayoría de consultas médicas son con especialistas.

En muchos países, los médicos generales/familiares juegan un papel primordial en garantizar el acceso a los servicios de salud, atendiendo condiciones crónicas y evitando que los pacientes sean hospitalizados (ver el indicador "Admisiones hospitalarias evitables" en el Capítulo 6). En consecuencia, muchos países han tomado medidas para incrementar el número de lugares para capacitación en medicina general, en respuesta a las inquietudes por la escasez de médicos generales. Sin embargo, en la mayoría de los países de la OCDE, los especialistas ganan más que los médicos generales, lo que genera incentivos financieros para la especialización (ver el indicador "Remuneración de médicos").

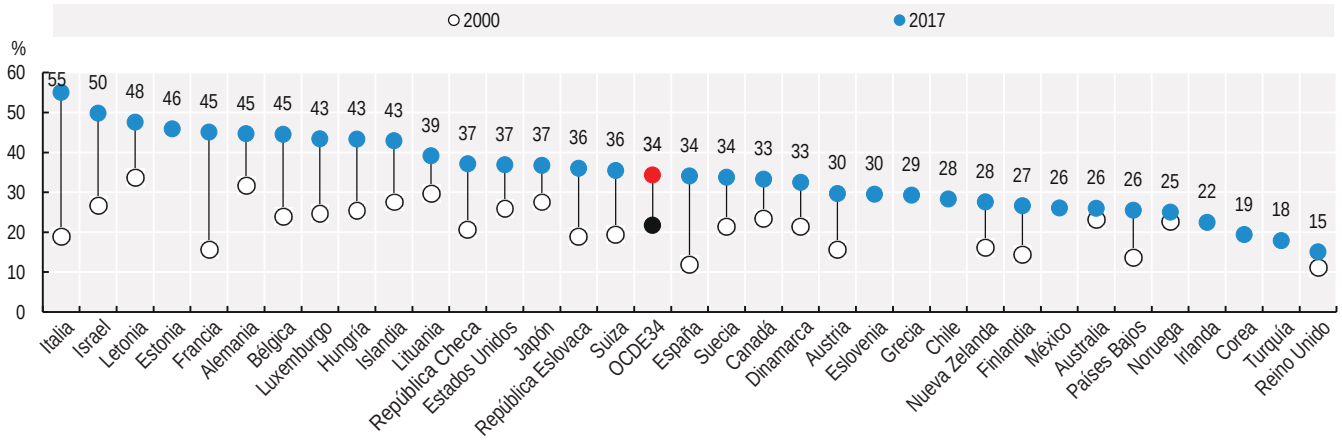
Definición y comparabilidad

La definición de médicos aparece en el indicador anterior. En algunos países, los datos se basan en todos los médicos con licencia para ejercer, no solamente en los médicos en servicio (p. ej. Chile, Grecia y Portugal; y también Israel y Nueva Zelanda para médicos por edad y género). No todos los países pueden reportar a todos sus médicos en las categorías de médico general y especialista, debido al hecho de que los datos específicos por especialidad no están disponibles para médicos en capacitación o para quienes tienen prácticas privadas. Se hace una distinción en la categoría de médicos generales entre médicos generales/familiares y médicos sin especialidad que trabajan en hospitales y otros contextos. En Suiza, los médicos internistas generales y otros están incluidos como médicos generales.

Referencias

[2] OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

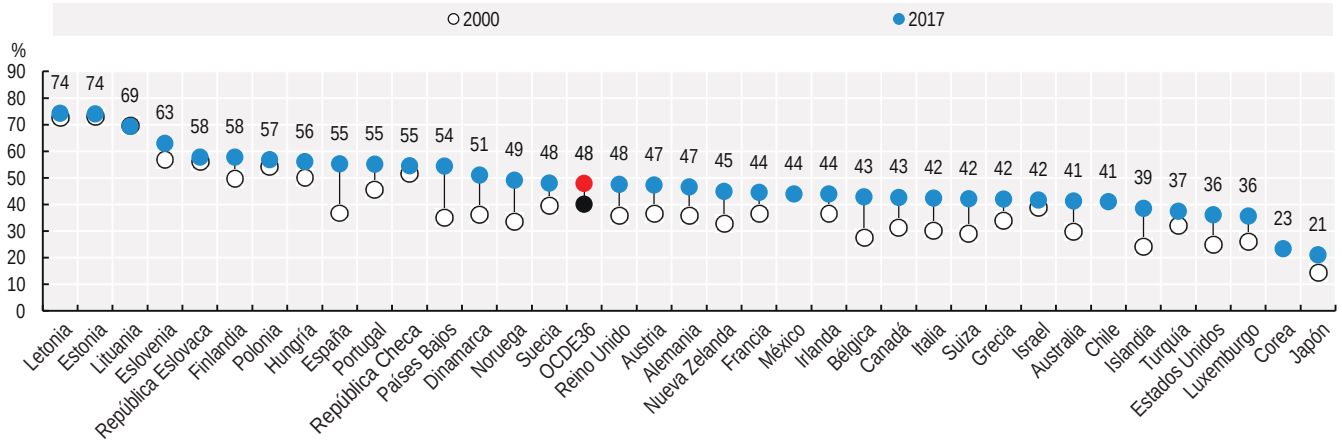
Figura 8.5. **Porcentaje de médicos de 55 años y mayores, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017291

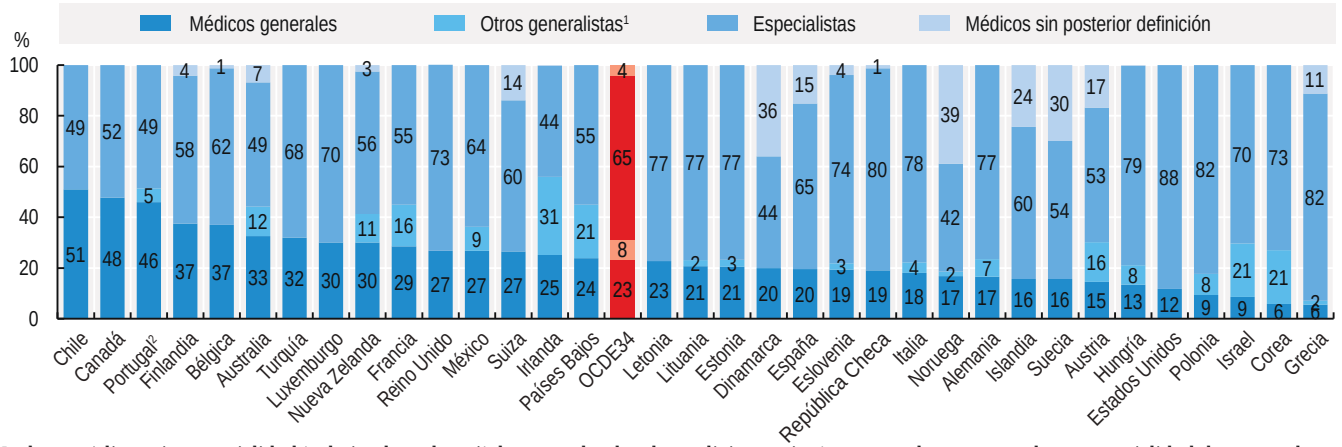
Figura 8.6. **Porcentaje de médicos mujeres, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017310

Figura 8.7. **Porcentaje de diferentes categorías de médicos, 2017 (o año más cercano)**



1. Incluye médicos sin especialidad trabajando en hospitales y graduados de medicina recientes que no han empezado su especialidad de posgrado.
2. En Portugal solamente alrededor del 30% de los médicos empleados por el sector público trabajan como médicos generales en atención primaria, el otro 70% trabaja en hospitales.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017329

Remuneración de médicos (generales y especialistas)

El nivel de remuneración y la estructura para las diferentes categorías de médicos afecta el atractivo financiero (relativo) de estas especialidades. En muchos países, los gobiernos pueden determinar o influenciar el nivel y la estructura de la remuneración de los médicos, al regular sus honorarios o establecer salarios para los médicos empleados en el sector público. Como para cualquier otra categoría de trabajadores, las diferencias en los niveles de remuneración de los médicos entre países, puede ser un factor a favor o en contra cuando se trata de migración de médicos (OECD, 2019[1]).

En todos los países de la OCDE, la remuneración de los médicos (generales y especialistas) es sustancialmente más alta que los salarios promedio (Figura 8.8). En casi todos los países, los médicos generales ganan de dos a cuatro veces más que el salario promedio en cada país, y los especialistas de dos a seis veces más.

En la mayoría de los países, los especialistas ganaron más que los médicos generales (Figura 8.8). En Australia, Bélgica y Luxemburgo, los especialistas independientes ganaron al menos el doble que los médicos generales independientes. En Alemania, la diferencia entre especialistas y médicos generales es mucho menor, solo 20%. Entre los médicos asalariados, los especialistas ganaron el doble de los médicos generales en 2017 en Israel y Reino Unido. Sin embargo, en Polonia, los especialistas asalariados ganaron 40% menos que los médicos generales asalariados.

La remuneración de los médicos se ha incrementado en general desde 2010, aunque a diferentes ritmos en todos los países y entre médicos generales y especialistas (Figura 8.9). Ambos han obtenido aumentos sustanciales en años recientes en Hungría y Estonia. Para reducir la escasez y emigración de médicos, el gobierno húngaro ha incrementado sustancialmente su remuneración desde 2010, con un aumento del ingreso de los médicos generales de alrededor de 80% entre 2010 y 2017, y casi el doble para los especialistas. Estos aumentos de los ingresos empiezan a tener un impacto medible en la intención de los médicos húngaros de dejar el país, pues entre 2017 y 2018, el número de médicos que solicitaron certificados para trabajar en el extranjero disminuyó en más de 10%.

La remuneración de los especialistas en varios países ha aumentado más rápidamente que la de los médicos generales desde 2010, lo que amplía la brecha de remuneración. Sin embargo, en Austria y Bélgica, la brecha ha disminuido ligeramente, a medida que el ingreso de los médicos generales aumentó un poco más que el de los especialistas (Figura 8.9).

Definición y comparabilidad

La remuneración de médicos se refiere al ingreso anual bruto promedio, incluyendo contribuciones a la seguridad social e impuestos a pagar por el empleado. Normalmente debería excluir los gastos profesionales para médicos independientes (en Bélgica, los gastos profesionales están incluidos). Los datos de la OCDE sobre la remuneración de médicos, hacen una distinción entre los médicos asalariados e independientes. En algunos países, esta distinción no es clara, pues se permite a los médicos asalariados tener una práctica privada, y algunos médicos independientes reciben parte de su remuneración en salario. Los datos de la OCDE también hacen una distinción entre los médicos generales y todas las especialidades combinadas, aunque especialmente éste último grupo puede ser bastante heterogéneo.

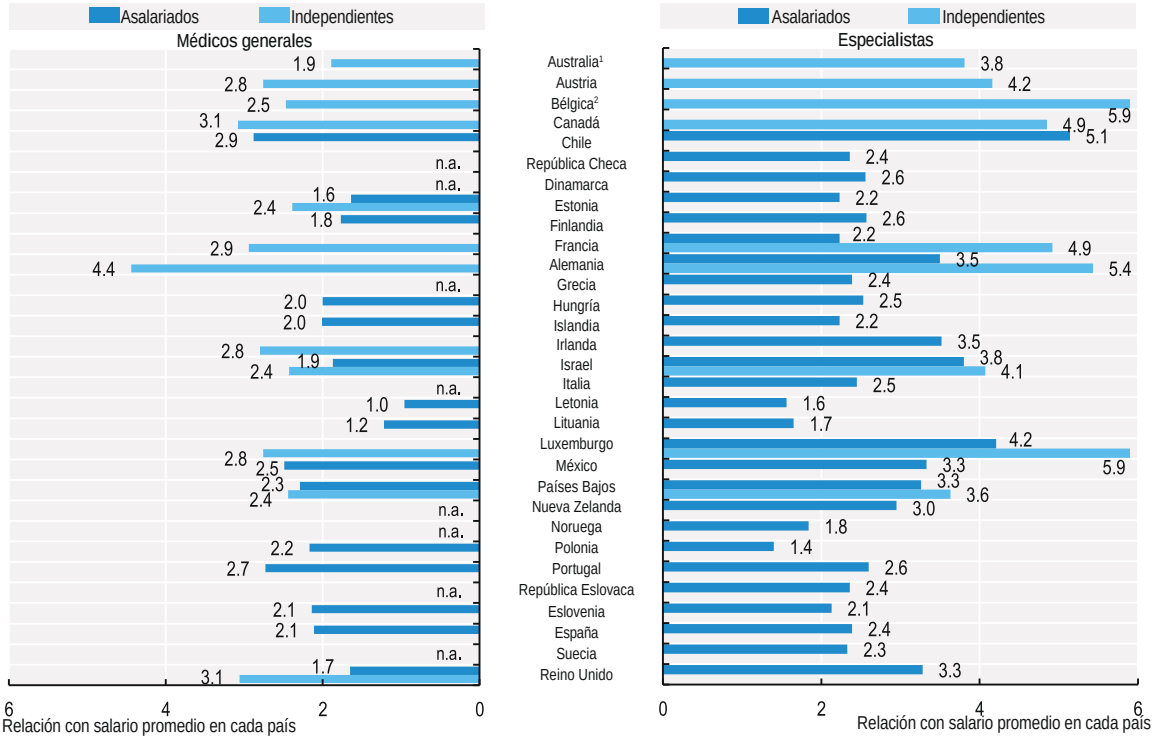
Existen varias limitaciones en los datos que contribuyen a una subestimación de los niveles de remuneración en algunos países: 1) en algunos países se excluyen pagos por tiempo extra, bonos, otros ingresos suplementarios o contribuciones de la seguridad social (Austria para médicos generales, Irlanda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

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

Referencias

[1] OECD (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

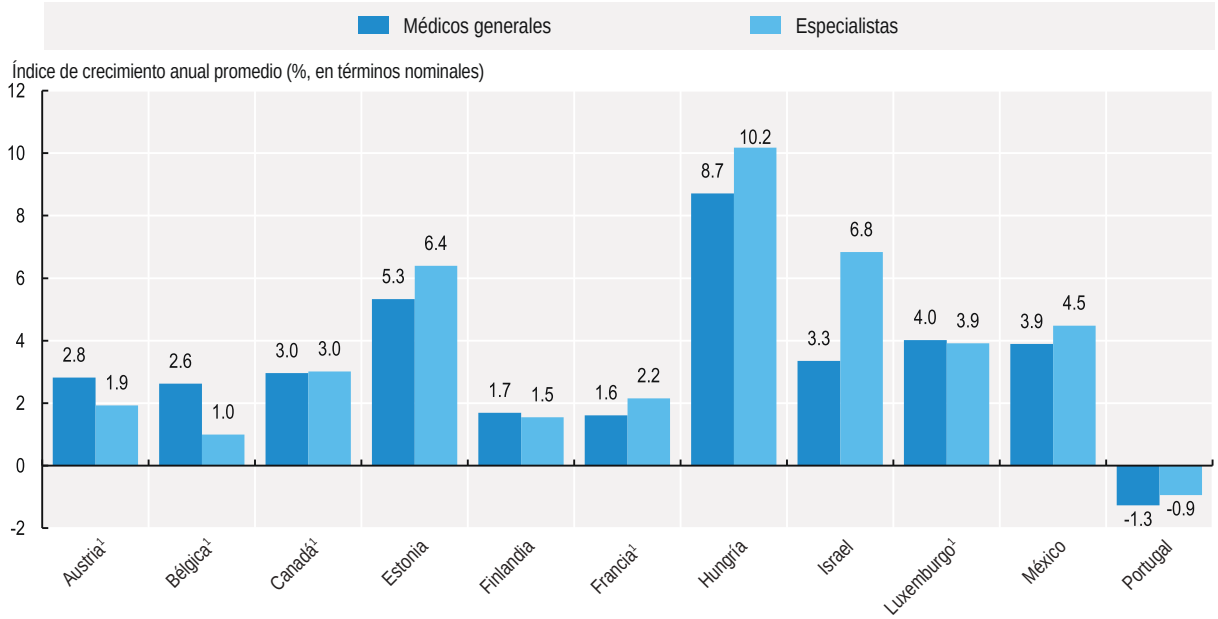
Figura 8.8. **Remuneración de médicos, relación con salario promedio, 2017 (o año más cercano)**



1. Los médicos en capacitación están incluidos (lo que resulta en una subestimación). 2. Los gastos profesionales están incluidos (lo que resulta en una sobreestimación).
Fuente: OECD Health Statistics 2019 y OECD Employment Database 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017348

Figura 8.9. **Crecimiento de la remuneración de médicos generales y especialistas, 2010-17 (o año más cercano)**



1. La tasa de crecimiento es para médicos independientes, generales y especialistas.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017367

Personal de enfermería

En 2017 había un poco menos de nueve enfermeros por cada 1 000 habitantes en los países de la OCDE; desde alrededor de dos por cada 1 000 habitantes en Turquía, hasta más de 17 en Noruega y Suiza. Entre 2000 y 2017, el número de enfermeros per cápita aumentó en casi todos los países de la OCDE, y el promedio creció de 7.4 por cada 1 000 habitantes en 2000, a 8.8 por cada 1 000 habitantes en 2017. No obstante, en República Eslovaca, Israel, Reino Unido e Irlanda, el número de enfermeros per cápita disminuyó en ese período (Figura 8.10).

La disminución en Israel e Irlanda se debe al rápido crecimiento de la población, que dificulta mantener la proporción. En Irlanda, el crecimiento del número de personal de enfermería sobrepasó el crecimiento de la población hasta 2008, cuando alcanzó un máximo de 13.6 por cada 1 000 habitantes, pero ha caído desde entonces con el crecimiento de la población. En República Eslovaca, el número de enfermeros disminuyó principalmente en la década del 2000 tanto en términos absolutos, como per cápita, mientras que en Reino Unido el número de enfermeros per cápita se incrementó aceleradamente entre 2000 y 2006, y se redujo hasta 2017.

No parece haber un patrón claro en el índice de crecimiento del personal de enfermería, pues se observaron incrementos significativos tanto en países que ya tienen números altos de enfermeros per cápita, como Suiza, como en otros con números menores de enfermeros, como Francia, Eslovenia y Corea. En la mayoría de los países, el incremento del número de médicos y enfermeros obedece al crecimiento del número de graduados de escuelas de medicina y enfermería locales, aunque en algunos países la inmigración de médicos y enfermeros capacitados en el extranjero también juega un papel importante (ver el indicador "Migración internacional de médicos y personal de enfermería").

El número de enfermeros es superior al de médicos en la mayoría de los países de la OCDE, existiendo en promedio tres enfermeros por cada médico. Esta proporción varía de alrededor de un enfermero por cada médico en Chile, Turquía y Grecia, a más de cuatro en Japón, Irlanda, Finlandia y Estados Unidos (Figura 8.11).

En algunos países, en respuesta a la escasez de médicos y para asegurar acceso apropiado a los servicios de salud, se han desarrollado funciones más avanzadas para el personal de enfermería, incluyendo la de "enfermero practicante". Las evaluaciones de enfermeros practicantes en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido muestran que la práctica avanzada de enfermería puede mejorar el acceso a los servicios y reducir los tiempos de espera, ofreciendo la misma calidad de servicio que los médicos para diferentes pacientes, incluyendo aquellos con padecimientos menores y quienes necesitan seguimiento de rutina. Estas evaluaciones muestran un alto índice de satisfacción de los pacientes con un costo igual o menor. La implantación de nuevas funciones avanzadas de la práctica de enfermería se pueden requerir cambios en la legislación y reglamentación (Maier, Aiken y Busse, 2017[1]).

Definición y comparabilidad

El número de personal de enfermería incluye al personal empleado en el sector público y privado que presta servicios directos a los pacientes ("en servicio") y en algunos casos también a quienes se desempeñan como personal administrativo, en educación o investigación. Las cifras son conteos directos.

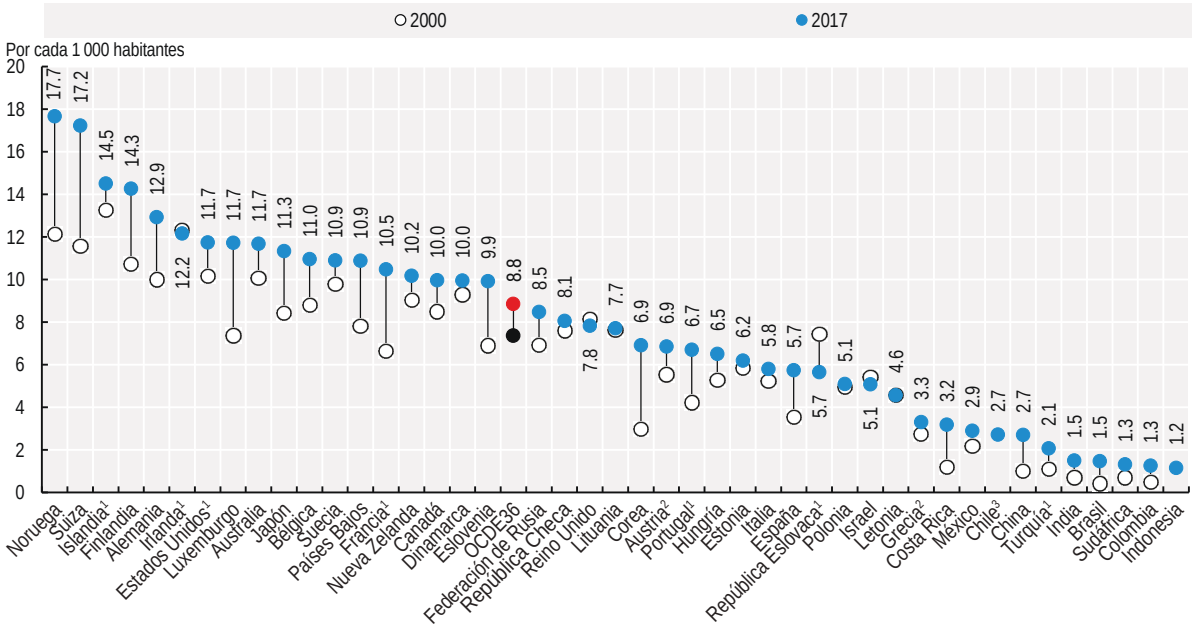
En aquellos países donde hay diferentes niveles de preparación o funciones, los datos incluyen tanto al personal "profesional" que tiene un nivel más alto de escolaridad y desempeña labores de más alto nivel, como al personal "asociado profesional" que tiene un nivel menor de escolaridad, pero están acreditados y registrados como enfermeros. Se excluye a los ayudantes de enfermería que no están acreditados como enfermeros. El número de enfermeros reportados en Dinamarca y Austria es menor que el de otras ediciones, porque el "personal de cuidados" (ayudantes de enfermería) se incluyó anteriormente para ambos países. Las parteras son excluidas, excepto en algunos países donde son incluidas al menos parcialmente, pues se les considera enfermeras especialistas, o por otras razones de categorización (Australia, Irlanda y España).

Austria y Grecia reportan solamente personal de enfermería empleado en un hospital, lo que resulta en una subestimación.

Referencias

[2] Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*.

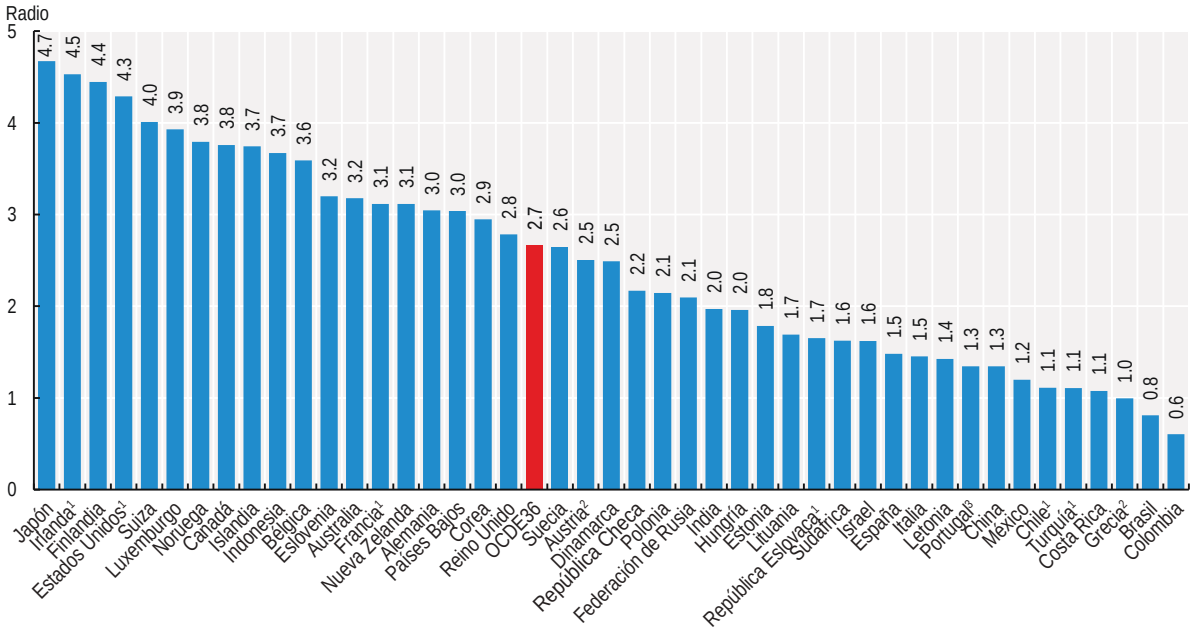
Figura 8.10. **Personal de enfermería en servicio por cada 1 000 habitantes, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



1. Los datos incluyen no solo personal de enfermería que presta servicios directos a los pacientes, sino también a quienes trabajan como administradores, educadores, investigadores, etc.
2. Austria y Grecia reportan únicamente personal de enfermería en hospitales.
3. Los datos de Chile se refieren a todo el personal de enfermería con licencia para ejercer.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017386

Figura 8.11. **Proporción de personal de enfermería a médicos, 2017 (o año más cercano)**



1. Para aquellos países que no proporcionaron datos para enfermeros y/o médicos en servicio, las cifras se refieren al concepto de "profesionalmente activos" para ambos (excepto para Chile, donde los números incluyen a todos los enfermeros y médicos con licencia para ejercer).
2. Austria y Grecia reportan únicamente personal de enfermería en hospitales.
3. La proporción para Portugal está subestimada porque el numerador se refiere a enfermeros profesionalmente activos, mientras que el denominador incluye a todos los médicos con licencia para ejercer.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017405

Remuneración de personal de enfermería

En los países de la OCDE, la remuneración promedio del personal de enfermería de los hospitales fue ligeramente mayor al salario promedio de los trabajadores en 2017. En la mayoría de los países su remuneración estuvo en un rango entre 10% por debajo y 20% por encima del salario promedio. Sin embargo, en algunos países como Lituania y Letonia, los enfermeros ganan mucho menos que el salario promedio de los trabajadores, mientras que en otros como Chile, México, Israel y Luxemburgo, ganan mucho más (Figure 8.12).

La conversión de la remuneración del personal de enfermería de los hospitales a una divisa común (USD) y su ajuste por la paridad del poder adquisitivo (PPA), revela una variación considerable en su ingreso entre países. En 2017, los enfermeros en Luxemburgo tuvieron niveles de remuneración seis veces más altos que los de Letonia y Lituania (Figura 8.13). En general, el personal de enfermería de los países de Europa central y del este tienen los niveles más bajos de remuneración, lo que explica al menos en parte, la migración de muchos a otros países de la Unión Europea (OECD, 2019[1]).

La remuneración del personal de enfermería en Estados Unidos es más alta que en la mayoría de los países de la OCDE, lo que explica por qué Estados Unidos atrae a varios miles de enfermeros de otros países cada año.

En la mayoría de los países, la remuneración del personal de enfermería ha aumentado desde 2010, aunque a diferentes ritmos (Figura 8.14). En algunos países, como República Checa y República Eslovaca, los enfermeros tuvieron aumentos sustanciales de salario en años recientes. En República Checa, los enfermeros se beneficiaron con un incremento de sueldo después de las protestas de trabajadores de hospitales en 2011 (aunque su incremento fue menor al de los médicos), junto con mejoras en otras áreas de sus condiciones laborales (OECD, 2016[2]). La remuneración de personal de enfermería en República Eslovaca aumentó alrededor de 40% entre 2010 y 2017, y en 2018 el gobierno eslovaco anunció otro aumento de al menos 10% en los salarios del personal de enfermería y otros profesionales sanitarios no médicos.

En otros países, como Portugal y España, la remuneración del personal de enfermería disminuyó después de la crisis económica de 2008-09, debido a los recortes en remuneraciones en el sector público, y se han recuperado lentamente en años recientes. Este fue también el caso de Grecia, donde los salarios de los enfermeros disminuyó aproximadamente 25% entre 2009 y 2015.

Definición y comparabilidad

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

Los datos se refieren únicamente a enfermeros registrados ("profesionales") en Canadá, Chile, Irlanda y Estados Unidos, lo que resulta en una sobreestimación en comparación con otros países donde también se incluye el nivel vocacional ("asociado profesional"). Las cifras para Nueva Zelanda incluyen a todos los enfermeros contratados por consejos de salud distritales, registrados y no registrados, e incluyen a asistentes de salud que tienen una estructura de salario diferente y significativamente menor a los enfermeros registrados.

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

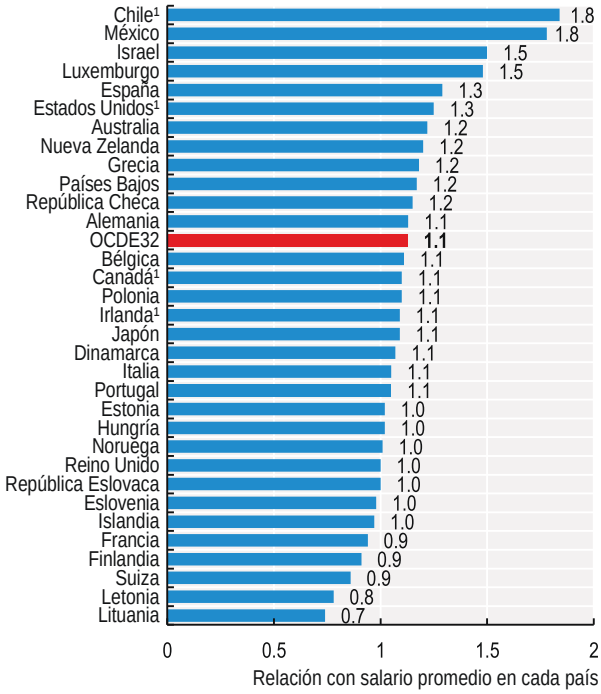
El ingreso de los enfermeros se compara con el salario promedio de empleados de tiempo completo en todos los sectores del país. La fuente para el salario promedio de los trabajadores en la economía es OECD Employment Database.

Referencias

[1] OECD (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[2] OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

Figura 8.12. **Remuneración de personal de enfermería en hospitales, relación con salario promedio, 2017 (o año más cercano)**

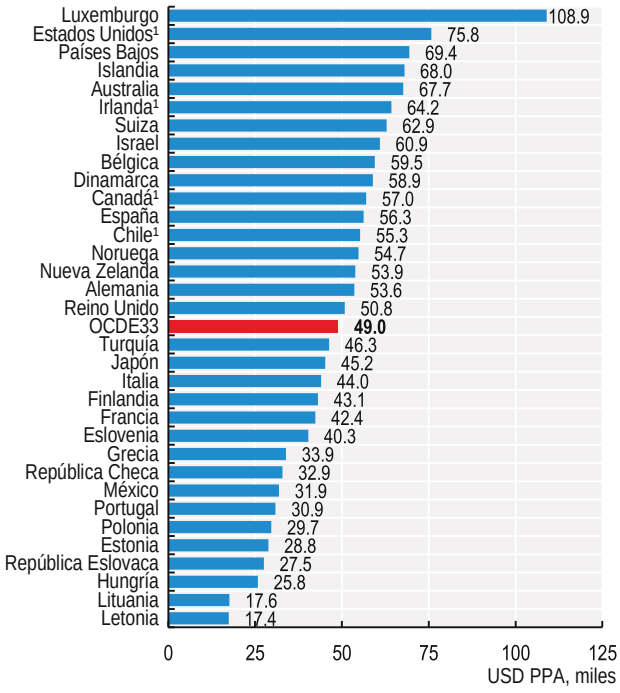


1. Los datos se refieren a enfermeros registrados ("profesionales") en Estados Unidos, Canadá, Irlanda y Chile (lo que resulta en una sobreestimación).

Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017424

Figura 8.13. **Remuneración de personal de enfermería en hospitales, USD PPA, 2017 (o año más cercano)**

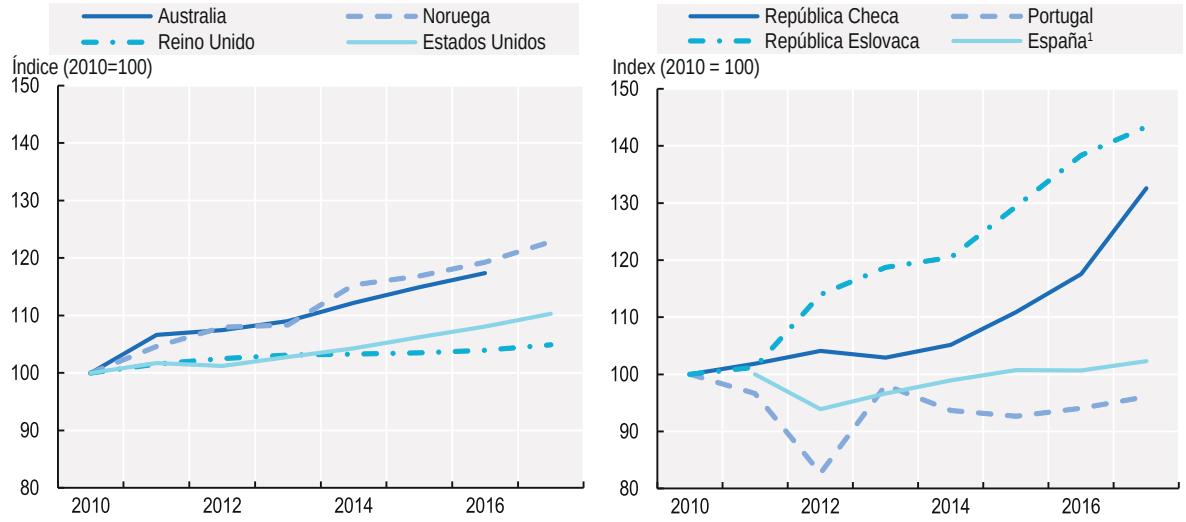


1. Los datos se refieren a enfermeros registrados ("profesionales") en Estados Unidos, Canadá, Irlanda y Chile (lo que resulta en una sobreestimación).

Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017443

Figura 8.14. **Tendencias en la remuneración de personal de enfermería de hospitales en términos nominales, selección de países de la OCDE, 2010-17**



1. Índice para España, 2011=100.

Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017462

Graduados de medicina

En 2017 en los países de la OCDE, hubo en promedio 13 nuevos graduados de medicina por cada 100 000 habitantes (a diferencia de 12 en 2015). Este dato varía de alrededor de siete en países como Japón e Israel, a más de 20 en Irlanda y Dinamarca (Figura 8.15).

En Israel, el número bajo de graduados de medicina locales se compensa con el número alto (alrededor de 60%) de médicos formados en el extranjero. Sin embargo, cada vez más médicos formados en el extranjero son personas nacidas en Israel que vuelven después de completar sus estudios fuera. En contraste, Japón no cuenta actualmente con médicos formados en el extranjero. Sin embargo, recientemente se tomaron acciones en ese país para aumentar el número de estudiantes admitidos en facultades de medicina (el numerus clausus), aunque esto aún no se refleja en el número de nuevos graduados de medicina debido a retrasos. El gran número de graduados de medicina en Irlanda refleja la proporción alta de estudiantes internacionales de medicina. En el ciclo académico 2017/18, esta proporción fue de la mitad del total de estudiantes de medicina, con una mayoría proveniente de países que no son de la OCDE. Sin embargo, una vez que obtienen su primer grado de medicina, los estudiantes internacionales con frecuencia salen de Irlanda debido a las dificultades para asegurar un internado -la última etapa en la educación médica antes de la capacitación postgrado. Al mismo tiempo, Irlanda compensa esta escasez importando médicos formados en otros países (OECD, 2019[1]).

En todos los países de la OCDE excepto Grecia, el número de nuevos graduados de medicina per cápita se ha incrementado desde 2000. Sin embargo este incremento no ha sido estable, y los números disminuyeron a menos de 90% de los niveles de 2000 (mayormente en la década de los años 2000) en Bélgica, República Eslovaca y Suiza (países cercanos al promedio de la OCDE), así como en Turquía, Francia e Israel, con números considerablemente inferiores al promedio de la OCDE (OECD, 2019[1]).

En Letonia, Eslovenia, Portugal y Australia, donde el número anual de nuevos graduados de medicina per cápita es superior al promedio de la OCDE, el número se incrementó hasta cuatro veces entre 2007 y 2017. Los incrementos del doble son comunes, y se observan en países con números altos, medios y bajos de nuevos graduados de medicina per cápita (Figura 8.16). En total, el número de graduados de medicina en los países de la OCDE se incrementó de menos de 100 000 en 2006, a casi 120 000 en 2017.

El incremento del número de médicos en la mayoría de los países de la OCDE desde 2000 ha sido generado principalmente por un aumento en el número de graduados de medicina locales. En la mayoría de los casos, este aumento refleja decisiones políticas orientadas a ese fin, que se tomaron unos años antes para incrementar el número de estudiantes admitidos en facultades de medicina, en respuesta a las preocupaciones sobre la escasez actual o futura de médicos. En algunos países como Polonia, así como en otros de europa central y del este, el fuerte incremento en años recientes también refleja el número creciente de estudiantes y graduados internacionales de medicina. Las facultades de medicina en Polonia, por ejemplo, ofrecen programas de medicina en inglés, y 25% de los estudiantes de medicina son extranjeros (OECD, 2019[1]).

En respuesta a la encuesta Health System Characteristics Survey de la OCDE en 2016, de todos los países encuestados sólo Italia y España reportaron haber reducido los índices de admisión en facultades de medicina, y la mayoría de los países reportaron incrementos (OECD, 2016[2]). Por lo tanto, se puede esperar que el número de nuevos graduados de medicina continúe incrementándose en la mayoría de los países en años venideros.

Definición y comparabilidad

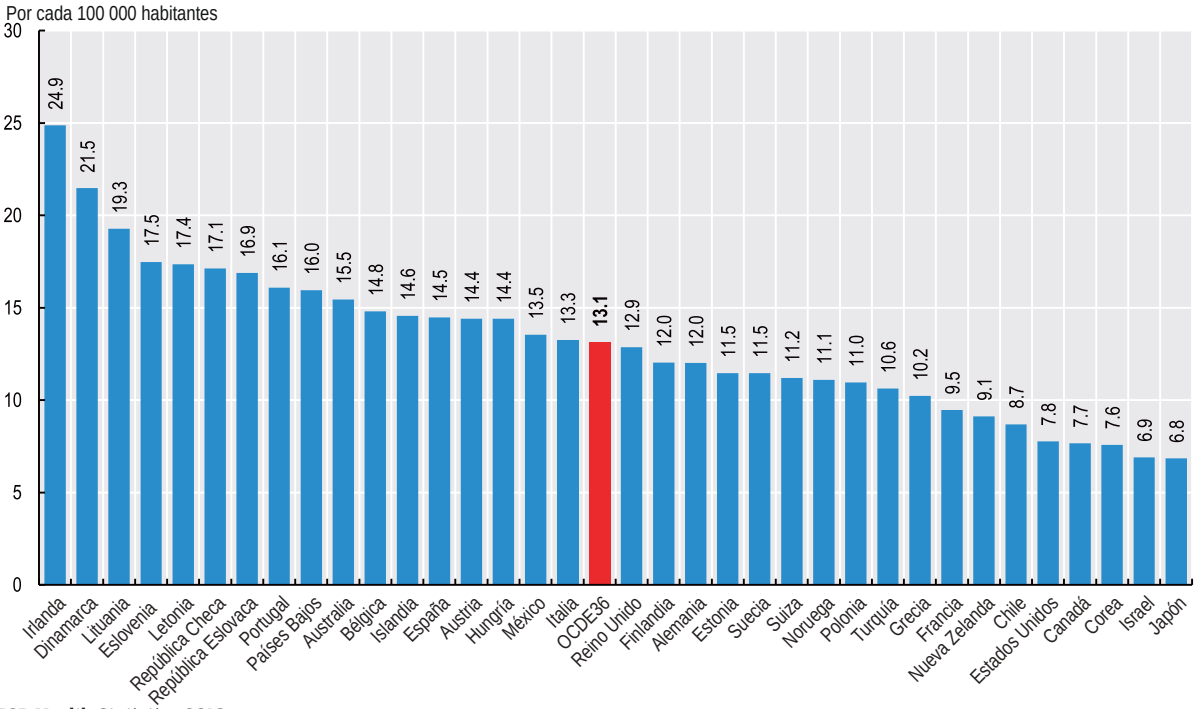
Se define graduados de medicina como estudiantes que se han graduado de facultades de medicina en un año determinado. Los datos de Australia, Austria y República Checa incluyen graduados extranjeros, pero pueden estar excluidos en otros países.

Referencias

[1] OECD (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[2] OECD (2016), *OECD Health System Characteristics Survey 2016*, disponible en *http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm*.

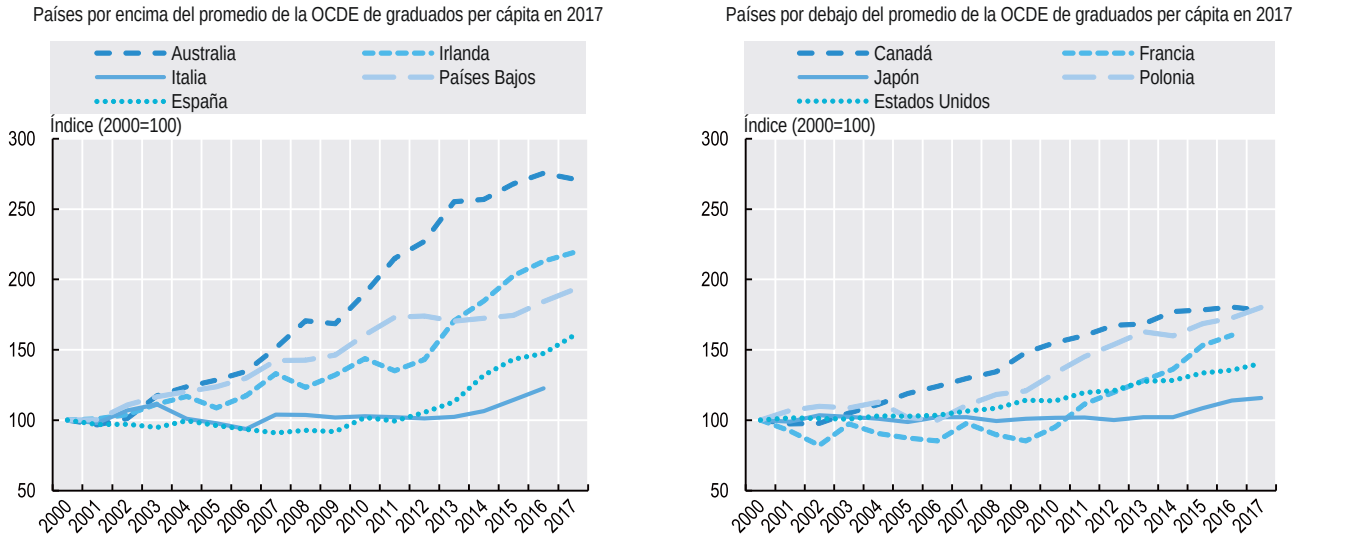
Figura 8.15. **Graduados de medicina, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017481

Figura 8.16. **Evolución del número de graduados de medicina, selección de países de la OCDE, 2000-17 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017500

Graduados de enfermería

En 2017 en los países de la OCDE, hubo en promedio 44 nuevos graduados de enfermería por cada 100 000 habitantes, con una variación de alrededor de 14 en República Checa y México, a aproximadamente 100 en Suiza y Corea (Figura 8.17). Esta amplia variación puede explicarse por las diferencias en el número actual y estructura de edad del personal de enfermería, la capacidad de las escuelas de enfermería de recibir más estudiantes, y los prospectos de empleo en el futuro para los enfermeros.

Desde 2000, el número de graduados de enfermería se ha incrementado en la mayoría de los países de la OCDE, con excepción de Luxemburgo, Japón, República Checa, Lituania e Irlanda. De estos países, solo Japón ha mantenido un número por encima del promedio de la OCDE. En Finlandia, Hungría y Bélgica, el número de graduados de enfermería se recuperó recientemente a cifras por encima del nivel de 2000, y es ahora muy superior al promedio de la OCDE, después de decrecer de forma intermitente.

En Polonia, Turquía y México, a pesar de un incremento de más de diez veces en el número anual de graduados de enfermería desde 2000, los números en estos países siguen estando muy por debajo del promedio de la OCDE. Es común observar incrementos de al menos 50% entre 2000 y 2017 en todos los países con números altos, medios y bajos de graduados de enfermería per cápita (Figura 8.18). En total, el número de graduados de enfermería en los países de la OCDE se incrementó de alrededor de 450 000 en 2006, a más de 550 000 en 2017,

El incremento en el número de graduados de enfermería, en la mayoría de los casos refleja decisiones políticas deliberadas, tomadas unos años antes para incrementar el número de estudiantes admitidos en escuelas de enfermería, en respuesta a las preocupaciones sobre escasez actual o futura (OECD, 2016[1]). En respuesta a la encuesta Health System Characteristics Survey de la OCDE en 2016, ninguno de los países de la OCDE encuestados reportó haber reducido las tasas de admisión en escuelas de enfermería, y muchos las incrementaron (OECD, 2016[2]). Por lo tanto, se puede esperar que el número de graduados de enfermería siga creciendo en la mayoría de los países en años venideros.

En Noruega, el número de estudiantes admitidos y graduados de programas de formación de enfermeros se ha incrementado en especial desde 2010, y el número de nuevos graduados de enfermería en 2017 fue un tercio más alto que el de 2000, lo que debe contribuir a la oferta creciente de personal de enfermería. Sin embargo, uno de cada cinco graduados de enfermería trabaja fuera del sector salud. Este hecho ha provocado la implantación de una serie de medidas en años recientes para mejorar las condiciones laborales de los enfermeros e incrementar las tasas de retención, incluyendo aumentos salariales.

En Italia, el número de graduados de enfermería se incrementó rápidamente en la década de 2000, pero se ha estabilizado e incluso ha tenido un ligero decremento en años recientes. Aunque el número de estudiantes admitidos en programas de formación de enfermería ha permanecido más o menos estable durante esta década, ha habido una disminución notable en el número de solicitantes (el número se redujo a la mitad), lo que indica que hay menor interés de los estudiantes en la profesión.

Definición y comparabilidad

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

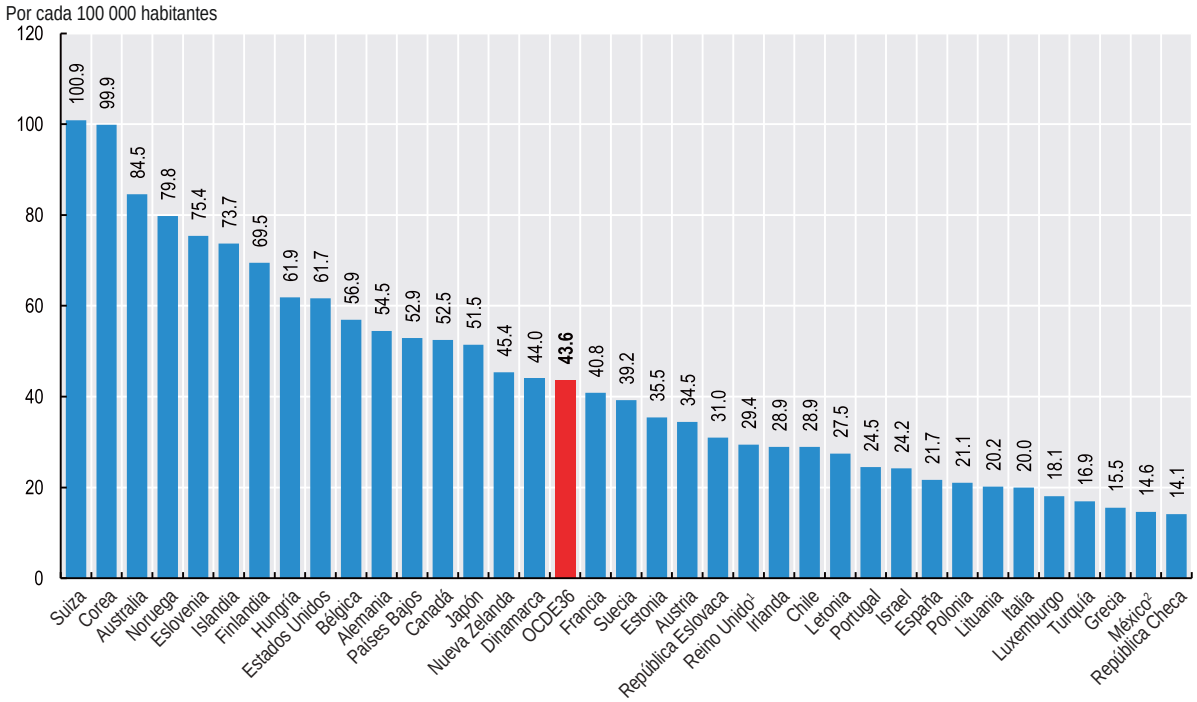
Las cifras para Reino Unido se basan en el número de nuevos enfermeros que obtienen autorización para ejercer.

Referencias

[1] OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

[2] OECD (2016), *OECD Health System Characteristics Survey 2016*, disponible en *http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm*.

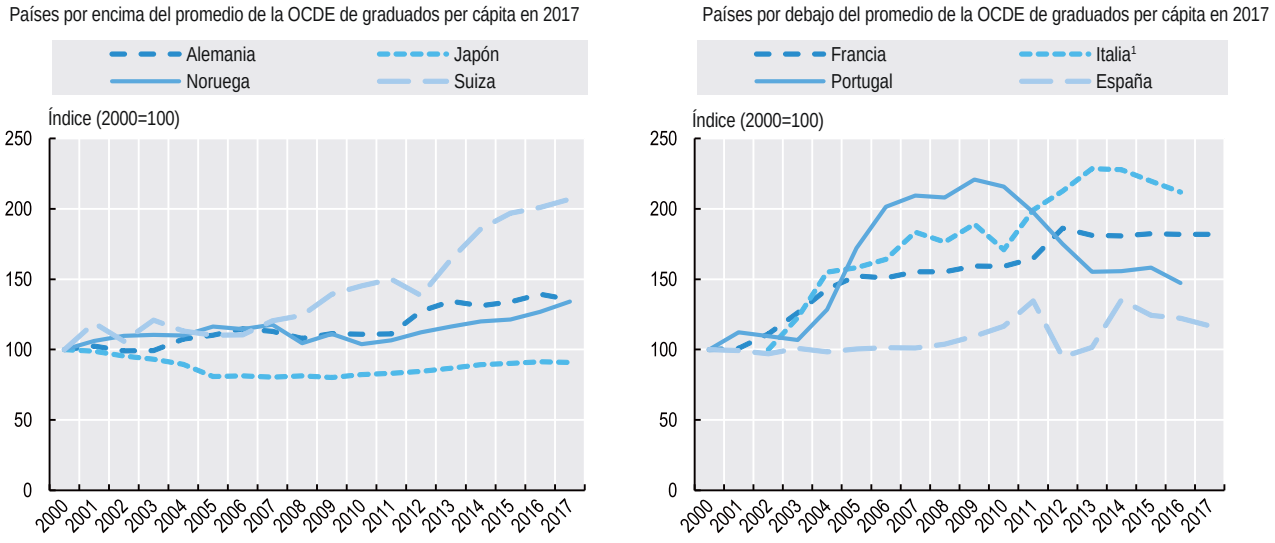
Figura 8.17. **Graduados de enfermería, 2017 (o año más cercano)**



1. En Reino Unido, las cifras se refieren a nuevos graduados de enfermería que reciben una autorización para ejercer, lo que puede resultar en una sobreestimación si se incluyen a los enfermeros formados en el extranjero. 2. En México, las cifras incluyen sólamente graduados como enfermeros profesionales.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017519

Figura 8.16. **Evolución del número de graduados de enfermería, selección de países de la OCDE, 2000-17 (o año más cercano)**



1. Índice para Italia, 2002 = 100.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017538

Migración internacional de médicos y personal de enfermería

El número y proporción de médicos capacitados en el extranjero -y en algunos países también enfermeros- que trabajan en los países de la OCDE ha seguido aumentando durante la última década (OECD, 2019[1]). En 2017, más de uno de cada seis médicos trabajando en países de la OCDE, obtuvo al menos su grado inicial de medicina en otro país (Figura 8.19), frente a uno de cada siete en la década previa. En el mismo año, un promedio de uno de cada 17 enfermeros obtuvo su grado de enfermería en otro país (Figura 8.20). Estos cambios tuvieron lugar en paralelo con un incremento significativo del número de médicos y enfermeros capacitados localmente en casi todos los países de la OCDE (véanse también los indicadores "Graduados de medicina" y "Graduados de enfermería"), lo que es un indicador de la demanda sustancial de estos profesionales.

En 2017, la proporción de médicos capacitados en el extranjero varió de menos de 3% en Turquía, Lituania, Italia, Países Bajos y Polonia, a alrededor de 40% en Noruega, Irlanda y Nueva Zelanda, y casi 60% en Israel. En la mayoría de los países de la OCDE, la proporción de enfermeros capacitados en el extranjero es inferior a 5%, pero Australia, Suiza y Nueva Zelanda tienen proporciones de alrededor de 20%. En algunos casos, los médicos y enfermeros capacitados en el extranjero son personas nacidas en un determinado país que estudiaron fuera pero han regresado. Esta proporción es importante y sigue creciendo en algunos países (como Israel, Noruega, Suecia y Estados Unidos. Estos médicos y enfermeros locales pero capacitados en el extranjero, con frecuencia pagaron el costo total de sus estudios en el extranjero. Por ejemplo, en Israel en 2017, alrededor de 40% de los médicos y enfermeros capacitados en el extranjero, nacieron en ese país.

La proporción de médicos capacitados en el extranjero en varios países de la OCDE evolucionó entre 2000 y 2017 (Figura 8.21). Esta proporción se mantuvo relativamente estable en Estados Unidos, ya que el número de médicos capacitados localmente y en el extranjero aumentó de forma similar. Sin embargo, los graduados de medicina con un grado obtenido en el extranjero que se certificaron para ejercer en Estados Unidos en 2017, un tercio son ciudadanos norteamericanos, en comparación con 17% en 2007 (OECD, 2019[1]). En Europa, la proporción de médicos capacitados en el extranjero se incrementó de forma acelerada en Noruega y Suecia. No obstante en Noruega, más de la mitad de los médicos capacitados en el extranjero son noruegos por nacimiento que volvieron al terminar sus estudios fuera. En Suecia, el número de médicos nacidos suecos y capacitados en el extranjero se cuadruplicó desde 2006, lo que representa casi una quinta parte de los médicos capacitados en el extranjero en 2015. En Francia y Alemania, el número y proporción de médicos capacitados en el extranjero también se ha incrementado continuamente en la última década (la proporción se duplicó de 5-6% del total de médicos en 2007, a 11-12% en 2017). En contraste, la proporción de médicos capacitados en el extranjero decreció ligeramente, pues el número de médicos con formación local aumentó más rápidamente.

La proporción de personal de enfermería con capacitación en el extranjero se ha incrementado de manera constante en la última década en Australia, Canadá y Nueva Zelanda, aunque en este último hubo una ligera disminución entre 2016 y 2017 (Figura 8.22). En Israel, la proporción de enfermeros capacitados en el extranjero ha disminuído en el tiempo, pero se estancó en alrededor de 9% desde 2015. En Francia, aunque la proporción de enfermeros capacitados en el extranjero es relativamente baja, se ha casi duplicado en la última década. En Italia, el número de enfermeros capacitados en el extranjero aumentó de forma marcada entre 2007 y 2015 (principalmente por la inmigración de personal capacitado en Rumania, a raíz de su entrada en la Unión Europea en 2007), pero tanto el número como la proporción han empezado a disminuir en años recientes.

Definición y comparabilidad

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

La principal limitación de comparabilidad se relaciona con las diferencias en las condiciones de actividad de médicos y personal de enfermería. Algunos registros se actualizan regularmente, lo que permite distinguir a los médicos y personal de enfermería en activo en los sistemas de salud, mientras que otras fuentes incluyen a todos los médicos y enfermeros con licencia para ejercer, independientemente de si están activos o no. Con estos últimos hay una tendencia a sobreestimar no solo el número de médicos y personal de enfermería capacitados en el extranjero, sino también el número total (que incluye a quienes se formaron en el país), por lo que el impacto en la proporción no es claro.

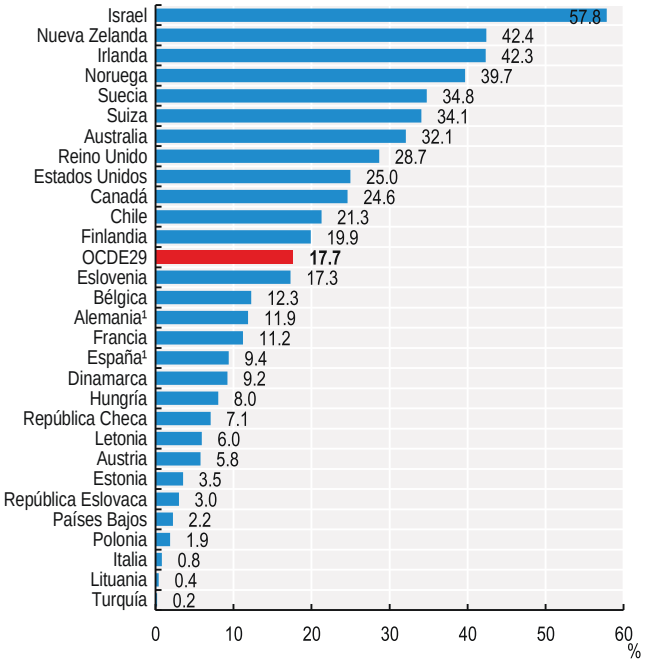
Las fuentes de información en algunos países incluyen internos y residentes, y no así en otros. Como los médicos capacitados en el extranjero frecuentemente están sobrerrepresentados en las categorías de internos y residentes, puede haber una subestimación de la proporción de médicos capacitados en el extranjero en países en los que no se incluyen (p. ej., Austria, Francia y Suiza).

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

Referencias

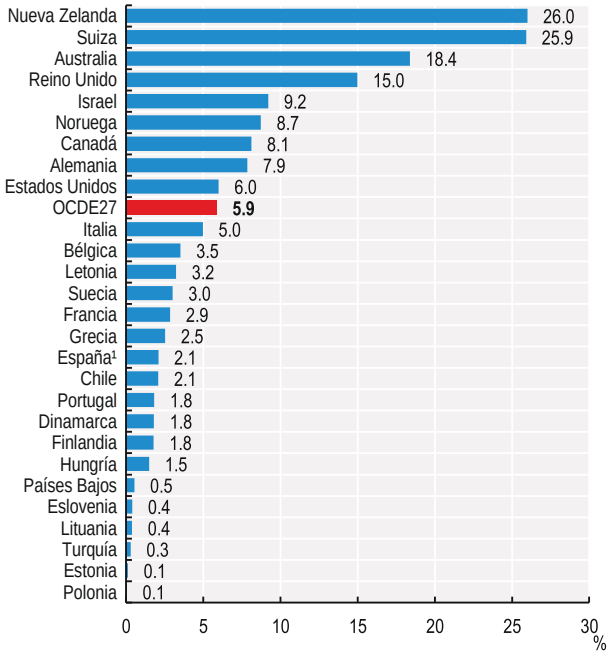
[1] OECD (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

Figure 8.19. **Proporción de médicos capacitados en el extranjero, 2017 (o año más cercano)**



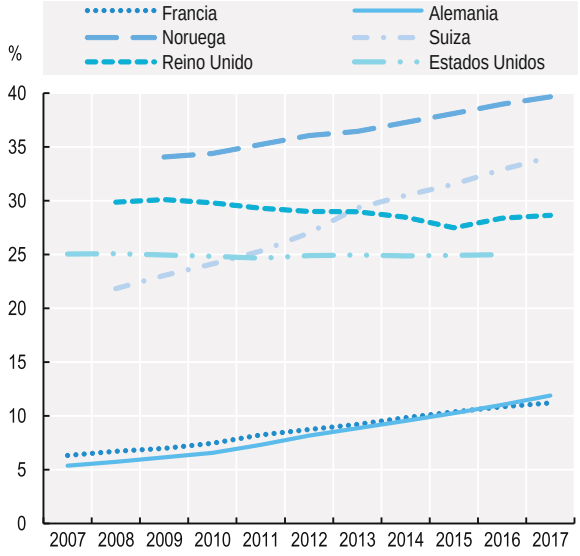
1. En Alemania y algunas regiones de España, los datos se basan en nacionalidad (lugar de nacimiento en el caso de España), no lugar de capacitación.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.
StatLink https://doi.org/10.1787/888934017557

Figure 8.20. **Proporción de enfermeros capacitados en el extranjero, 2017 (o año más cercano)**



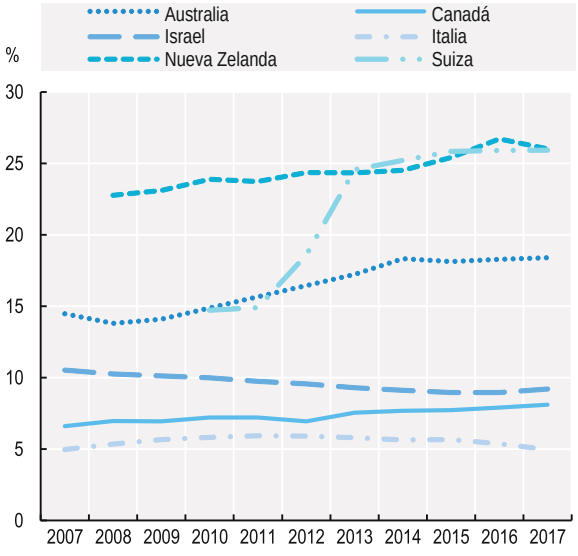
1. Los datos para algunas regiones en España se basan en nacionalidad o lugar de nacimiento, no en el lugar de capacitación.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.
StatLink https://doi.org/10.1787/888934017576

Figure 8.21. **Evolución de la proporción de médicos capacitados en el extranjero, selección de países de la OCDE, 2000-17**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.
StatLink https://doi.org/10.1787/888934017595

Figure 8.22. **Evolución de la proporción de enfermeros apacitados en el extranjero, selección de países de la OCDE, 2000-17**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.
StatLink https://doi.org/10.1787/888934017614





9. ACTIVIDADES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Consultas médicas

Tecnología médica

Camas de hospital y altas hospitalarias

Tiempo promedio de hospitalización

Reemplazo de cadera y rodilla

Cesáreas

Cirugía ambulatoria

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

Consultas médicas

Las consultas médicas son para muchas personas el contacto más frecuente con los servicios de salud, y un punto de entrada para el tratamiento médico subsecuente. Las consultas pueden llevarse a cabo en clínicas, departamentos de consulta externa de hospitales, o en algunos casos en los hogares de los pacientes. Cada vez más frecuentemente, las consultas ocurren en línea o por videollamada, para mejorar el acceso para poblaciones remotas, o para consultas después del horario regular.

En 2017, el número de consultas médicas por persona varió de menos de 3 en México y Suecia, a casi 17 en Corea (Figura 9.1). El promedio de la OCDE fue de 6.8 consultas por persona por año, pues la mayoría de los países reportan entre 4 y 10. Entre los socios clave, las tasas de consulta fueron también menos de 3 en Colombia, Costa Rica, Sudáfrica y Brasil.

Los factores culturales explican en parte algunas de las variaciones entre países, pero las estructuras de incentivos también son importantes. Los métodos de pago a los proveedores y los niveles de copago son particularmente importantes. Por ejemplo, en Corea y Japón, los proveedores de servicios de salud reciben un pago de cuota por servicio, lo que crea incentivos para una sobreasignación de servicios; mientras que los países que tienen mayormente médicos asalariados, tienden a tener tasas de consulta por debajo del promedio (p. ej. México, Finlandia y Suecia). Sin embargo, en Suiza y Estados Unidos, los médicos reciben un pago de cuota por servicio, pero las tasas de consulta son inferiores al promedio. En estos países, los copagos de pacientes pueden ser elevados, lo que puede resultar en que eviten consultar a un médico por el costo de la atención (véanse los indicadores sobre acceso en el Capítulo 5).

Las reformas recientes para ampliar las funciones del personal de enfermería en muchos países de la OCDE, también pueden explicar parcialmente la baja en las tasas de consultas médicas. Esto puede involucrar a personal de enfermería apoyando a médicos generales en las consultas, enfocándose en la promoción de la salud, o como especialistas en una enfermedad particular. En muchos casos, los enfermeros también tienen autorización para prescribir medicamentos y otras pruebas y análisis médicos. En Canadá, Finlandia, Irlanda, Nueva Zelanda, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos, los enfermeros tienen autorización para trabajar en niveles altos de práctica avanzada en atención primaria -en todos estos países las tasas de consultas médicas están debajo del promedio de la OCDE (Maier, Aiken y Busse, 2017[1]).

El promedio de consultas médicas por persona en todos los países de la OCDE ha permanecido relativamente estable desde 2000 (entre 6.5 y 6.8). Sin embargo, algunos países han tenido incrementos importantes en el tiempo (Alemania, Corea, Lituania y Turquía), mientras que en algunos países los números han decrecido, como es el caso de Japón y España, aunque el número de consultas en ambos sigue estando por encima del promedio de la OCDE.

La información sobre el número de consultas médicas por persona puede utilizarse para calcular el número anual de consultas por médico. Este indicador no debe considerarse una medida de productividad de los médicos, ya que las consultas varían en tiempo y efectividad; y porque excluye los servicios que los médicos prestan a pacientes hospitalizados, así como el tiempo dedicado a investigación y administración. Teniendo en mente estas cuestiones de comparabilidad, el cálculo más alto de número de consultas por médico es el de Corea, Japón y Turquía (Figura 9.2). Los números más bajos son los de Suecia y Noruega, donde las consultas médicas en atención primaria y contextos hospitalarios tienden a ser las de los pacientes con los casos más complejos y severos.

El número y tipo de consultas médicas puede variar entre diferentes grupos socioeconómicos. Los individuos con ingresos más altos tienen mayor inclinación a consultar a un médico que quienes están en el quintil de ingresos más bajo, para una necesidad comparable (véase el indicador "Uso de servicios básicos de salud" en el Capítulo 5). Tratándose de acceso a consultas médicas, las desigualdades de ingresos son mucho más marcadas para consultas con especialistas que con médicos generales (OECD, 2019 [2]).

Definición y comparabilidad

El término consultas médicas se refiere al número de contactos ya sea con especialistas o médicos generales. Existen diferencias entre países en el conteo de médicos (p. ej. médicos con permiso por enfermedad o parental) y en la cobertura de estas consultas, en especial en los departamentos de consulta externa de hospitales. La información proviene principalmente de fuentes administrativas, aunque en algunos países (Irlanda, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, España, y Suiza) los datos provienen de encuestas de salud. Los 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.

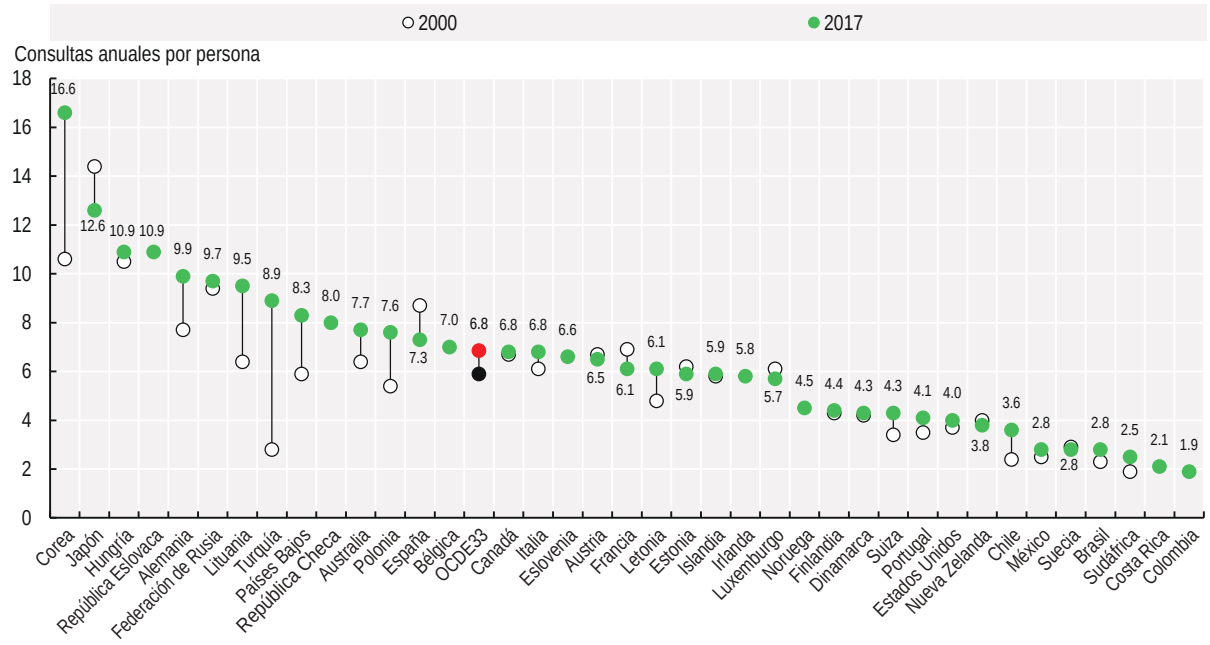
En Hungría las cifras incluyen consultas para exámenes de diagnóstico como tomografías computarizadas y resonancias magnéticas (lo que resulta en una sobreestimación). Las cifras para Países Bajos excluyen los contactos de cuidados de maternidad y pediátricos. Los datos para Portugal excluyen visitas a médicos particulares (lo que resulta en una subestimación). En Alemania las cifras incluyen solo los casos de tratamientos médicos según las regulaciones de reembolso del sistema de seguridad social. Esto puede generar tanto subestimación (un caso solo considera el primer contacto en un período de tres meses, aun si el paciente visita al médico con mayor frecuencia), y sobrestimación (los contactos que no son en persona, como pruebas de laboratorio se incluyen). Algunos países incluyen los contactos telefónicos (p. ej., España). En Turquía la mayoría de las consultas con médicos ocurren en los departamentos de consulta externa de hospitales.

Referencias

[1] Maier, C., L. Aiken y R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", *OECD Health Working Papers*, núm. 98, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*.

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

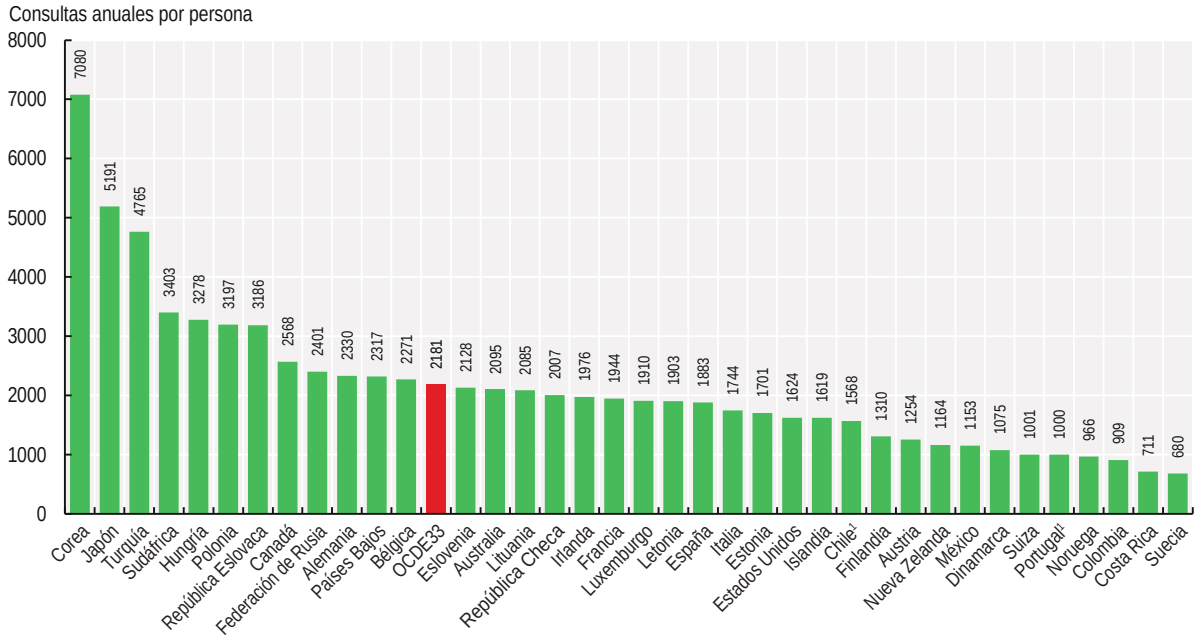
Figura 9.1. **Número de consultas médicas por persona, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017633

Figura 9.2. **Número estimado de consultas por médico, 2017 (o año más cercano)**



1. En Chile y Portugal la cifra del denominador incluye a todos los médicos con licencia para ejercer.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017652

Tecnología médica

La tecnología juega un papel importante en el sistema de salud, pues permite a los médicos hacer mejores diagnósticos para tratar a los pacientes. Sin embargo, las nuevas tecnologías también pueden elevar los costos, y comúnmente se les considera una de las principales causas de incremento en el gasto en salud (Lorenzoni et al 2019[1]). Esta sección presenta datos sobre la disponibilidad y el uso de dos tecnologías de diagnóstico por imagen, los escáneres de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) y las unidades de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés). Ambos tipos de estudios ayudan a los médicos a diagnosticar una variedad de condiciones.

La disponibilidad de escáneres de CT y unidades de MRI ha crecido de manera rápida en la mayoría de los países en las últimas dos décadas. Japón tiene, por mucho, el mayor número de unidades de MRI y escáneres de CT per cápita, seguido de Estados Unidos para unidades de MRI y Australia para escáneres de CT (Figura 9.3). Austria, Alemania, Grecia, Islandia, Italia, Corea y Suiza también tienen significativamente más equipos per cápita que el promedio de la OCDE. México, Hungría, Israel y Reino Unido tienen el menor número de unidades de MRI y escáneres de CT por habitante, y éste es también comparativamente bajo en Colombia, Costa Rica y la Federación de Rusia.

No existe una directriz general o referencia internacional sobre el número ideal de equipos de CT o MRI por millón de habitantes. Sin embargo, si hay muy pocos equipos, puede haber problemas de acceso en términos de proximidad geográfica o tiempos de espera; y si hay demasiados, el resultado puede ser el uso excesivo de estos costosos procedimientos de diagnóstico, con pocos o nulos beneficios para los pacientes.

En la mayoría de los países de la OCDE hay cifras disponibles sobre el uso de escáneres de diagnóstico. El número más alto de estudios de MRI per cápita se presenta en Alemania, Estados Unidos, Japón y Francia, con más de 100 estudios de MRI por cada 1 000 habitantes (Figura 9.4). En Francia, el número absoluto de estudios de MRI fue más del doble entre 2007 y 2017. El número de estudios de CT per cápita más alto se presenta en Estados Unidos, seguido de Japón e Islandia (Figura 9.5). Existen grandes variaciones en el uso de escáneres de CT y unidades de MRI, no solo entre los países, sino dentro de ellos -por ejemplo, un análisis reciente en Bélgica muestra una variación de 50% en el uso de estudios de diagnóstico de columna vertebral entre provincias en 2017, y esta variación es aún mayor entre áreas más pequeñas (INAMI/RIVIZ, 2019[2]).

Existen directrices clínicas en varios países de la OCDE para promover un uso más racional de los estudios de CT y MRI. A través de la campaña Choosing Wisely, iniciada en Estados Unidos en 2012 y emulada en un número creciente de países desde entonces, algunas sociedades médicas han identificado casos en que los estudios de CT y MRI no son necesarios. Por ejemplo, el Royal College of Physicians en Reino Unido, recomienda con base en la evidencia del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), no practicar de forma rutinaria pruebas de imagen a los pacientes con dolor de espalda baja o sospecha de migraña (Choosing Wisely UK, 2018[3]).

Definición y comparabilidad

La información de la mayoría de los países cubre unidades de MRI y escáneres de CT instalados tanto en hospitales como en el sector ambulatorio, pero la cobertura es más limitada en algunos países. Las unidades de MRI y los escáneres de CT fuera de los hospitales no se incluyen en las cifras de Bélgica, Portugal, Suecia y Suiza (unidades de MRI). Para Reino Unido, los datos sólo incluyen equipo del sector público. Para Australia y Hungría, el número de unidades de MRI y escáneres de CT incluye sólo aquellos elegibles para reembolso público.

De igual manera, los estudios de MRI y CT realizados fuera de hospitales no se incluyen en Austria, Portugal, Suiza y Reino Unido. En Australia, los datos incluyen sólo los estudios para pacientes privados (dentro o fuera de hospitales), mientras que en Corea y Países Bajos incluyen sólo los estudios realizados con financiamiento público.

Referencias

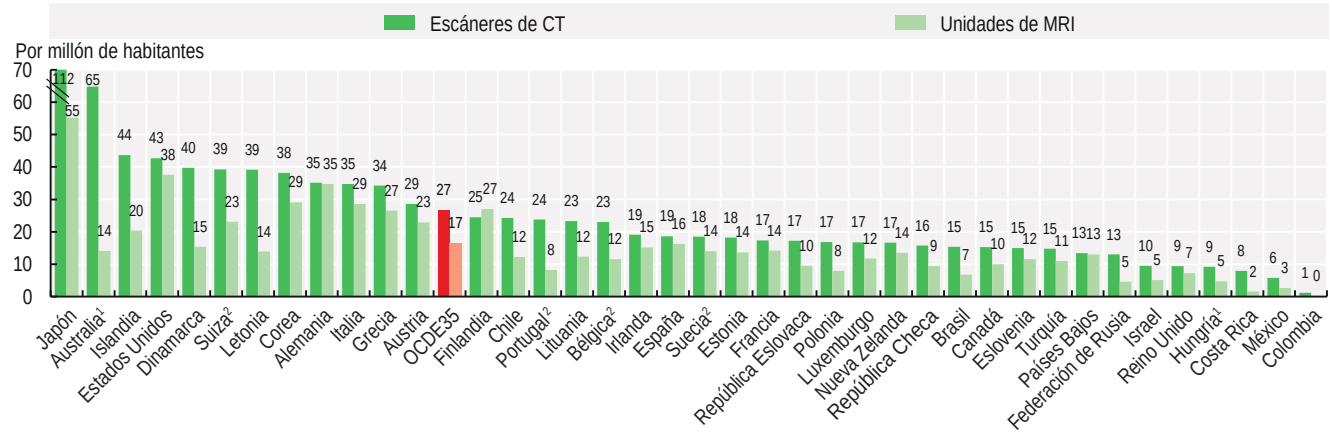
[3] Choosing Wisely UK (2018), "Clinical Recommendations: Royal College of Physicians", disponible en *http://www.choosingwisely.co.uk/*.

[2] INAMI/RIVIZ (2019), "Medical Practice Variations", disponible en *https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations*.

[1] Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", *OECD Health Working Papers*, núm. 110, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/5667f23d-en*.

[4] OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

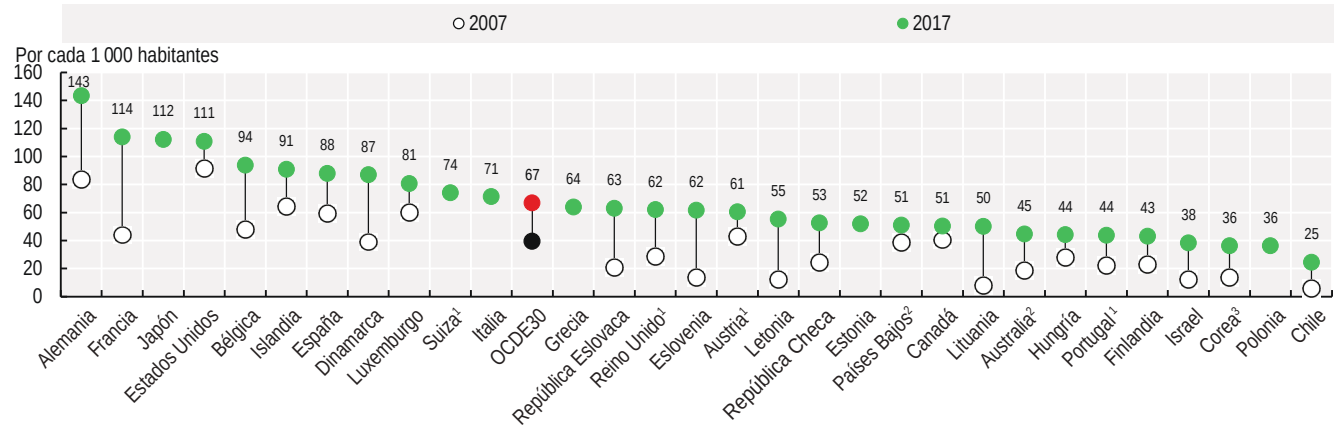
Figura 9.3. **Escáneres de CT y unidades de MRI, 2017 (o año más cercano)**



1. Sólo equipo elegible para reembolso público. 2. No se incluye equipo fuera de hospitales. Para Suiza sólo se aplica para unidades de MRI.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017671

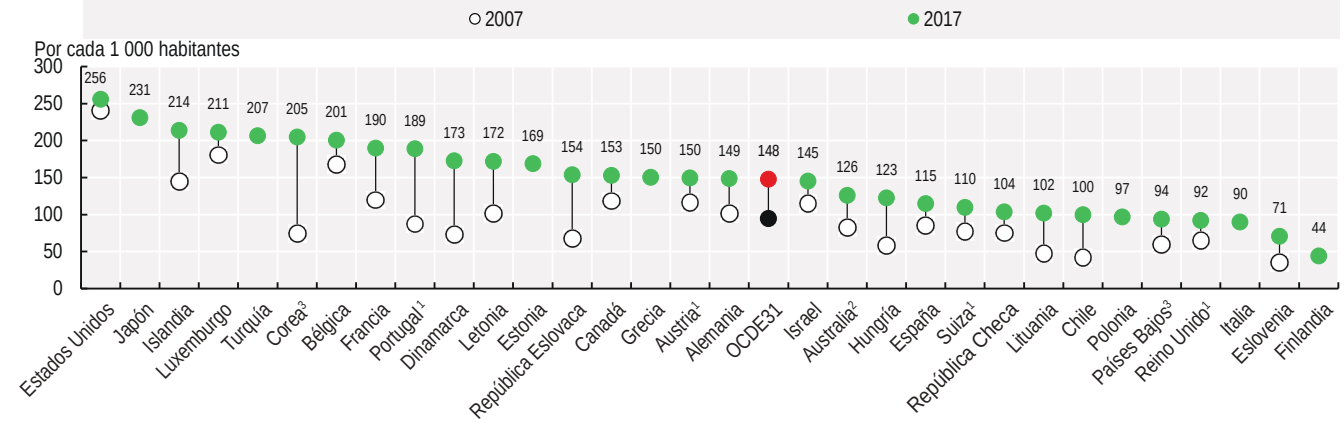
Figura 9.4. **Estudios de MRI, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



1. No se incluyen estudios fuera de hospitales. 2. No se incluyen estudios de pacientes del sector público. 3. No se incluyen estudios realizados con fondos privados.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017690

Figura 9.5. **Estudios de CT, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



1. No se incluyen estudios fuera de hospitales. 2. No se incluyen estudios de pacientes del sector público. 3. No se incluyen estudios realizados con fondos privados.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017709

Camas de hospital y altas hospitalarias

El número de camas de hospital es una medida de los recursos disponibles para prestar servicios a los pacientes internados en hospitales. La influencia que tiene la disponibilidad de camas de hospital en los índices de admisión se ha documentado de manera amplia, confirmando que a mayor disponibilidad de camas, hay un mayor número de admisiones (la Ley de Roemer indica que "una cama disponible es una cama ocupada"). Por lo tanto, los encargados de formular políticas reconocen que el simple incremento del número de camas de hospital no resuelve los problemas de hacinamiento o retrasos en los hospitales.

En todos los países de la OCDE, el promedio de camas de hospital en 2017 fue de 4.7 por cada 1 000 habitantes. En Japón y Corea los índices fueron mucho más altos (13.1 y 12.3 camas por cada 1 000 habitantes respectivamente). Dos tercios de los países de la OCDE reportaron entre 3 y 8 camas de hospital por cada 1000 habitantes, con los índices más bajos en México, Chile y Suecia.

Desde 2000, el número de camas per cápita ha decrecido en casi todos los países de la OCDE. La mayor disminución ocurrió en Finlandia, con una caída de más de 50% (de 7.5 camas por cada 1 000 habitantes en 2000, a 3.3 en 2017), afectando principalmente las camas de cuidados de largo plazo y de cuidados psiquiátricos. Otros países redujeron la capacidad a 2 camas por cada 1 000 habitantes (Estonia, Francia, Latvia, Lituania y República Eslovaca). Esta disminución se puede atribuir en parte a los avances en tecnología médica, que permiten un mayor número de cirugías ambulatorias, o como parte de una política estratégica más amplia de reducir el número de admisiones hospitalarias. Por otra parte, el número de camas se ha incrementado de manera notable en Corea (+164%), y un número importante de éstas se dedica a cuidados de largo plazo.

Las tasas de altas hospitalarias miden el número de pacientes que son dados de alta después de permanecer al menos una noche hospitalizados. La mejora del alta oportuna de pacientes puede coadyuvar el flujo de pacientes en un hospital, lo que permite reducir el número de camas. Tanto las altas prematuras, como las tardías empeoran los resultados de salud, y además incrementan los costos, ya que las altas prematuras pueden ocasionar readmisiones costosas, y las tardías consumen los recursos limitados de los hospitales.

En 2017, hubieron en promedio 154 altas hospitalarias por cada 1 000 habitantes en los países de la OCDE. Las tasas de altas más altas se presentaron en Alemania, Austria y Lituania (más de 200 por cada 1 000 habitantes) y las más bajas en México, Canadá, Chile y Países Bajos (menos de 100). El número de altas disminuyó en la mayoría de los países de la OCDE. Las disminuciones más importantes se observan en los países donde también decreció el número de camas de hospital (p. ej. Italia, Finlandia, Estonia, Suecia y Letonia). Por otro lado, las tasas de altas hospitalarias se duplicaron en Corea, Turquía y China.

Las tasas altas de ocupación de camas para cuidados curativos agudos, pueden ser un síntoma de un sistema de salud bajo presión, y pueden provocar escasez de camas e índices más altos de infección. Las tasas muy bajas de ocupación pueden reflejar subutilización de recursos. El National Institute of Health Care Excellence (NICE) en Reino Unido, recomienda a los profesionales de la salud planear la capacidad para minimizar los riesgos asociados con tasas de ocupación superiores a 90% (NICE, 2018[1]). En 2017 se presentaron tasas superiores a 90% en Irlanda, Israel y Canadá. En Irlanda, esto representa un incremento de diez puntos porcentuales desde 2000 (de 85% a 95%). Las tasas de ocupación fueron comparativamente más bajas en Grecia, Estados Unidos, Países Bajos y Hungría (alrededor de 65% o menos). Alrededor de la mitad de los países de la OCDE tuvieron tasas de ocupación de camas de hospital entre 70 y 80%, y el promedio de la OCDE es 75%.

Definición y comparabilidad

El término camas de hospital incluye el número total de camas que son regularmente mantenidas y atendidas, y que están disponibles para uso inmediato. Incluye camas en hospitales generales, de salud mental y abuso de sustancias, y otros hospitales especializados. Se han excluido las camas en instalaciones residenciales para cuidados de largo plazo. En Reino Unido, los datos se limitan a hospitales públicos. Los datos para Suecia excluyen las camas que son financiadas en forma privada. Las camas usadas por los pacientes que se recuperan de una cirugía ambulatoria pueden estar incluidas en países donde no es posible distinguirlas de camas de hospitalización (p. ej. Austria, Luxemburgo y Países Bajos). Las cunas de infantes sanos están incluidas en algunos países (p. ej. Canadá, Países Bajos y Polonia).

El término alta hospitalaria se define como la salida de un paciente que ha estado por lo menos una noche hospitalizado. Incluye las muertes en el hospital después de la atención al paciente. Las altas de atención ambulatoria normalmente se excluyen, exceptuando Chile, Japón, Noruega y Estados Unidos. Los bebés sanos nacidos en hospitales se excluyen de las tasas de altas hospitalarias en varios países (Australia, Austria, Canadá, Chile, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, México, Noruega y Países Bajos). Comprenden entre 3 y 10% de todas las altas. Las cifras para algunos países no cubren todos los hospitales. Por ejemplo, los datos para México, Nueva Zelanda y Reino Unido se limitan a hospitales públicos o financiados públicamente. Los datos para Irlanda incluyen hospitales públicos para la atención de enfermedades agudas y psiquiátricas (públicos y privados). Los datos para Canadá, Estados Unidos y Países Bajos incluyen solamente hospitales para cuidados agudos y de corto plazo.

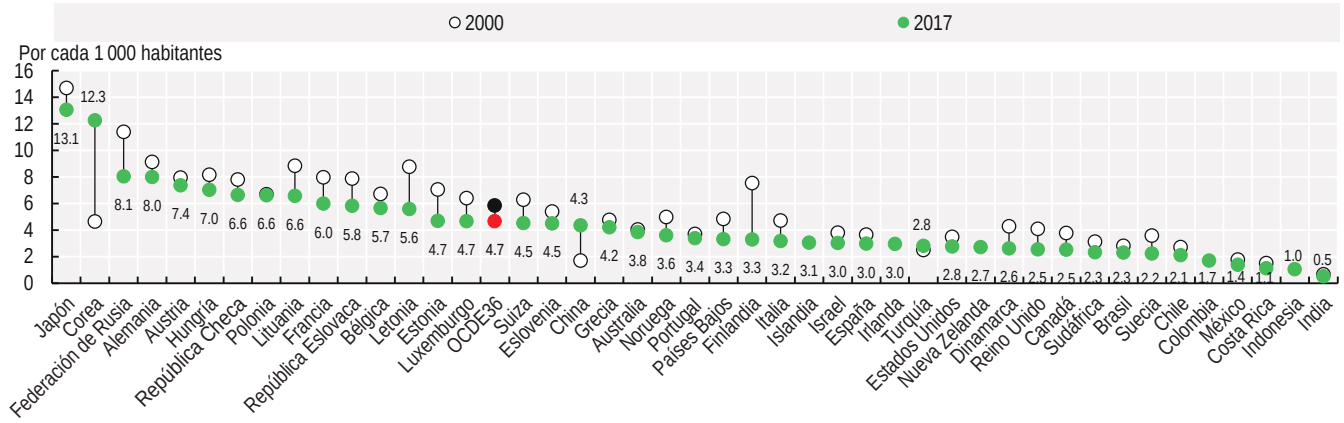
La tasa de ocupación para cuidados curativos (agudos) se calcula dividiendo el número de camas-día dedicadas al cuidado curativo dividido entre el número de camas disponibles para este fin (multiplicado por 365).

Referencias

[1] NICE (2018), "Bed occupancy", disponible en *https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-1723974647O4.*

[2] OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en.*

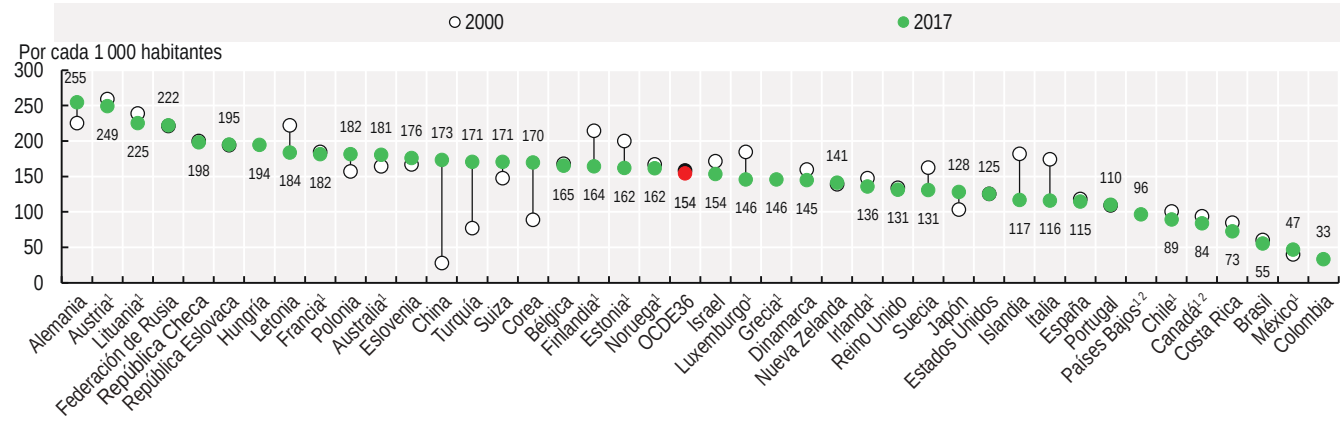
Figura 9.6. **Camas de hospital, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017728

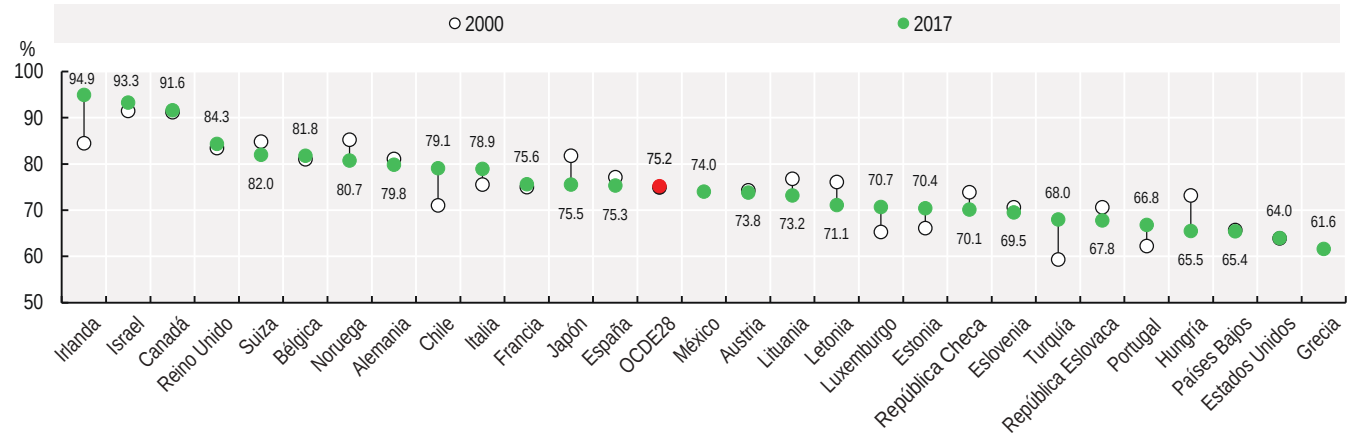
Figura 9.7. **Tasas de altas hospitalarias, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



1. Los datos excluyen las altas de bebés sanos nacidos en el hospital (entre 3 y 10% de las altas).
2. Los datos incluyen altas para cuidados curativos (agudos) solamente.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017747

Figura 9.8. **Tasas de ocupación de camas para cuidados curativos (agudos), 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017766

Tiempo promedio de hospitalización

El tiempo promedio de hospitalización se considera con frecuencia un indicador de eficiencia de los servicios de salud. Siendo otros factores equivalentes, una estancia más corta reducirá el costo por alta y transferirá la atención del hospital a contextos menos costosos. Las estancias más largas pueden ser una señal de mala coordinación en la atención, que resulta en esperas innecesarias en el hospital para los pacientes, hasta que se gestiona la rehabilitación o los cuidados de largo plazo. Al mismo tiempo, algunos pacientes pueden ser dados de alta antes de tiempo, cuando una estancia más larga hubiese mejorado los resultados de la atención o reducido las posibilidades de readmisión.

En 2017, el tiempo promedio de hospitalización fue de un poco menos de 8 días para todos los países de la OCDE (Figura 9.9). México y Turquía tuvieron las estancias más cortas en hospitales, de alrededor de 4 días. Corea y Japón tuvieron las más largas, promediando 16 días por paciente. Desde 2000, el tiempo promedio de hospitalización ha decrecido en la mayoría de los países; con las reducciones más significativas en Japón, Finlandia, Suiza, Reino Unido, Israel y Países Bajos. El único país con un aumento notable fue Corea (de alrededor de 15 días en 2002, a 18.5 en 2017) -pero esto refleja en parte un papel más importante para los hospitales de 'cuidados de largo plazo', cuya función es similar a la de las casas de reposo o instalaciones de cuidados de largo plazo.

La atención a padecimientos y condiciones específicos puede paliar el efecto de la combinación de diferentes casos y severidad. En todos los países de la OCDE, el tiempo promedio de hospitalización para un parto normal fue de 2.9 días en 2017 (Figura 9.10). Alcanzó 4 días en Hungría, República Eslovaca y República Checa, y fue de menos de 2 días en México, Reino Unido, CAnadá, Islandia y Países Bajos. El tiempo de hospitalización para partos normales ha disminuido desde 2000 en la mayoría de los países, en especial en aquellos con tiempos largos de hospitalización como República Eslovaca y República Checa.

Para infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés), el tiempo promedio de hospitalización varió de 11 o más días en Chile y Corea, a alrededor de 4 o menos en Noruega, Dinamarca y Suecia (Figura 9.11). El promedio de la OCDE se situó en 6.6 días, 3 días menos que en 2000. El tiempo promedio de hospitalización por AMI disminuyó en todos los países excepto Chile (donde aumentó más de 3 días).

Además de las disparidades en el tiempo promedio de hospitalización debido a la combinación de diferentes casos, otros factores como las estructuras de pago pueden explicar las variaciones entre países. La introducción de los sistemas de pago prospectivo, que alientan a los proveedores a reducir los costos de episodios de atención, como los grupos relacionados con el diagnóstico (DRG, por sus siglas en inglés), se ha vinculado con la reducción del tiempo promedio de hospitalización. Entre los países que han migrado a las estructuras de pago de DRG, se encuentran Francia, Austria y Suecia, y han tenido una reducción del tiempo promedio de hospitalización.

Los resultados de un estudio reciente de la OCDE, enfatizan la influencia de un número de características de los hospitales en el tiempo promedio de hospitalización. Específicamente, los hospitales con muchas camas (más de 200) se asocian a tiempos de hospitalización más largos, mientras que una tasa de ocupación de 70% o más, se asocia a tiempos de hospitalización más cortos. (Lorenzoni y Marino, 2017[1]).

Definición y comparabilidad

El tiempo promedio de hospitalización se refiere al número promedio de días que los pacientes permanecen en el hospital. Por lo general se mide dividiendo el número total de días de hospitalización de todos los pacientes en un año entre el número de admisiones o altas. Se excluyen las admisiones de un solo día.

La información cubre todos los casos intrahospitalarios (que incluye no solo los casos de cuidados curativos/intensivos) para la mayoría de los países, con excepción de Canadá, Japón y Países Bajos, donde los datos se refieren al tiempo promedio de hospitalización para cuidados curativos/intensivos solamente (lo que resulta en una subestimación).

Las altas en hospitales y el tiempo promedio de hospitalización de bebés sanos nacidos en hospitales se excluyen en varios países (p. ej. Australia, Austria, Canadá, Chile, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, México y Noruega) lo que resulta en una ligera sobreestimación (p. ej., la inclusión de recién nacidos sanos reduciría el tiempo promedio de hospitalización por 0.5 días en Canadá). Esto comprende alrededor de 3 a 10% de todas las altas.

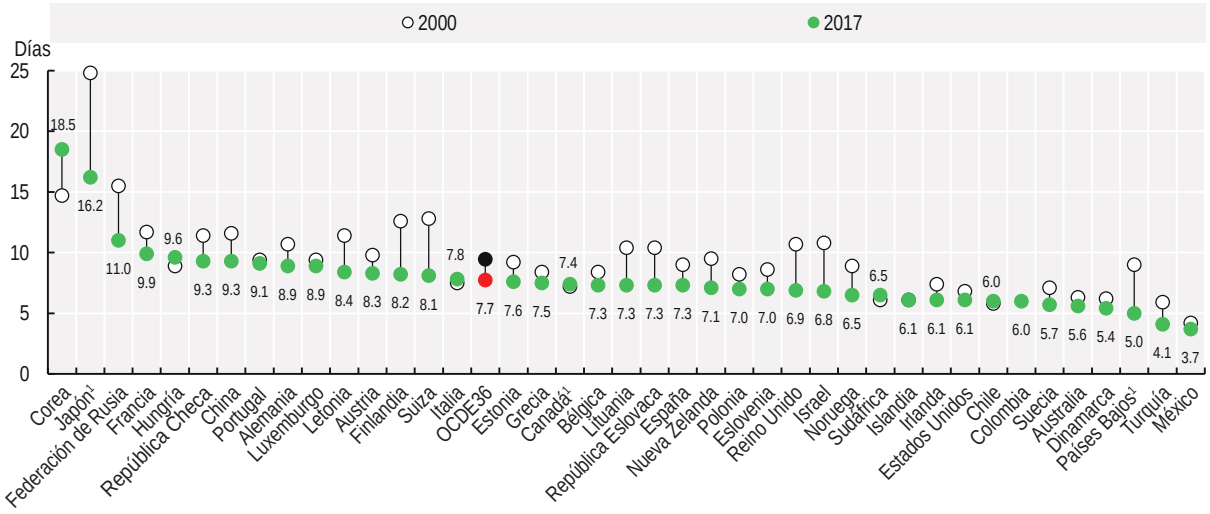
Los datos para parto natural se refieren a ICD-10 código O80; y para AMI se refieren a ICD-10 códigos I21-I22.

Referencias

[1] Lorenzoni, L. y A. Marino (2017), "Understanding variations in hospital length of stay and cost: Results of a pilot project", *OECD Health Working Papers*, núm. 94, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/ae3a5ce9-en*.

[2] OECD (2017). *Tackling Wasteful Spending in Health*, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

Figura 9.9. **Tiempo promedio de hospitalización, 2000 y 2017 (o año más cercano)**

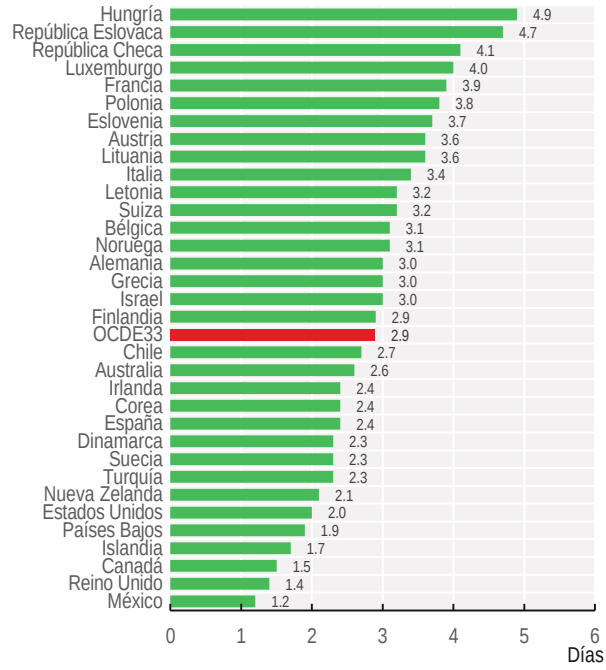


1. Los datos se refieren al tiempo de hospitalización para cuidados curativos (agudos) (lo que resulta en una subestimación). En Japón, el tiempo promedio de hospitalización para todos los casos fue de 28 días en 2017 (a diferencia de 39 días en 2000).

Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017785

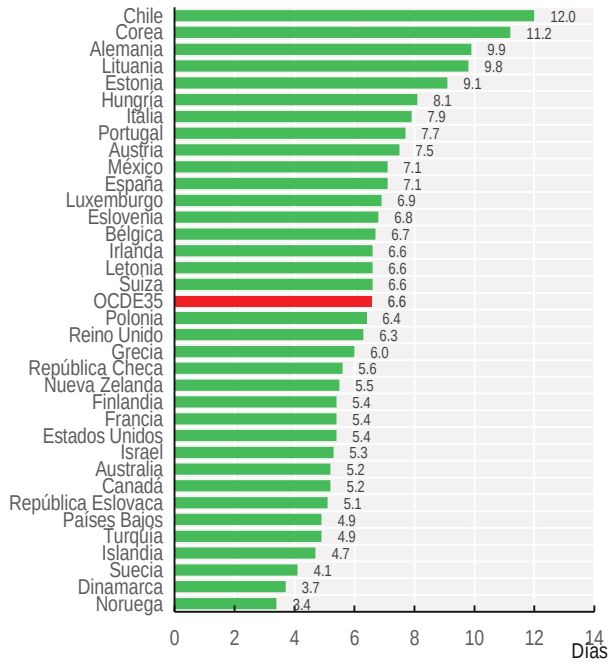
Figura 9.10. **Tiempo promedio de hospitalización para parto normal, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017804

Figura 9.11. **Tiempo promedio de hospitalización para infarto agudo de miocardio, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017823

Reemplazo de cadera y rodilla

Los reemplazos de cadera y de rodilla están entre las cirugías más efectivas y frecuentemente llevadas a cabo en el mundo entero. La principal indicación para un reemplazo de cadera y rodilla (cirugía de reemplazo de articulación) es la osteoartritis, que reduce la funcionalidad y la calidad de vida.

La osteoartritis es una forma degenerativa de artritis que se caracteriza por el desgaste del cartílago que amortigua y suaviza el movimiento de las articulaciones -comúnmente de cadera y rodillas. Causa dolor, hinchazón y rigidez, lo que resulta en pérdida de movimiento y funcionalidad. La osteoartritis es una de las diez enfermedades más discapacitantes en países desarrollados. Globalmente, se calcula que 10% de los hombres y 18% de las mujeres de más de 60 años padecen formas moderadas y severas de osteoartritis sintomática (WHO, 2014[1]).

La edad es el principal factor para predecir el desarrollo y avance de la osteoartritis. Es más común en mujeres, y se incrementa después de los 50 años especialmente en las manos y las rodillas. Otros factores de riesgo son obesidad, falta de actividad física, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y lesiones. Aunque la cirugía de reemplazo de articulaciones se lleva a cabo principalmente entre personas de 60 años de edad y mayores, también puede ser practicada en gente más joven.

En 2017, Alemania, Austria, Suiza, Finlandia, Luxemburgo y Bélgica estuvieron entre los países con las tasas más altas de reemplazo de cadera y rodilla (Figura 9.12 y Figura 9.13). Los promedios de la OCDE son de 182 reemplazos de cadera por cada 100 000 habitantes, y 135 reemplazos de rodilla por cada 100 000 habitantes. México, Portugal, Israel, Irlanda y Corea tienen tasas bajas de reemplazo de cadera y rodilla. Las diferencias en la estructura de la población pueden explicar parcialmente esta variación entre países, y la estandarización por edad la reduce en cierta medida. Sin embargo, persisten grandes diferencias y la clasificación de países no cambia significativamente con la estandarización por edad (McPherson, Gon y Scott, 2013[2]).

Los promedios nacionales pueden enmascarar variaciones importantes en las tasas de reemplazo de cadera y rodilla en los países. En Australia, Canadá, Alemania, Francia e Italia, la tasa de reemplazo de rodilla es más de dos veces más alta en algunas regiones que en otras, aún después de ser estandarizada por edad (OECD, 2014[3]). Además del número de intervenciones, la calidad de la cirugía de cadera y rodilla (véase el indicador "Cirugía de cadera y rodilla" en el Capítulo 6) y los tiempos de espera (véase el indicador "Tiempos de espera para cirugía electiva" en el Capítulo 5) también son críticos para los pacientes.

Desde 2000, el número de reemplazos de cadera y rodilla se ha incrementado rápidamente en la mayoría de los países de la OCDE (Figura 9.14 y Figura 9.15). En promedio, las tasas de reemplazo de cadera se incrementaron 30% entre 2007 y 2017, y las de reemplazo de rodilla en 40%. Esto concuerda con la creciente incidencia y prevalencia de osteoartritis, causada por el envejecimiento de la población y el aumento de las tasas de obesidad en los países de la OCDE. Por ejemplo, en Estados Unidos la prevalencia de osteoartritis de la rodilla es más del doble desde mediados del siglo XX (Wallace et al., 2017[4]).

La mayoría de los países de la OCDE muestra tendencias crecientes en diferentes grados, pero Irlanda y Luxemburgo muestran un crecimiento menor al promedio, y son también los únicos dos países de la OCDE que muestran un decremento en las tasas de reemplazo de cadera desde 2007.

Definición y comparabilidad

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

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

Los sistemas de clasificación y registro pueden variar en diferentes países, lo que puede afectar la comparabilidad de los datos. Aunque algunos países incluyen tanto el reemplazo total de cadera como el parcial, algunos otros incluyen solamente el reemplazo total de cadera. En Irlanda, México, Nueva Zelanda y Reino Unido, las cifras incluyen solamente las actividades en hospitales públicos, por lo que el número total de procedimientos que se presenta es una subestimación (por ejemplo, se estima que aproximadamente 15% del total de las actividades hospitalarias en Irlanda se lleva a cabo en hospitales privados). La información para Portugal se refiere solamente a hospitales públicos en el continente. Las cifras para España incluyen sólo parcialmente las actividades en hospitales privados.

Referencias

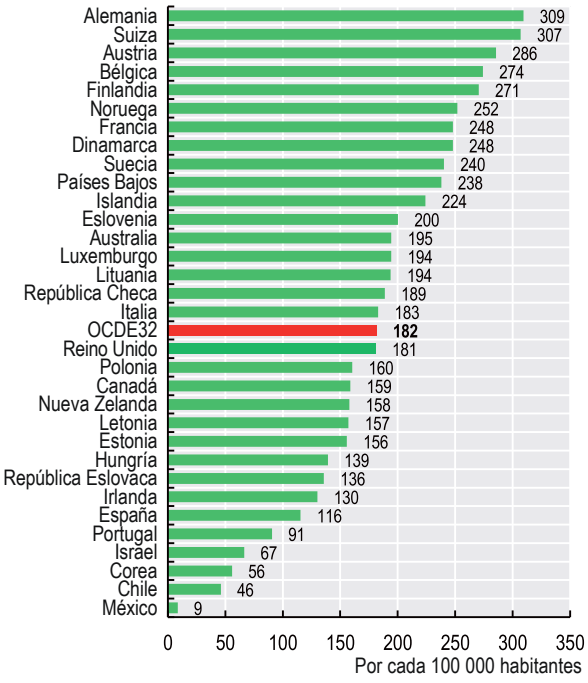
[2] McPherson, K., G. Gon y M. Scott (2013), "International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures", *OECD Health Working Papers*, núm. 61, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en*.

[3] OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

[4] Wallace, I. et al. (2017), "Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114/35, pp. 9332-9336, disponible en *http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1703856114*.

[1] WHO (2014), "Chronic Rheumatic Conditions", *Fact Sheet*, disponible en *http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/*.

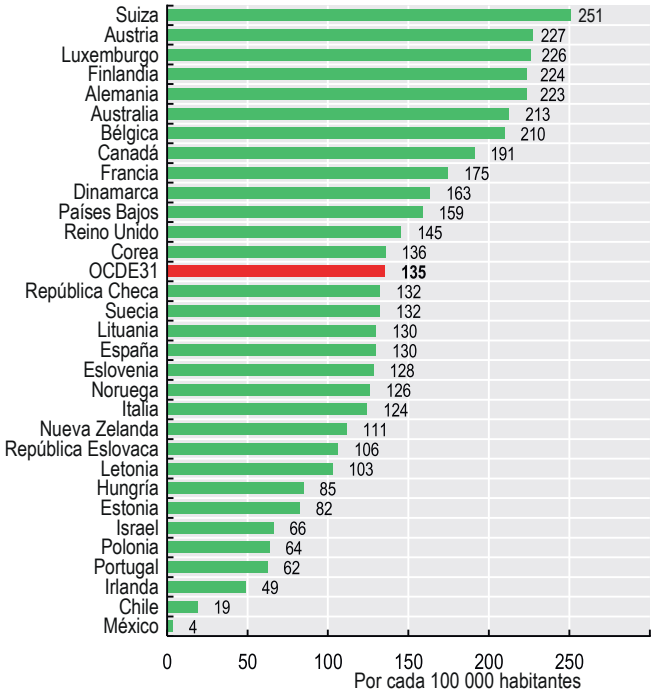
Figura 9.12. **Cirugía de reemplazo de cadera, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017842

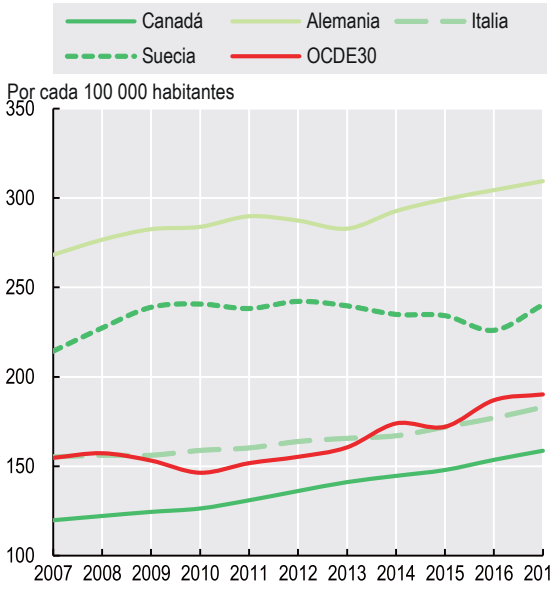
Figura 9.13. **Cirugía de reemplazo de rodilla, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017861

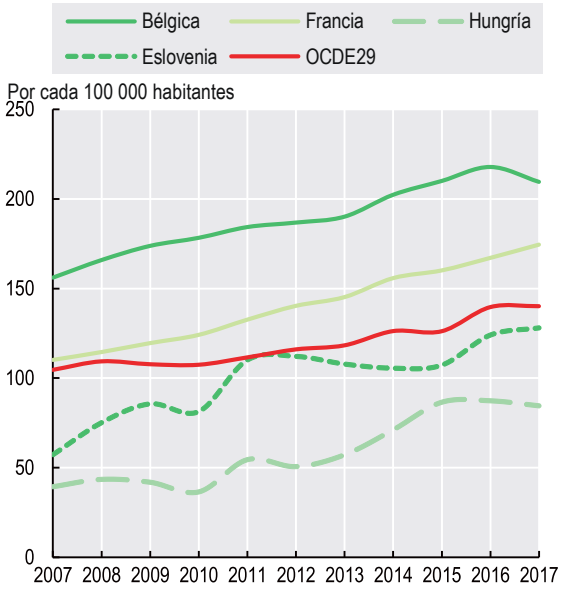
Figura 9.14. **Tendencias en cirugía de reemplazo de cadera en una selección de países de la OCDE, 2007-2017**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017880

Figura 9.15. **Tendencias en cirugía de reemplazo de rodilla en una selección de países de la OCDE, 2007-2017**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017899

Cesáreas

Las cesáreas pueden ser un procedimiento necesario y que salve vidas. Sin embargo, los nacimientos por cesárea siguen aumentando la mortalidad materna, la morbilidad materna e infantil y aumentando las complicaciones en partos subsecuentes. Estos hecho causan preocupación sobre el creciente número de operaciones cesáreas llevadas a cabo en todos los países de la OCDE desde 2000, en especial entre mujeres con un riesgo bajo de un parto complicado y que tienen a su primer hijo por cesárea por razones no médicas. La Organización Mundial de la Salud concluye que las cesáreas son efectivas para salvar vidas maternas e infantiles, pero los índices de cesáreas superiores a 10% no están asociados con reducciones en mortalidad materna y neonatal a nivel de la población. Sin embargo, se deben practicar cesáreas si es necesario, más que tratar de alcanzar un índice específico.

En 2017, los índices más bajos de cesáreas siguen siendo los de los países nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia y Noruega), Israel y Países Bajos, que varían de 15% a 17% de todos los nacidos vivos (Figura 9.16). Las más altas se presentaron en Corea, Chile, México y Turquía, con tasas de 45% a 53% del total de nacimientos. En todos los países de la OCDE, 28% de los nacimientos de infantes vivos se realizaron por cesárea.

Los índices de cesáreas se han incrementado desde 2000 en la mayoría de los países de la OCDE, y el promedio aumentó de 20% en 2000 a 28% en 2017, aunque la tasa de crecimiento se ralentizó en los últimos cinco años (Figura 9.17). El crecimiento de los índices ha sido especialmente rápido en República Eslovaca y República Checa, Eslovenia y Austria, que históricamente habían tenido tasas relativamente bajas. También han habido incrementos importantes en la última década en Chile, Corea, México y Turquía –países que ya tenían índices altos de cesáreas. En Italia los índices se han reducido en forma significativa en años recientes, aunque siguen estando entre los más altos de Europa.

Las variaciones en los índices de operaciones cesáreas entre los países, pueden ser atribuidos a diferentes factores, que incluyen incentivos financieros, preocupaciones por la responsabilidad por negligencia, diferencias en la disponibilidad y capacitación de parteras y personal de enfermería, y la proporción de mujeres que optan por servicios de maternidad privados. Por ejemplo, existe evidencia de que los hospitales privados tienden a practicar más operaciones cesáreas que los hospitales públicos. En Suiza, se observó que las operaciones cesáreas son sustancialmente más frecuentes en clínicas privadas (41%) que en hospitales públicos (30.5%) (OFSP, 2013[1]).

Adicionalmente, existen divergencias entre países en las preferencias de las mujeres de una cesárea para un parto saludable, lo que puede asociarse con las disposiciones institucionales del sistema de salud materna, y las actitudes culturales hacia el trabajo de parto y el alumbramiento. Por ejemplo, en Islandia, el índice de preferencia de una cesárea en el contexto de parto saludable fue de 9.2% de las mujeres, encomparación con 16% en Australia. La preferencia de una cesárea entre mujeres jóvenes también puede asociarse a razones psicológicas, como el miedo al dolor incontrolable y el miedo al daño físico (Stoll et al., 2017[2]).

Se han utilizado reportes públicos, retroalimentación de proveedores, desarrollo de guías clínicas más claras, y ajustes a los incentivos financieros para intentar reducir el uso inapropiado de operaciones cesáreas. En Australia, donde los índices de cesáreas son altos en relación con la mayoría de los países de la OCDE, varios estados han desarrollado guías clínicas y requieren a los hospitales reportar los índices de operaciones cesáreas, incluyendo investigación de desempeño contrario a las guías. Estas medidas han prevenido las variaciones en la práctica y han contribuido a detener el aumento de las operaciones cesáreas. Otros países han reducido la diferencia en tasas de pagos de hospital entre una cesárea y un parto normal, con el fin de desalentar el uso inapropiado de cesáreas (OECD, 2014[3]).

Definición y comparabilidad

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

En Irlanda, México, Nueva Zelanda y Reino Unido, los datos sólo incluyen actividades en hospitales públicos (aunque en Irlanda todas las unidades de maternidad se ubican en hospitales públicos y el número de nacimientos en hospitales privados es negligible). Esto puede causar una subestimación de los índices de operaciones cesáreas en estos países, pues existe alguna evidencia de que los hospitales privados tienden a realizar más cesáreas que los hospitales públicos.

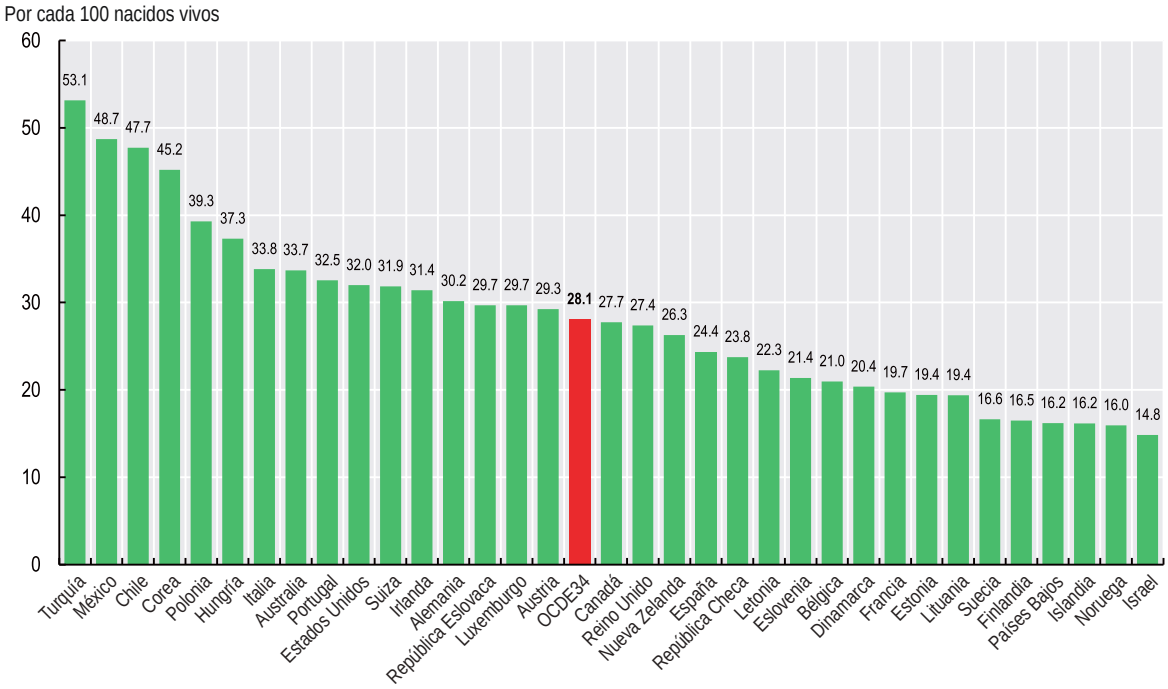
Referencias

[3] OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

[1] OFSP – Office fédéral de la santé publique (2013), *Accouchements par césariennes en Suisse* [Nacimientos por cesárea en Suiza], Berna.

[2] Stoll, K. et al. (2017), "International Childbirth Attitudes- Prior to Pregnancy (ICAPP) Study Team - Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education", *Reproductive Health*, vol. 14/1, disponible en *http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0354-x*.

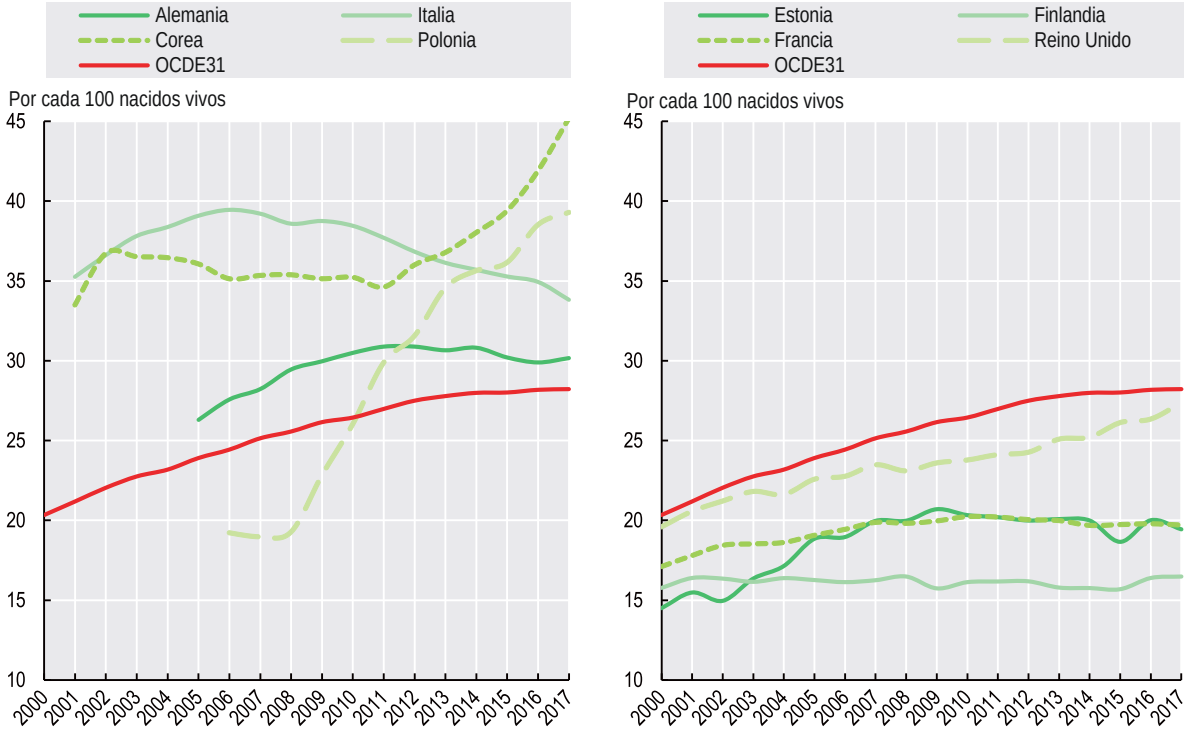
Figura 9.16. **Índices de operaciones cesáreas, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017918

Figura 9.17. **Tendencias de operaciones cesáreas en una selección de países de la OCDE, 2000 a 2017**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017937

Cirugía ambulatoria

En las últimas décadas el número de procedimientos quirúrgicos practicados en el mismo día se ha incrementado de manera notable en los países de la OCDE. Los avances en tecnologías médicas —particularmente la difusión de cirugías menos invasivas— y mejores anestésicos, han hecho esto posible. Estas innovaciones han mejorado la seguridad de los pacientes y los resultados médicos. Adicionalmente al acortar el tiempo de la intervención, la cirugía ambulatoria puede ahorrar importantes recursos sin tener efectos adversos en la calidad de la atención. También libera capacidad dentro de los hospitales para dedicarla a casos más complejos o reducir los tiempos de espera. Sin embargo, el impacto del incremento de la cirugía ambulatoria en el gasto total en salud puede no ser directo, pues la reducción del costo unitario (en comparación con cirugías con hospitalización), puede ser contrarrestado por el aumento del volumen de los procedimientos practicados. También es necesario tomar en cuenta cualquier costo adicional relacionado con cuidados y servicios comunitarios de salud después de las intervenciones.

La cirugía de cataratas y la amigdalectomía (la remoción de las amígdalas -unas glándulas al fondo de la garganta- practicada principalmente a niños), son buenos ejemplos de cirugías de alto volumen que ahora se practican en el mismo día en muchos países de la OCDE.

Las cirugías ambulatorias representan 90% de las cirugías de cataratas en la mayoría de los países de la OCDE (Figura 9.18). En varios países, casi todas las cirugías de cataratas se llevan a cabo como casos de un día. Sin embargo, el uso de cirugía ambulatoria es todavía relativamente bajo en Polonia, Lituania, Turquía, y Hungría, con menos de 60% del total de cirugías de cataratas realizadas como casos de un día. Aunque esto puede ser parcialmente explicado por limitaciones en la cobertura de datos de actividades de consulta externa fuera o dentro de los hospitales, también puede reflejar reembolsos más convenientes por hospitalización o limitaciones en el desarrollo de cirugía ambulatoria.

El número de cirugías ambulatorias de cataratas ha crecido en forma significativa desde 2007 en muchos países, como Austria, Francia, Hungría, Irlanda, Polonia, Portugal y Eslovenia (Figura 9.18). En Austria, la proporción de cirugías ambulatorias de cataratas se incrementó de solo 10% en 2007 a casi 85% en 2017.

La amigdalectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en niños, practicado usualmente en quienes sufren repetidamente de infecciones crónicas de amígdalas, problemas respiratorios o bien apnea obstructiva del sueño por amígdalas grandes. Aunque la operación se realiza con anestesia general, actualmente se practica principalmente en forma ambulatoria en 10 de 29 países de la OCDE con datos comparables, y los niños regresan a casa el mismo día (Figura 9.19). Sin embargo, la proporción de casos no es todavía tan alta como la de la cirugía de cataratas, con un promedio de 34% de amigdalectomías ambulatorias en la OCDE. Las tasas de cirugía ambulatoria son relativamente altas en Islandia, Finlandia y Suecia (75% o más de los casos), pero siguen siendo menos del10% de los casos en 10 países de la OCDE. En Eslovenia, Hungría, República Checa y Austria, prácticamente no hay amigdalectomías ambulatorias. Estas importantes diferencias en la proporción de cirugías ambulatorias pueden reflejar variaciones en la percepción de los riesgos de complicaciones post-operatorias, o simplemente tradiciones clínicas de mantener a los niños al menos una noche en el hospital después de la operación.

Los incentivos financieros pueden afectar el grado en que los procedimientos menores se practican como cirugías ambulatorias. En Dinamarca y Francia los sistemas de grupos de diagnóstico relacionados (DRG, por sus siglas en inglés), se han ajustado para incentivar la cirugía ambulatoria. En Reino Unido, se otorgó un incentivo financiero de aproximadamente 300 libras esterlinas por caso, para una selección de procedimientos quirúrgicos si se practicaban como cirugías ambulatorias (OECD, 2017[1]).

Definición y comparabilidad

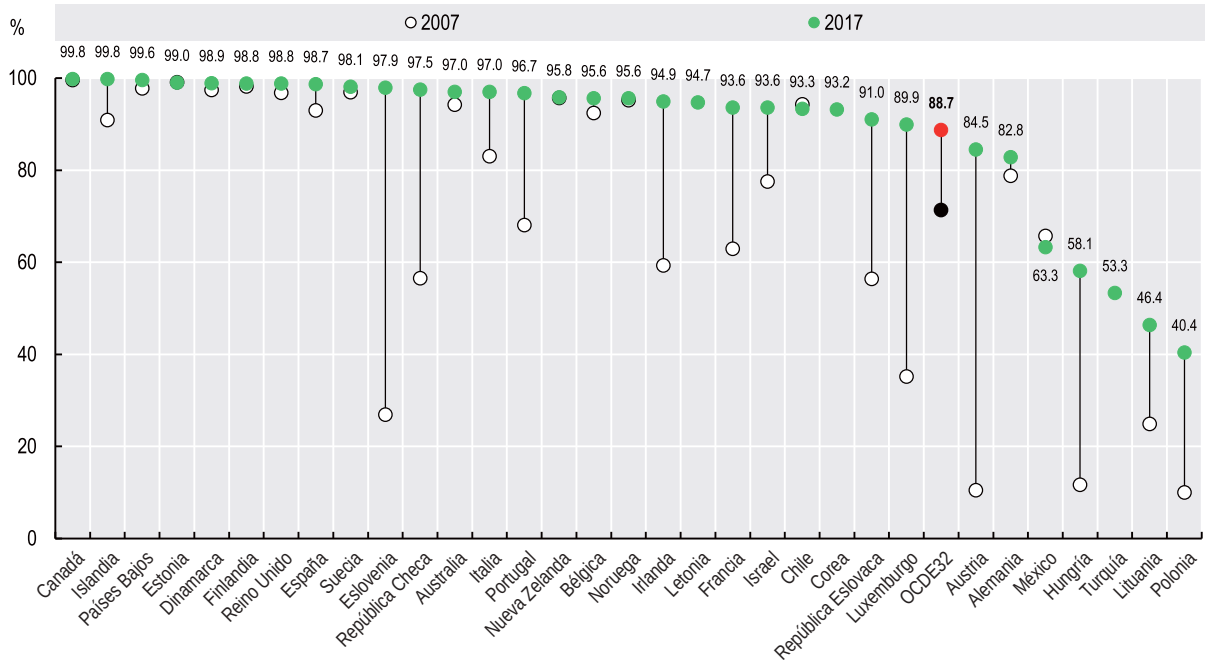
La cirugía de cataratas consiste en la remoción de la lente del ojo por la presencia de cataratas que la nublan parcial o totalmente, y reemplazo con una lente artificial. Se practica principalmente en adultos mayores. La amigdalectomía consiste en la remoción de las amígdalas -unas glándulas al fondo de la garganta. Se practica principalmente en niños.

Las cifras para varios países no incluyen casos de consulta externa 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 Reino Unido, las cifras solo incluyen cirugías de cataratas realizadas en hospitales públicos u operados con fondos públicos, excluyendo todos los procedimientos llevados a cabo en hospitales privados (en Irlanda se calcula que aproximadamente 15% de la actividad hospitalaria se lleva a cabo en hospitales privados). La información para Portugal se refiere solamente a hospitales públicos en el continente. Las cifras para España incluyen sólo parcialmente las actividades en hospitales privados.

Referencias

[1] OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending in Health*, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

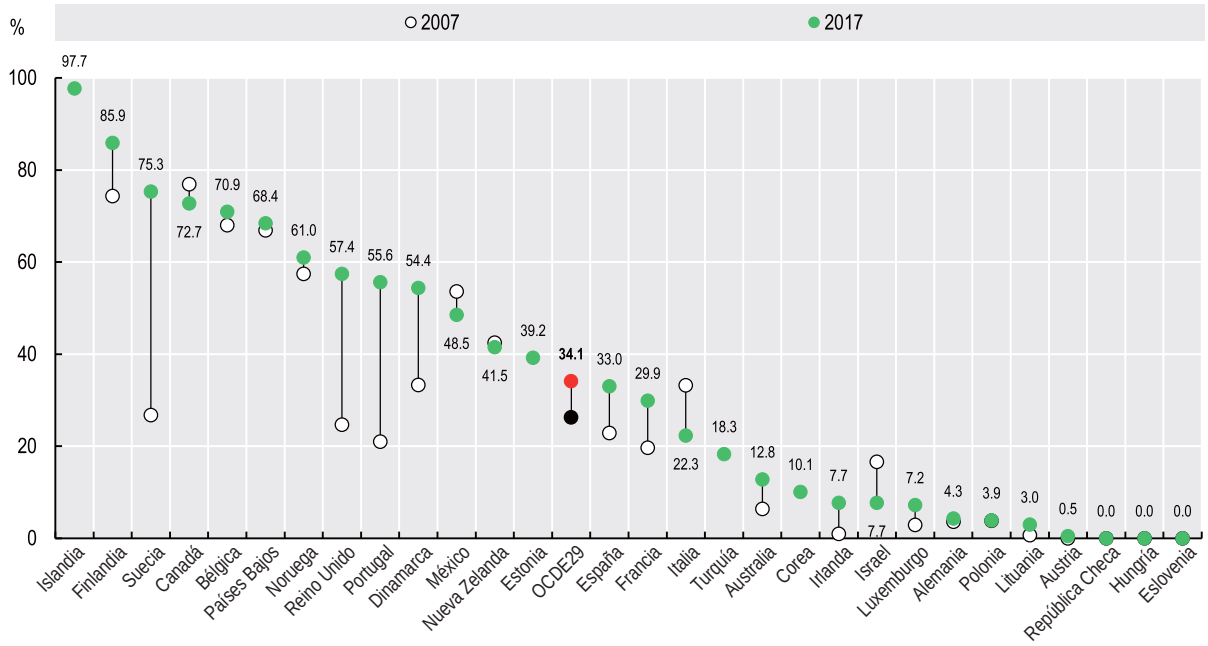
Figura 9.18. **Proporción de cirugía de cataratas llevadas a cabo como casos ambulatorios, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017956

Figura 9.19. **Proporción de amigdalectomías llevadas a cabo como casos ambulatorios, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017975





10. SECTOR FARMACÉUTICO

Gasto en medicamentos

Farmacéuticos y farmacias

Consumo de medicamentos

Genéricos y biosimilares

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

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

Gasto en medicamentos

La atención con productos farmacéuticos evoluciona constantemente, con muchos medicamentos nuevos en el mercado que ofrecen alternativas a los tratamientos existentes, y en algunos casos, posibilidades de tratamiento para padecimientos que anteriormente se consideraban incurables. Sin embargo, el costo de los medicamentos nuevos puede ser alto, y tener implicaciones importantes para los presupuestos de servicios de salud. En 2017, los productos farmacéuticos al menudeo representaron casi una quinta parte del total del gasto en salud, y fueron el tercer componente más importante del gasto en salud en los países de la OCDE, después de hospitalización y cuidados ambulatorios.

En todos los países de la OCDE, los esquemas gubernamentales de financiamiento y los seguros médicos obligatorios desempeñaron el papel más importante en la adquisición de productos farmacéuticos (Figura 10.1). En promedio, estos esquemas cubren 58% del gasto en medicamentos al menudeo. La mayor parte del resto se financia del gasto de bolsillo de los hogares, y sólo 3% se cubre por seguros médicos voluntarios. En Alemania y Francia, el gobierno y los esquemas obligatorios cubren 80% o más del costo de productos farmacéuticas. En forma contrastante, en Letonia, Polonia y Lituania, casi dos tercios de éste fue gasto de bolsillo.

En 2017, el promedio de gasto en medicamentos al menudeo ajustado por la paridad de poder adquisitivo, fue de USD 564 por persona en los países de la OCDE (Figura 10.2). Existen marcadas diferencias entre países, con un gasto de más del doble del promedio en Estados Unidos, seguido por Suiza y Japón; mientras que el menor gasto per cápita fue el de México y Dinamarca, de aproximadamente la mitad o menos del promedio de la OCDE. Las diferencias de gasto entre países reflejan diferencias en los patrones de distribución y dispensación, la aceptación de medicamentos novedosos y genéricos, así como de las políticas de precio y adquisición.

La mayor parte del gasto en medicamentos al menudeo se destina a medicamentos prescritos (75%), y el resto a medicamentos de libre acceso (OTC, por sus siglas en inglés) (19%) y consumibles médicos (5%). El costo de los medicamentos OTC es normalmente cubierto por los pacientes, aunque en ocasiones los esquemas públicos o los seguros obligatorios pueden contribuir. Dependiendo de la legislación de cada país, algunos medicamentos OTC pueden venderse fuera de las farmacias, por ejemplo en supermercados, otras tiendas minoristas o por internet. El gasto en medicamentos OTC en Polonia es casi igual al gasto en medicamentos prescritos, y en España, Letonia y Australia representó casi un tercio del total.

El crecimiento del gasto en medicamentos al menudeo ha variado en la última década en los países de la OCDE, ya que decreció durante y después de la crisis financiera, pero se incrementó de nuevo en años recientes (véase el indicador "Gasto en salud por tipo de servicio" en el Capítulo 7). Esto refleja las acciones de muchos gobiernos de introducir medidas de control de costos, como excluir productos de las listas de reembolso, reducir los precios de fabricantes y los márgenes de los farmacéuticos y mayoristas, e introducir o aumentar los cargos al usuario por los medicamentos de prescripción al menudeo (Belloni et al., 2016[1]).

La Figura 10.3 compara las tasas de crecimiento del gasto en medicamentos en el sector minorista y en hospitales para una selección de países de la OCDE. En Grecia, donde se implantó una política de reducción del uso innecesario de medicamentos, el gasto en medicamentos al por menor se ha reducido de manera sustancial. El crecimiento en la última década ha sido positivo en algunos países, como Alemania y Canadá, en parte debido al alto costo de nuevos tratamientos –en especial tratamientos oncológicos y medicamentos para hepatitis C. Sin embargo, el análisis de los productos farmacéuticos al menudeo sólo da una imagen parcial del gasto, pues los costos de los medicamentos usados para la atención de los pacientes hospitalizados también pueden ser altos, y representan en promedio un 20% adicional además del gasto al por menor. El aumento en el gasto de medicamentos en hospitales ha sido en general mayor que el de medicamentos al menudeo, siendo las tasas más altas las de Corea e Islandia. El gasto en medicamentos en hospitales aumentó en algunos países, como Dinamarca, Finlandia y Portugal, al mismo tiempo que el gasto en medicamentos al por menor disminuyó.

Definición y comparabilidad

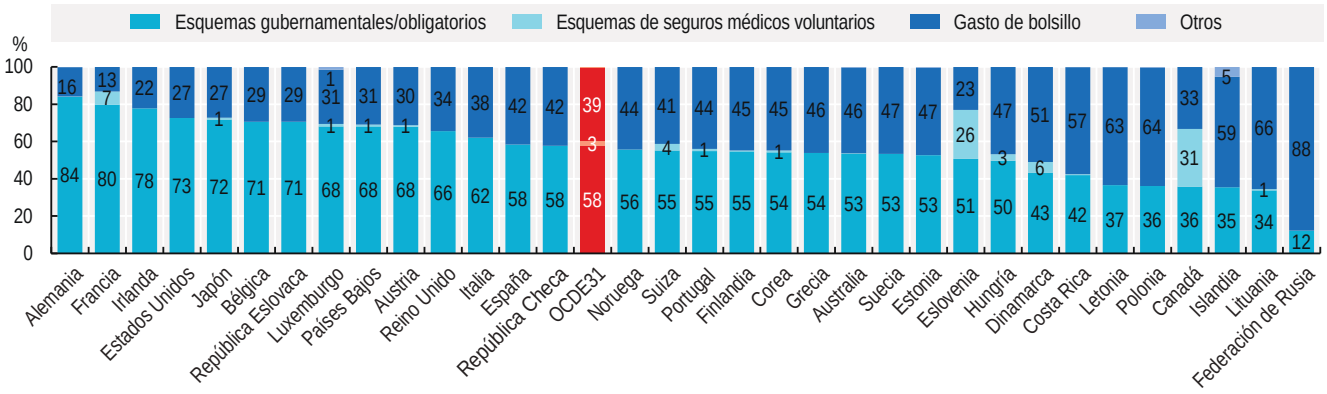
El gasto en medicamentos considera el gasto en medicamentos de prescripción y automedicación con productos conocidos como medicamentos OTC o de libre acceso. Otros consumibles médicos (como botiquines de primeros auxilios o jeringas) también se incluyen. Asimismo, se considera la remuneración de los farmacéuticos, cuando ésta se separa del precio de los medicamentos. Los medicamentos al menudeo se proveen fuera de los hospitales, a través de farmacias o supermercados. Los productos farmacéuticos en los hospitales incluyen los medicamentos administrados o dispensados durante un episodio de hospitalización.

El gasto total en medicamentos incluye márgenes de distribución y al por menor, así como impuesto al valor agregado. El gasto total en medicamentos se refiere en la mayoría de los países al gasto "neto"; es decir, ajustado por posibles rebajas pagadas por los fabricantes, distribuidores o farmacias. Los medicamentos consumidos en hospitales y otros contextos de atención a la salud como parte de tratamientos de pacientes hospitalizados o ambulatorios se excluyen (los datos disponibles sugieren que su inclusión agregaría un 10-20% más al gasto en medicamentos). Existen cuestiones de comparabilidad con respecto a la administración y dispensación de medicamentos para pacientes de consulta externa en los hospitales. En algunos países los costos se incluyen en cuidados curativos, y en otros como medicamentos.

Referencias

[1] Belloni, A., D. Morgan y V. Paris (2016), "Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends And Future Challenges", *OECD Health Working Papers*, núm. 87, OECD Publishing, París, disponible en *https://doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en*.

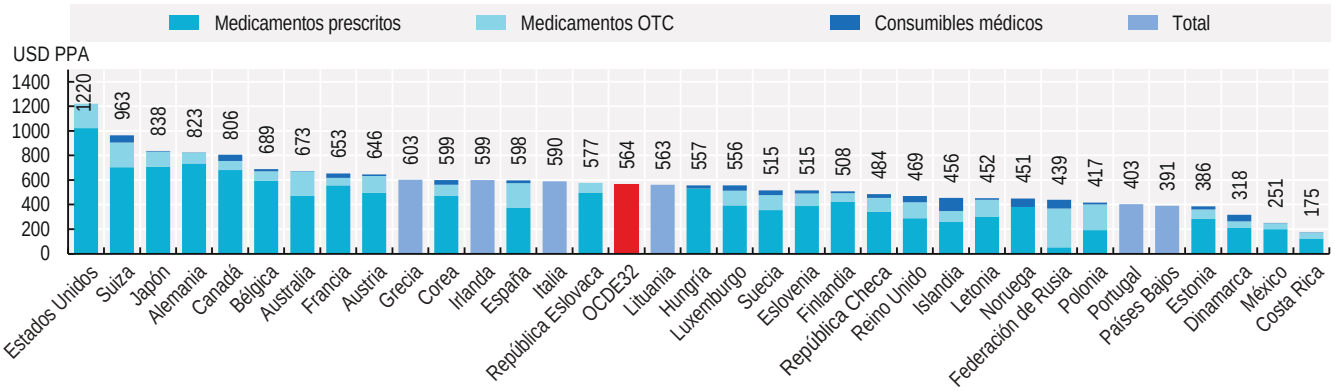
Figura 10.1. **Gasto en medicamentos[1] al menudeo por tipo de financiamiento, 2017 o año más cercano**



Nota: "Otros" incluye financiamiento de esquemas sin fines de lucro, empresas y el resto del mundo.
1.Incluye consumibles Médicos
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934017994

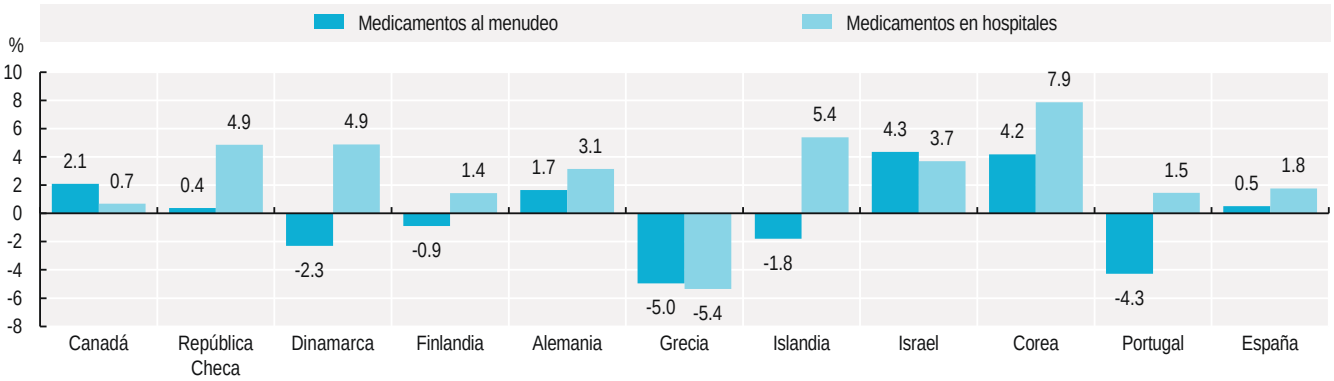
Figura 10.2. **Gasto en medicamentos al menudeo per cápita, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018013

Figura 10.3. **Crecimiento anual promedio del gasto en medicamentos al menudeo y en hospitales, en términos reales, 2008-18 (o año más cercano)**



Nota: Los estimados de la OCDE para Portugal excluyen el gasto en otros productos médicos del gasto al menudeo.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018032

Farmacéuticos y farmacias

Los farmacéuticos son profesionales calificados de la salud, que gestionan la dispensación de medicamentos a los consumidores /pacientes y colaboran para asegurar su uso seguro y eficaz. Entre 2000 y 2017, la densidad de farmacéuticos en servicio se incrementó en 33% en promedio en los países de la OCDE, a 83 farmacéuticos por cada 100 000 habitantes (Figura 10.4). El número de farmacéuticos per cápita más alto se encuentra en Japón (181 por cada 100 000 habitantes), y el más bajo en Países Bajos (21 farmacéuticos).

El número de farmacéuticos per cápita se incrementó en todos los países de la OCDE que tienen series temporales disponibles. La densidad de farmacéuticos aumentó con mayor rapidez en Japón, Portugal y Eslovenia. En Japón, este incremento se puede atribuir en buena parte a los esfuerzos del gobierno para separar más claramente la prescripción de medicamentos por médicos, de la dispensación de medicamentos por parte de los farmacéuticos (sistema Bungyo).

En todos los países de la OCDE, la mayoría de los farmacéuticos trabaja en farmacias comunitarias de venta al por menor, pero algunos también trabajan en contextos hospitalarios, industriales, de investigación y académicos. En Canadá, por ejemplo, en 2016, más de tres cuartas partes de los farmacéuticos en servicio trabajaban en farmacias comunitarias, y alrededor de 20% en hospitales y otras instalaciones sanitarias (CIHI, 2017[1]). En Japón, alrededor de 57% de los farmacéuticos trabajaba en farmacias comunitarias en 2016, aproximadamente 19% en hospitales o clínicas y el restante 24% en otros contextos (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2017[2]).

El número de farmacias comunitarias por cada 100 000 habitantes varía de 7 en Dinamarca a 88 en Grecia, con un promedio de 29 en la OCDE (Figura 10.5). Esta variación se explica en parte por las diferencias en los canales de distribución. Algunos países confían más en las farmacias de los hospitales para la dispensación de medicamentos a pacientes de consulta externa; en otros aún son los médicos los que se encargan de la dispensación (p. ej. Países Bajos). Dinamarca tiene un número menor de farmacias comunitarias, pero éstas son con frecuencia grandes, e incluyen farmacias filiales y unidades subsidiarias adjuntas a la farmacia principal. También hay diferencias entre países en la variedad de productos y servicios ofrecidos por las farmacias. En la mayoría de los países europeos, por ejemplo, las farmacias también venden cosméticos, suplementos alimenticios, dispositivos médicos y productos homeopáticos.

El papel del farmacéutico de una comunidad ha cambiado en años recientes. Aunque su función principal es la dispensación de medicamentos, cada vez con mayor frecuencia proporcionan atención directa a los pacientes (p. ej. vacunas contra la influenza en Australia, Irlanda y Nueva Zelanda; apoyo para cumplimiento de medicación en Australia, Japón, Nueva Zelanda y Reino Unido), tanto en farmacias comunitarias como parte de equipos integrales de proveedores de servicios de salud.

Definición y comparabilidad

Se define a los farmacéuticos en servicio como el número de farmacéuticos que tienen una licencia para ejercer y proporcionar servicios directos a clientes/pacientes. Pueden ser asalariados o independientes, y trabajar en farmacias comunitarias, hospitales y otros contextos. Los asistentes farmacéuticos y otros empleados de farmacias normalmente se excluyen.

En Irlanda, las cifras incluyen a todos los farmacéuticos registrados en la Pharmaceutical Society de Irlanda, y posiblemente a algunos farmacéuticos que no están activos. En Islandia los asistentes farmacéuticos están incluidos.

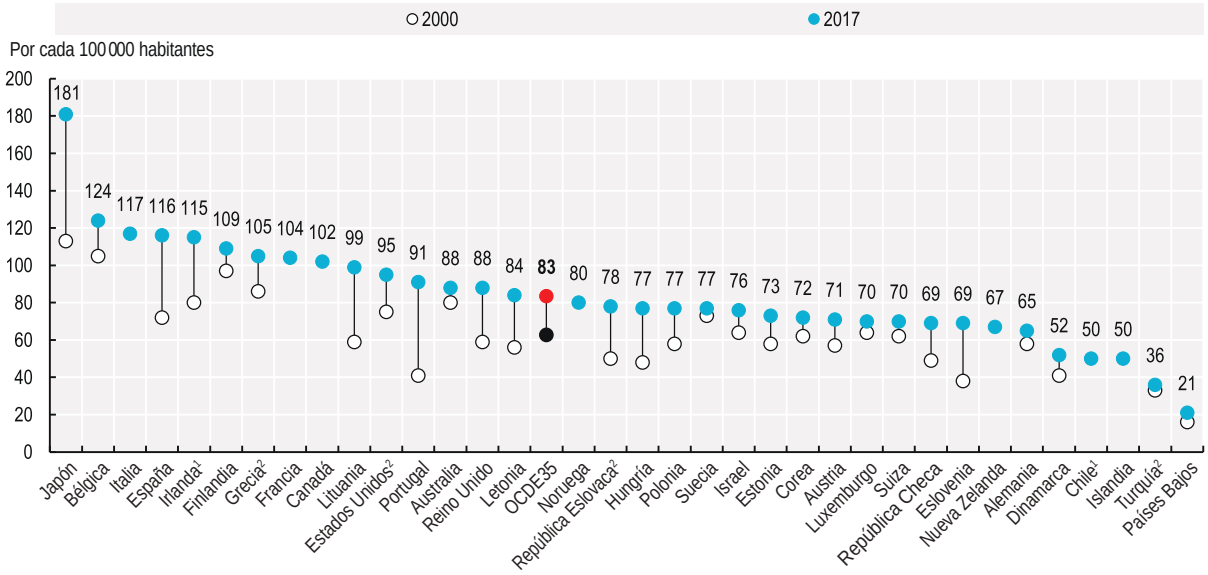
Las farmacias comunitarias son locales que de acuerdo con las provisiones legales y definiciones locales pueden operar como instalaciones de servicios de farmacia en contextos comunitarios. El número de farmacias de comunidades que se reporta es el número de locales donde se dispensaron medicamentos bajo la supervisión de un farmacéutico.

Referencias

[1] CIHI (2017), *Pharmacists in 2016*, Health Workforce, *https://www.cihi.ca/en/pharmacists* (consultado el 19 de julio de 2019).

[2] Ministry of Health, Labour and Welfare (2017), *Summary of Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists*, Health Statistics Office, Director-General for Statistics and Information Policy, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokio.

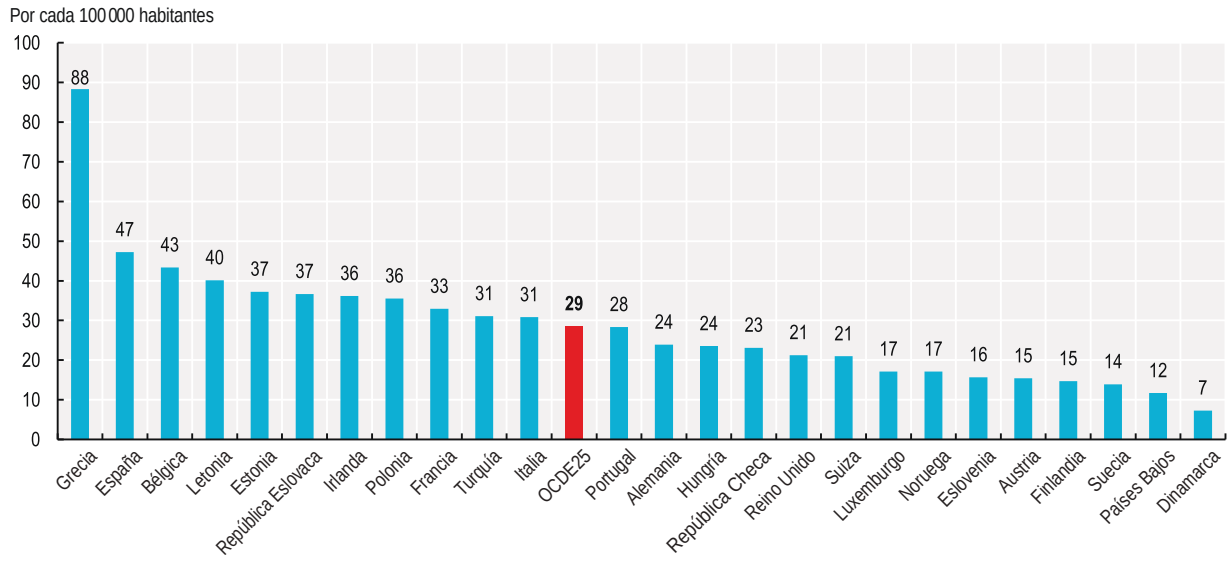
Figura 10.4. **Farmacéuticos en servicio, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



1. Los datos se refieren a todos los farmacéuticos con licencia para ejercer. 2. Los datos incluyen a los farmacéuticos que proporcionan servicios directos a los pacientes y a los que trabajan en el sector salud como investigadores, para empresas farmacéuticas, etc.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018051

Figura 10.5. **Farmacias comunitarias, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: Base de datos 2017 de Pharmaceutical Group of the European Union o fuentes nacionales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018070

Consumo de medicamentos

El consumo de medicamentos ha aumentado por décadas, debido a una necesidad creciente de productos para tratar padecimientos crónicos y relacionados con la edad, y por cambios en las prácticas clínicas. En esta sección se examina el consumo de cuatro categorías de medicamentos: antihipertensivos, agentes anticolesterolémicos, antidiabéticos y antidepresivos. Estos medicamentos tratan las enfermedades cuya prevalencia ha crecido en forma marcada en los países de la OCDE en décadas recientes.

El consumo de antihipertensivos en los países de la OCDE aumentó en promedio 70% entre 2000 y 2017. Se incrementó casi cuatro veces en Luxemburgo y Estonia (Figura 10.6). El consumo más alto sigue siendo el de Alemania y Hungría, con casi cinco veces el nivel de consumo de Corea y Turquía. Es probable que estas variaciones reflejen tanto las diferencias en la prevalencia de la hipertensión, como las de las prácticas clínicas.

El uso de anticolesterolémicos ha tenido un aumento aún mayor, y su consumo en los países de la OCDE se ha incrementado en un factor de tres entre 2000 y 2017 (Figura 10.7). Reino Unido, Dinamarca y Bélgica reportan los niveles más altos de consumo per cápita en 2017, con una variación de siete veces en los niveles de consumo en la OCDE.

El uso de medicamentos antidiabéticos también creció en forma dramática, y casi se duplicó en la OCDE en el mismo período (Figura 10.8). Este crecimiento puede explicarse en parte por la creciente prevalencia de la diabetes, que a su vez se asocia a la prevalencia de obesidad (véase el indicador "Sobrepeso y obesidad" en el Capítulo 4), un factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes tipo 2. En 2017, el consumo más alto de medicamentos antidiabéticos se dió en Finlandia, y el más bajo en Letonia, con una variación de dos veces entre ambos.

El consumo de antidepresivos se duplicó en los países de la OCDE entre 2000 y 2017 (Figura 10.9). Esto puede reflejar una mejora en el reconocimiento de la depresión, la disponibilidad de terapias, la evolución de las guías clínicas y cambios en las actitudes de los pacientes y los proveedores de servicios de salud. (Mars et al., 2017[1]). Sin embargo, existe una gran variación entre países. Islandia reportó el nivel más alto de consumo en 2018, diez veces más que el de Letonia.

Definición y comparabilidad

La dosis diaria definida (DDD), es el promedio asumido de la dosis diaria de mantenimiento de un medicamento utilizado por adultos para su indicación principal. Se asignan DDDs a cada principio activo en una clase terapéutica por un consenso internacional de expertos. Por ejemplo, la DDD para aspirina oral es de 3 gramos, que es la dosis diaria de mantenimiento para tratar dolor en adultos. Las DDDs no necesariamente reflejan la dosis promedio diaria usada en realidad en un determinado país. Las DDDs pueden ser agregadas dentro y entre clases terapéuticas de la Anatomic-Therapeutic Classification (ATC). Para mayor detalle consultar *http://www.whocc.no/atcddd*.

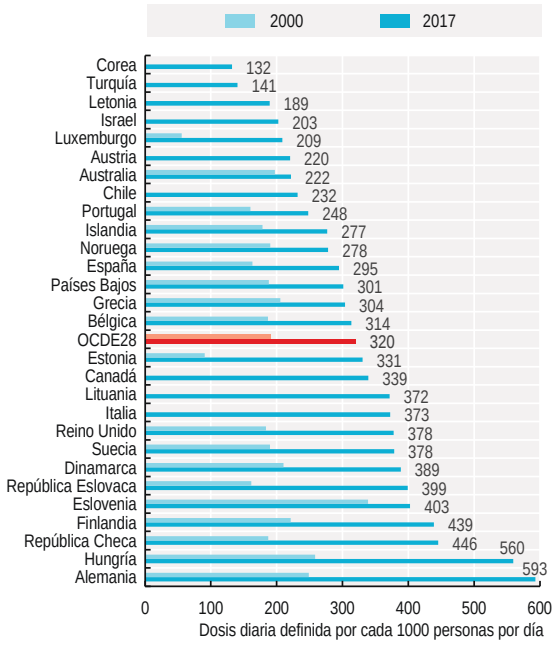
El volumen de consumo de medicamentos antihipertensivos presentado en la Figura 10.6, se refiere a la suma de cinco categorías ATC2, que pueden ser prescritas para hipertensión (Antihipertensivos C02, diuréticos C03, agentes betabloqueadores C07, bloqueadores de canal de calcio C08, y agentes que actúan en el sistema renina -angiotensina C09). Los códigos ATC para otras clases son: C10 para medicamentos reductores de colesterol, A10 para medicamentos antidiabéticos, y N06A para antidepresivos.

Los datos generalmente se refieren solo al consumo de pacientes de consulta externa, excepto para Chile, República Checa, Estonia, Finlandia, Islandia, Italia, Corea, Noruega, República Eslovaca y Suecia, donde los datos también incluyen consumo en hospitales. Los datos para Canadá se refieren únicamente a tres provincias (British Columbia, Manitoba y Saskatchewan). Los datos para Luxemburgo y España se refieren a consumo de medicamentos prescritos cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (seguro público) en consulta externa. Los datos para Luxemburgo están subestimados debido a la consideración incompleta de productos con diversos principios activos.

Referencias

[1] Mars, B. et al. (2017), "Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011", Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 52/2, pp. 193-200, disponible en *http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1306-4*.

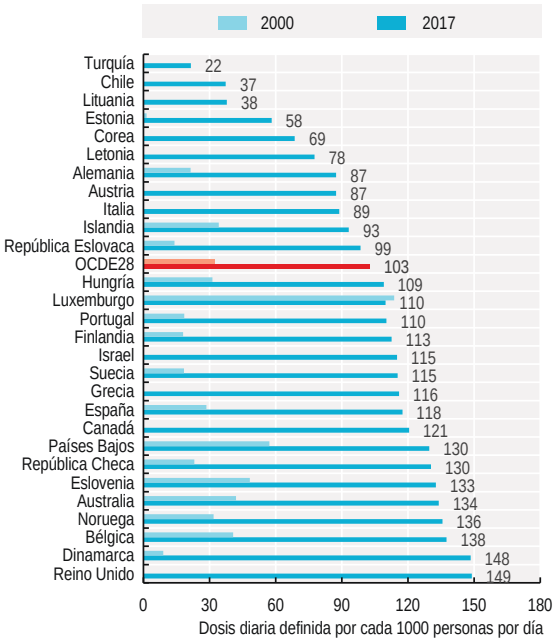
Figura 10.6. **Consumo de medicamentos antihipertensivo (2000 y 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los datos se refieren a la suma de las clases Antihipertensivos C02, diuréticos C03, agentes betabloqueadores C07, bloqueadores de canal de calcio C08, y agentes que actúan en el sistema renina-angiotensina C09
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018089

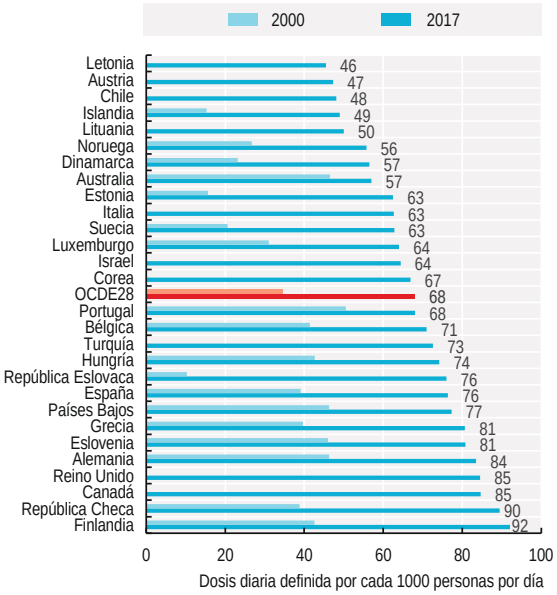
Figura 10.7. **Consumo de medicamentos anticolesterolémicos, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los datos se refieren a la clase de agentes modificadores de lípidos C10
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018108

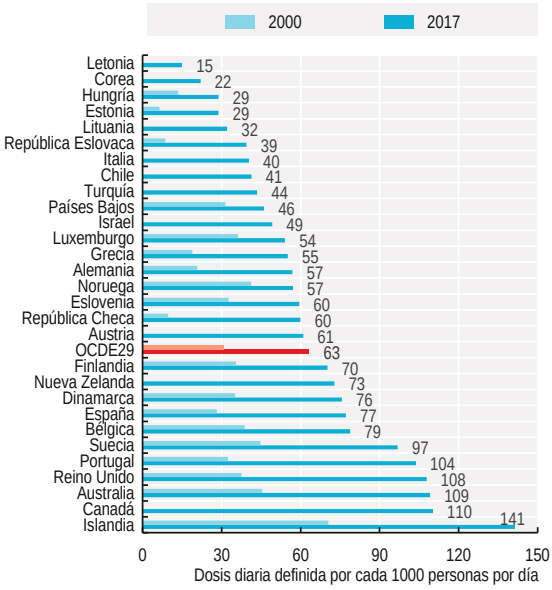
Figura 10.8. **Consumo de medicamentos antidiabéticos, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los datos se refieren a la clase de medicamentos usados para la diabetes A10.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018127

Figura 10.9. **Consumo de medicamentos antidepresivos, 2000 y 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los datos se refieren a la clase de antidepresivos N06A
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018146

Genéricos y biosimilares

En todos los países de la OCDE, el desarrollo de los mercados de productos genéricos y biosimilares se percibe como una oportunidad de mejorar la eficiencia del gasto farmacéutico, pero muchos no explotan completamente su potencial. En 2017, los genéricos representaron más de tres cuartas partes del volumen de productos farmacéuticos vendidos en Reino Unido, Chile, Alemania y Nueva Zelanda; aunque menos en Luxemburgo y Suiza (Figura 10.10). Las diferencias en las estructuras de mercado (principalmente el número de medicamentos fuera de patente) y las prácticas de prescripción, explican algunas de las variaciones entre países, pero la adopción de genéricos también depende de las políticas de cada uno (OECD, 2018[1]; Socha-Dietrich, James y Couffinhal, 2017[2]). En Austria, por ejemplo, aún no se permite a los farmacéuticos la sustitución de un medicamento por un genérico. En Luxemburgo, la sustitución por genéricos por parte de los farmacéuticos se establece en la ley, pero está limitada a ciertos medicamentos.

Muchos países han implementado sistemas de incentivos para médicos, farmacéuticos y pacientes para impulsar los mercados de genéricos. Por ejemplo, en la última década Francia y Hungría han implementado incentivos para la prescripción de genéricos para médicos generales a través de esquemas de pago por desempeño. En Suiza, los farmacéuticos reciben una cuota por sustitución por genéricos; en Francia, las farmacias reciben bonos si sus tasas de sustitución son altas. En muchos países, los financiamientos por medio de terceros de reembolsos de cantidades fijas por medicamentos determinados, permiten a los pacientes elegir entre el producto original y el genérico, con responsabilidad por las diferencias de precio. En Grecia, los pacientes que eligen el medicamento original en lugar del genérico, deben pagar directamente la diferencia.

Los medicamentos biológicos contienen sustancias activas provenientes de una fuente biológica, como organismos o células vivas. Cuando la exclusividad de mercado de estos productos ya no está vigente, se pueden aprobar 'copias' ("biosimilares") de los mismos. Los biosimilares han incrementado la competencia de precios y mejorado la asequibilidad. En 2017, representaron más de 70% del volumen del 'mercado asequible' de eritropoyetina (usada para tratar anemia) en Finlandia, Alemania, República Eslovaca y Grecia (Figura 10.11). En la mayoría de los países europeos, el precio de la eritropoyetina bajó entre 30% y 80% después de la entrada de los biosimilares. En Noruega y Dinamarca, conocidos por la efectividad de sus políticas de adquisiciones, los datos muestran muy limitada o nula adopción de biosimilares y ninguna reducción de precio en 2017. En Dinamarca, el proceso de licitación ya había detonado la competencia entre productos originales, generando reducciones de precios con las que los biosimilares no pudieron competir. En Noruega, el producto original ganó la licitación nacional en 2017, con descuentos confidenciales que afectaron el precio de lista. Estos ejemplos destacan los problemas inherentes a la falta de transparencia en los precios.

Los biosimilares tienen más de 90% del mercado asequible de inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF, por sus siglas en inglés) (usado para tratar enfermedades autoinmunes y trastornos inmunomediados) en Dinamarca y Noruega, pero menos de 10% en Suiza, Irlanda y Grecia (Figura 10.11). Las reducciones de precios desde la entrada de los productos biosimilares son más modestas que las de la eritropoyetina, con variaciones de 4% en Suiza a 45% en Polonia. Para ambos biosimilares, la reducción real de precios puede ser más alta de lo que muestran las cifras, que solo reportan precios de lista.

Definición y comparabilidad

Un medicamento genérico se define como un producto farmacéutico que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica que un producto de referencia, y cuya bioequivalencia con éste ha sido demostrada. Se pueden clasificar en genéricos de marca (genéricos con un nombre comercial específico) y sin marca (que usan la denominación común internacional y el nombre de la compañía).

Se solicitó a los países proporcionar datos para el total de sus mercados respectivos. Sin embargo muchos de ellos proporcionaron datos que cubren únicamente el mercado de farmacias comunitarias o el mercado farmacéutico de reembolso (véanse las notas en las figuras). La participación del mercado de genéricos expresada en valores, puede ser la facturación de las empresas farmacéuticas, la cantidad pagada por medicamentos por terceros, o la cantidad pagada por el total de quienes pagan (terceros y consumidores). La participación del mercado de genéricos en volumen se puede expresar en DDDs o número de paquetes/cajas, o unidades estándar.

Un producto medicinal biosimilar (biosimilar) es el producto que cuenta con aprobación regulatoria, al demostrar ser similar al producto medicinal de referencia (biológico) en términos de características de calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia.

La participación en el mercado de biosimilares y los cambios de precios se miden para el 'mercado asequible'; es decir, el mercado compuesto por productos originales cuya protección ya no está vigente y sus biosimilares. La participación de mercado se calcula como los días de tratamiento biosimilar como proporción del volumen de productos biosimilares y los de referencia. El cambio de precios se mide como la diferencia de los precios de 2017 y del año anterior a la entrada del primer biosimilar.

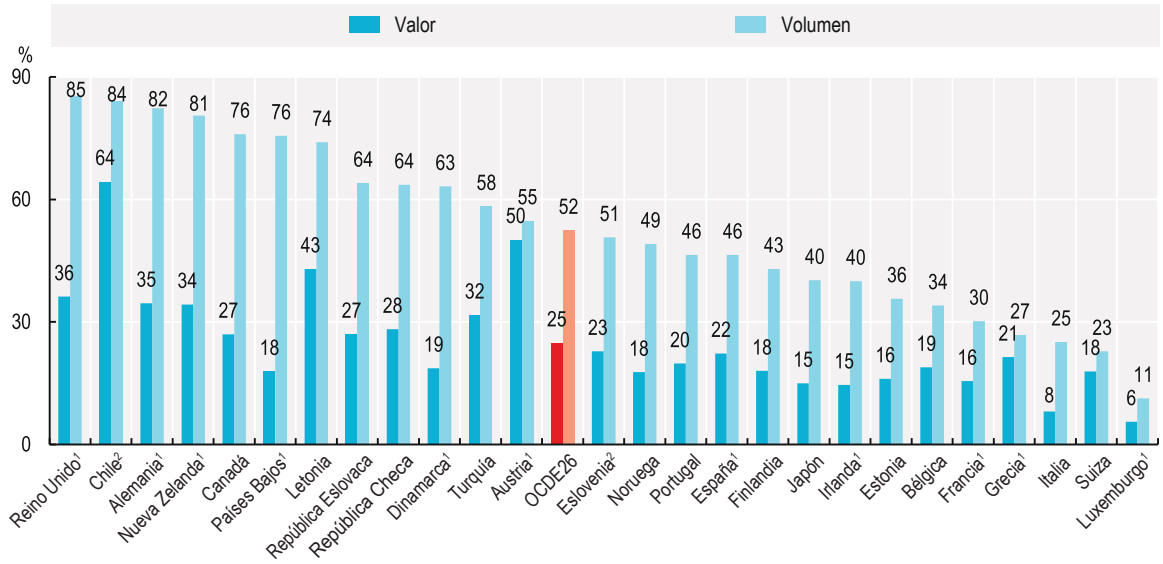
Referencias

[1] OECD (2018), "Strategies to reduce wasteful spending: Turning the lens to hospitals and pharmaceuticals", in *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-5-en*.

[3] QuintilesIMS (2017), The Impact of Biosimilar Competition in Europe, QuintilesIMS Institute, Parsippany, disponible en *http://www.quintilesims.com*.

[2] Socha-Dietrich, K., C. James y A. Couffinhal (2017), "Reducing ineffective health care spending on pharmaceuticals", in *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-7-en*.

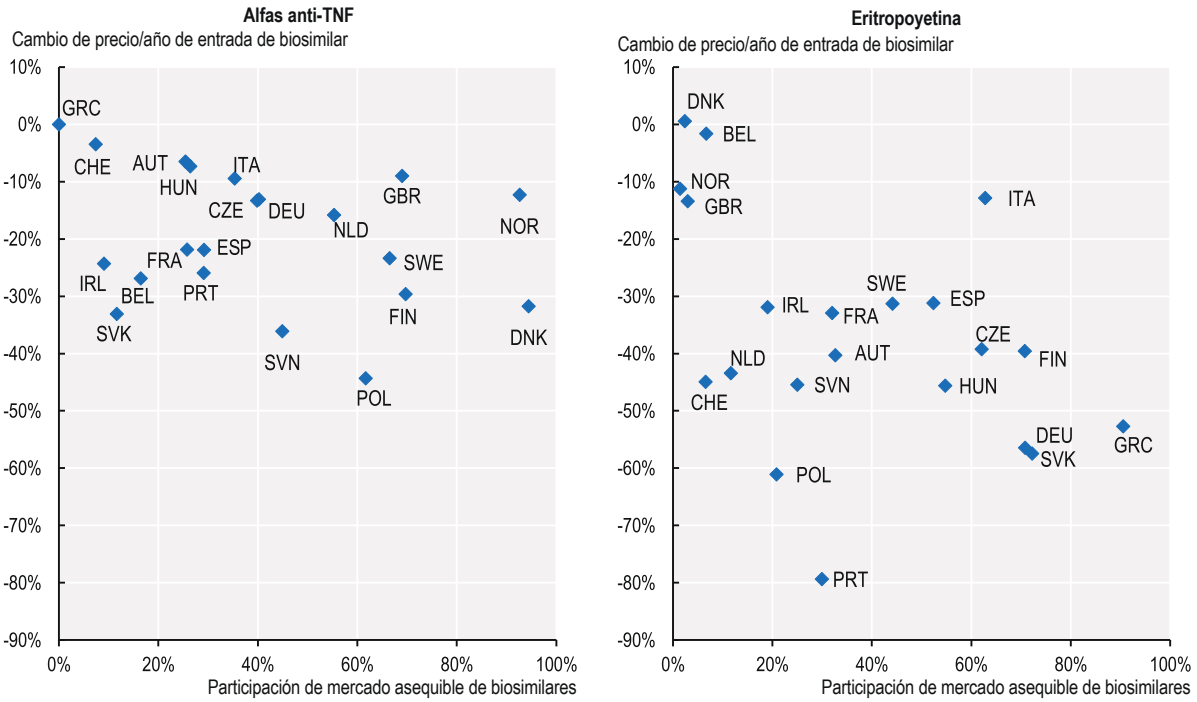
Figura 10.10. **Proporción de genéricos en el mercado farmacéutico total, 2017 (o año más cercano)**



1. Mercado farmacéutico de reembolso. 2. Mercado de farmacias comunitarias.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018165

Figura 10.11. **Participación de mercado de biosimilares en días de tratamiento para alfas anti-TNF y eritropoyetina frente a mercado asequible en países europeos, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: IQVIA MIDAS MAT December 2017.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018184

Investigación y desarrollo en el sector farmacéutico

El financiamiento de la investigación y el desarrollo (I&D) en el sector farmacéutico es el resultado de una mezcla compleja de fondos públicos y privados. Los gobiernos generalmente otorgan financiamiento para la investigación básica y preliminar, mediante asignaciones directas de presupuesto, subsidio de investigaciones, instituciones públicas de investigación, e instituciones de educación superior. La industria farmacéutica está involucrada en todas las fases del proceso de I&D, y hace la mayor contribución al traducir y aplicar el conocimiento generado en la investigación básica en el desarrollo de productos. La industria financia en gran medida las pruebas clínicas requeridas para obtener aprobación para el mercado; pero también recibe subsidios directos para I&D o créditos fiscales en muchos países.

En 2016, los gobiernos de 31 países de la OCDE para los que se dispone de datos, presupuestaron en conjunto alrededor de USD 53 000 millones en I&D relacionada con la salud (una categoría más amplia que la de productos farmacéuticos). Esta cifra subestima el apoyo del gobierno, pues excluye la mayoría de los incentivos fiscales o financiamiento para educación superior o corporaciones públicas. Mientras tanto, la industria farmacéutica invirtió cerca de USD 101 000 millones en I&D en los países de la OCDE.

La mayor parte del gasto en I&D de la industria farmacéutica viene de países de la OCDE, aunque la participación de países que no pertenecen a la Organización se está incrementando (EFPIA, 2018[1]). Este incremento ha sido especialmente rápido en China, donde la industria invirtió USD 14 000 millones en I&D en 2016 (0.07% del PIB) -un incremento de más de 2.5 veces desde 2010 (en términos reales) (OECD, 2019[2]). Casi dos tercios de la inversión en países de la OCDE (Figura 10.12) ocurre en Estados Unidos, donde la industria gastó alrededor de USD 65 000 millones (0.35% del PIB), y los presupuestos de gobierno en I&D relacionada con la salud sumaron USD 36 000 millones (0.19% del PIB). En Europa, la industria invirtió USD 20 000 millones (0.1% del PIB) y los gobiernos presupuestaron USD 11 000 millones (0.06% del PIB); y en Japón, las cifras fueron USD 13 000 millones (0.25% del PIB) respectivamente. Como proporción del PIB, la inversión más alta de la industria se presentó en Suiza (0.85%), Dinamarca (0.46%) y Eslovenia (0.45%), países más pequeños con sectores farmacéuticos relativamente importantes.

La industria farmacéutica requiere de I&D intensivo. En promedio entre los países de la OCDE, la industria gastó alrededor de 12% de su valor agregado bruto en I&D. Esta proporción es casi tan alta como la de la industria de productos electrónicos y ópticos, y la aeronáutica y de vehículos espaciales, y considerablemente más alta que el sector manufacturero en su conjunto (Figura 10.13).

El gasto en I&D en la industria farmacéutica en países de la OCDE creció 14% en términos reales entre 2010 y 2016. El número de aprobaciones de nuevos medicamentos también ha aumentado desde 2010, luego de disminuir después de la década de 1980. En Estados Unidos, el número anual de aprobaciones es de nuevo equivalente al nivel de los años 80 (Figura 10.14). Sin embargo, dado el incremento de la inversión en I&D, el número de aprobaciones frente al gasto en I&D ajustado por inflación, ha disminuido constantemente.

Este patrón de rendimiento decreciente a pesar de los avances tecnológicos responde a una compleja combinación de factores que incluye el creciente número de requisitos para obtener aprobación para salir al mercado, lo que a su vez incrementa el costo de las pruebas clínicas, y una base cada vez mayor de medicamentos eficaces que ha desplazado los esfuerzos hacia los productos para enfermedades más complejas. El incremento de los costos de I&D puede ser tanto la causa como el resultado del aumento de los precios de los medicamentos, cuya aceptación por parte de quienes pagan puede hacer que la I&D y las adquisiciones de proyectos de I&D cada vez más costosas, sean viables desde el punto de vista financiero . El incremento de los costos de I&D pueden a su vez causar incrementos de precios.

Definición y comparabilidad

El gasto privado en I&D (business enterprise expenditure on R&D; BERD, por sus siglas en inglés) cubre la I&D llevada a cabo por corporaciones, independientemente del origen de los fondos, que puede incluir subsidios de gobierno. El BERD se registra en el país donde se llevó a cabo la actividad de I&D, no el país que proporcionó los fondos. Las agencias nacionales de estadísticas, recaban datos por medio de encuestas principalmente, según el Manual Frascati, pero hay variaciones en prácticas locales. "I&D farmacéutico" se refiere al BERD de empresas clasificadas en la industria farmacéutica. Europa incluye a 21 países miembros de la Unión Europea, que también son miembros de la OCDE, Islandia, Noruega y Suiza (no hay datos disponibles para Lituania y Luxemburgo).

Los presupuestos de gobierno para I&D (government budget allocations for R&D; GBARD, por sus siglas en inglés), contemplan tanto I&D llevada a cabo por el gobierno como las cantidades asignadas a otras instituciones para ese fin. "I&D relacionada con la salud" se refiere al GBARD destinado a proteger, promover y restablecer la salud humana, incluyendo todos los aspectos de atención médica y social. No cubre el gasto de corporaciones públicas o financiamiento general de universidades que es posteriormente asignado a salud.

El valor agregado bruto (GVA, por sus siglas en inglés) de un sector equivale a la producción bruta menos el consumo intermedio. Incluye el costo de salarios, consumo de capital fijo e impuestos sobre la producción. Como no incluye el consumo intermedio, es menos sensible que que la producción bruta a la dependencia sectorial de materias primas. El promedio de la OCDE en la Figura 10.13, es una media no ponderada de la intensidad de I&D en 18 países con datos disponibles para aeronáutica y vehículos espaciales; y 29-33 países para todas las demás industrias.

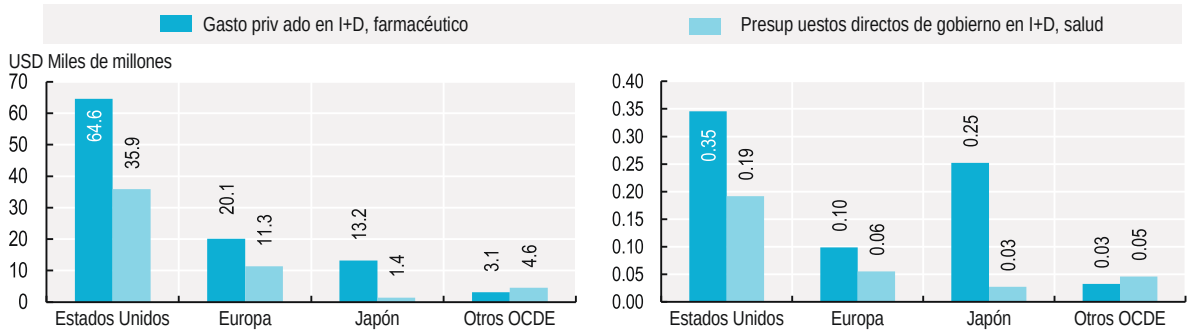
Los datos en la Figura 10.14 incluyen aprobaciones de nuevas entidades moleculares (NMEs, por sus siglas en inglés), otras solicitudes de nuevos medicamentos (NDAs, por sus siglas en inglés), nuevas solicitudes de licencia biológica (BLAs) y otros BLAs.

Referencias

[1] EFPIA (2018), *The Pharmaceutical Industry in Figures*, disponible en *https://www.efpia.eu/media/361960/efpia-pharmafigures2018_v07-hq.pdf*.

[2] (2019), *Analytical Business Enterprise Research and Development (ANBERD) Database*, disponible en *http://oe.cd/anberd*.

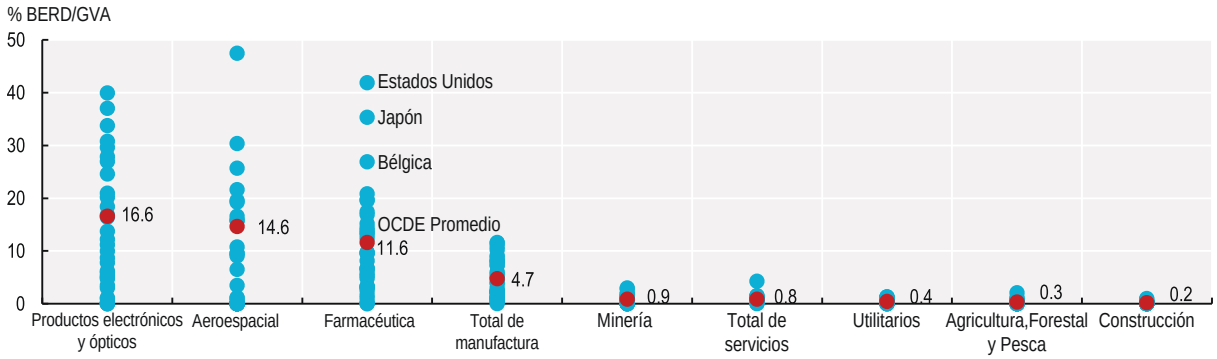
Figura 10.12. **Gasto privado en I+D farmacéutico (BERD) y presupuestos de gobierno para I+D relacionado con la salud (GBARD), 2016 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Main Science and Technology Indicators y fuentes de datos de Research and Development Statistics.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018203

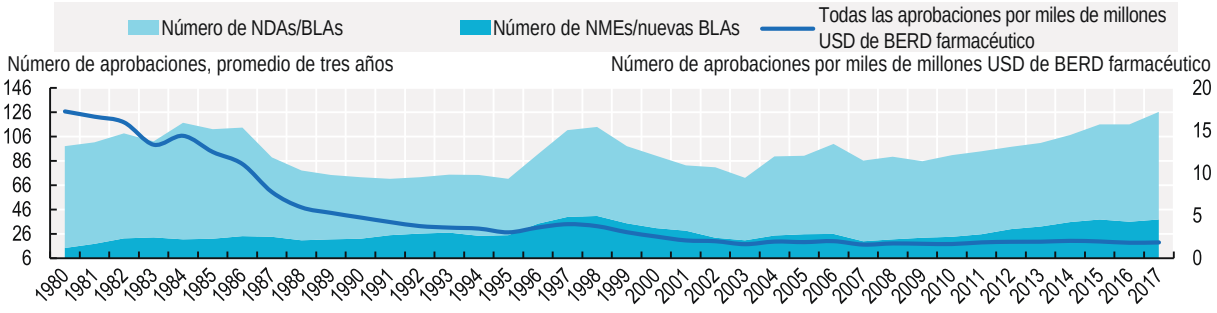
Figura 10.13. **Intensidad de I+D por industria: gasto privado en I&D (BERD) como proporción del valor agregado bruto (GVA), 2016 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Analytical Business Enterprise R&D, Structural Analysis y fuentes de datos del System of National Accounts.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018222

Figura 10.14. **Aprobaciones anuales de nuevos medicamentos por miles de millones USD de gasto privado de la industria farmacéutica en I+D en Estados Unidos, ajustado por inflación, 1980 a 2017**



Fuente: United States Food and Drug Administration; Pharmaceutical Research and Manufacturers of America.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018241





11. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Tendencias demográficas

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

Autoreportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad

Demencia

Seguridad en la prescripción de poblaciones de adultos mayores

Seguridad en cuidados de largo plazo

Receptores de cuidado de largo plazo

Cuidadores informales

Personal de cuidados de largo plazo

Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales

Gasto en cuidados de largo plazo y costos unitarios

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

Tendencias demográficas

En décadas recientes, la proporción de la población de 65 años y mayores casi se duplicó en promedio en los países de la OCDE. La proporción de la población de 65 años y mayores se incrementó de menos de 9% en 1960, a más de 17% en 2017. La disminución de las tasas de fertilidad y el aumento de la esperanza de vida (véase el indicador "Esperanza de vida" en el Capítulo 3), significan que los adultos mayores representan una proporción cada vez más alta de la población en los países de la OCDE.

En los países de la OCDE en promedio, se proyecta que la proporción de población de más de 65 años de edad siga creciendo en las próximas décadas, y crezca de 17.4% en 2017, a 27.1% hacia 2050 (Figura 11.1). En cinco países de la OCDE (Italia, Portugal, Grecia, Japón y Corea), la proporción de población de 65 años y mayores será de más de una tercera parte hacia 2050. En el otro extremo del espectro, la población de 65 años y mayores en Israel, México y Australia, representará menos de 20% del total hacia 2050, debido a las tasas más altas de fertilidad y migración.

Aunque el incremento de población de 65 años y mayores ha sido notable en todos los países de la OCDE, ha sido especialmente rápido para los más viejos -personas de 80 años y mayores. Entre 2017 y 2050, la proporción de población de 80 años y mayores se duplicará con creces en promedio en los países de la OCDE, de 4.6% a 10.1%. Al menos una de cada diez personas tendrá 80 años o más en casi la mitad (17) de los países de la OCDE hacia 2050, y en seis países (Lituania, Portugal, Italia, Grecia, Corea y Japón), más de una de cada 8 personas tendrá 80 años o más.

Aunque la mayoría de los países socios de la OCDE tienen una estructura de población más joven que muchos países miembros, el envejecimiento de su población ocurrirá de forma acelerada de cualquier manera -en algunos hasta más rápida que en muchos países de la OCDE. En China, la proporción de población de 65 años y mayores se incrementará mucho más rápidamente que en los países de la OCDE, en más de tres veces, de 1.8% en 2017 a 8.1% en 2050. Brasil -cuya población de 65 y mayores era apenas la mitad del promedio de la OCDE en 2017- verá un crecimiento igual de rápido, con una proyección de una proporción de casi 22% de la población formada por personas de 65 años y mayores hacia 2050.

La rapidez del envejecimiento de la población ha variado considerablemente en los países de la OCDE, entre los que en particular Japón ha tenido un envejecimiento rápido en las últimas tres décadas (Figura 11.2). Se prevé que en los próximos años Corea experimentará el envejecimiento de la población más rápido entre los miembros de la OCDE, y que la proporción de la población de 80 años y mayores se quintuplicará a partir de un nivel muy inferior a la media de la OCDE en 2017 (3% frente a 4.6%), a 15.1% (muy superior al promedio de la OCDE de 10.1%) hacia 2050. La rapidez de envejecimiento de los países socios de la OCDE, ha sido menor que la de los países miembros, aunque en países grandes como Brasil y China, se acelerará en las próximas décadas.

Una de las implicaciones más importantes del envejecimiento rápido de la población es la disminución del potencial de suministro de mano de obra en la economía, aún a pesar de los recientes esfuerzos de los países para extender la vida laboral. Además, a pesar del aumento de la esperanza de vida saludable observada en años recientes (véase el indicador "Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad"), el envejecimiento de la población seguramente generará una mayor demanda de mano de obra para servicios de largo plazo. Entre 2015 y 2030, se prevé que el número de adultos mayores que necesitarán atención en el mundo se incremente en 100 millones (ILO y OECD 2019[1]). Países como Estados Unidos ya presentan escasez de personal en cuidados de largo plazo, y en los próximos años, más países estarán bajo presión para reclutar y retener personal calificado de cuidados de largo plazo (véase el indicador "Personal de cuidados de largo plazo").

Definición y comparabilidad

Los datos sobre la estructura de la población se han obtenido de proyecciones y datos históricos de población de la OCDE (1950-2050). Las proyecciones se basan en la "variante media" más reciente de proyecciones de población de las Naciones Unidas, World Population Prospects -Revisión 2019.

Referencias

[2] Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, núm. 93, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en.*

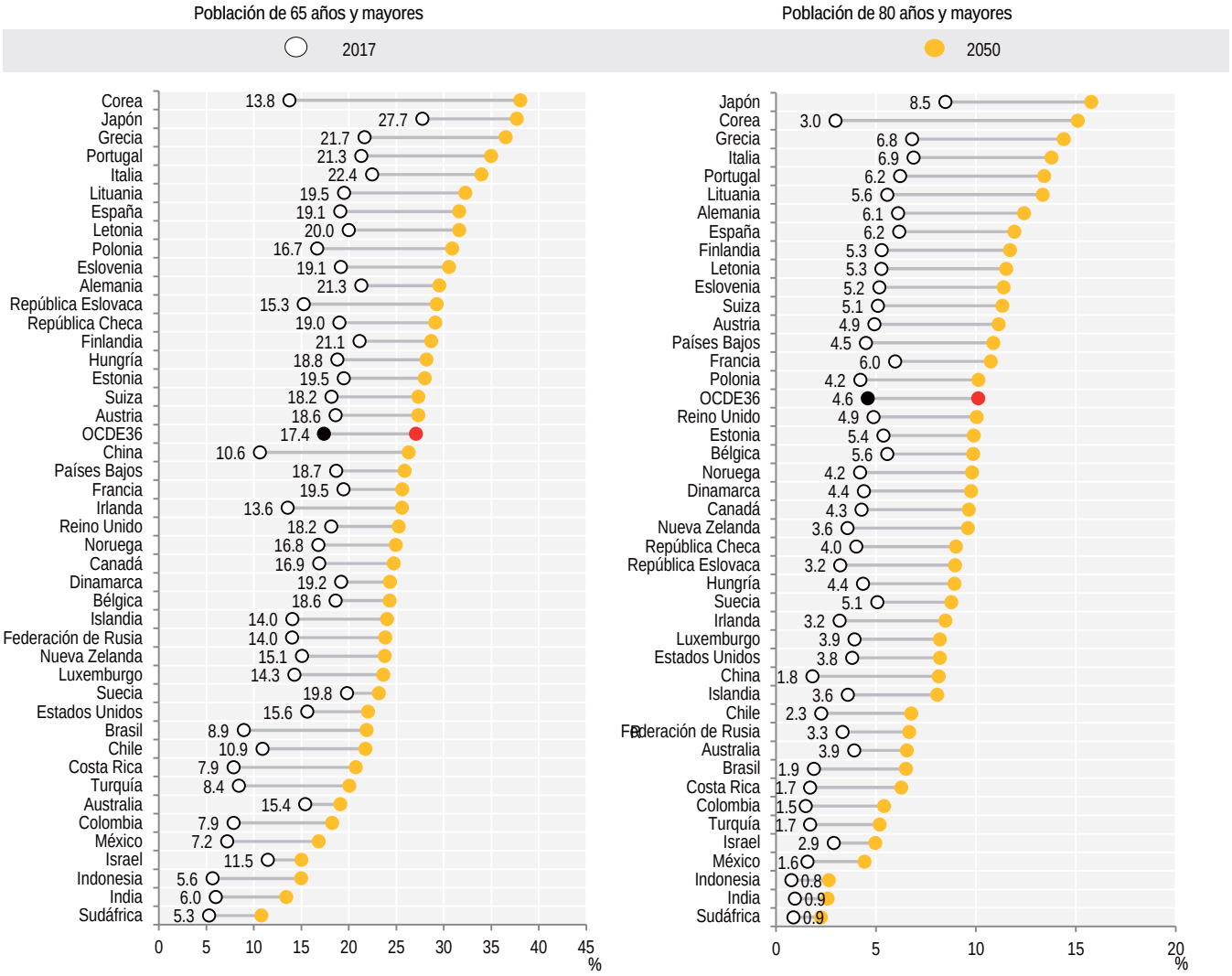
[1] ILO y OECD (2019), "New job opportunities in an ageing society", disponible en *https://www.oecd.org/g20/summits/osaka/ILO-OECD-G20-Paper-1-3-New-job-opportunities-in-an-ageing-society.pdf.*

[3] OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en.*

[4] OECD (2017), *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/pension_glance-2017-en.*

[5] United Nations (2019), "2019 Revision of World Population Prospects", Naciones Unidas, *https://esa.un.org/unpd/wpp/.*

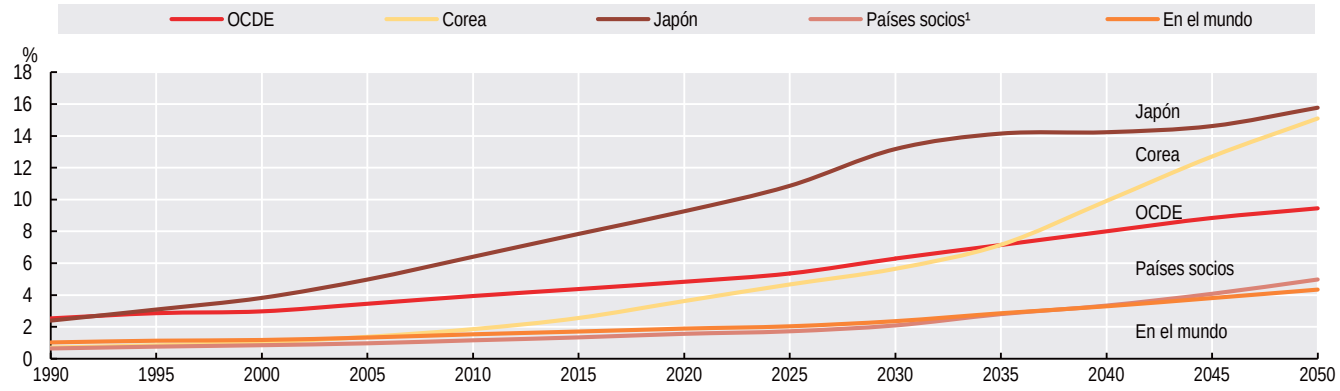
Figura 11.1. **Proporción de población de más de 65 y 80 años, 2017 y 2050**



Source: OECD Health Statistics 2019, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018260

Figura 11.2. **Tendencias en la proporción de población de más de 80 años, 1990-2050**



1. Partner countries include Brazil, China, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, the Russian Federation and South Africa.
Source: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018279

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad

Todos los países de la OCDE han alcanzado enormes avances en esperanza de vida a los 65 años para hombres y mujeres en décadas recientes. En promedio, la esperanza de vida a los 65 años se incrementó en 5.5 años en todos los países entre 1970 y 2017 (Figura 11.3). Cuatro países (Australia, Finlandia, Corea y Japón) lograron incrementos de más de siete años en este período, y solo en uno (Lituania) el incremento fue menor a dos años entre 1970 y 2017.

En los países de la OCDE, las personas de 65 años de edad pueden esperar vivir 19.7 años más en promedio. La esperanza de vida a los 65 años es 2.5 años más alta para mujeres que para hombres de la misma edad. Esta brecha de género no ha cambiado de forma sustancial desde 1970, cuando la esperanza de vida a los 65 años era de 2.9 años más para mujeres que para hombres. Japón alcanzó la esperanza de vida más larga a los 65 años para mujeres (24.4 años) y Suiza para hombres (20 años). Entre los países de la OCDE en 2017, Hungría tuvo la esperanza de vida más corta a los 65 años para mujeres (18.4 años), y Letonia para hombres (14.1 años).

Mientras que todos los países de la OCDE han alcanzado incrementos en la esperanza de vida a los 65 años entre 1970 y 2017, no en todos los años adicionales se disfruta de buena salud. El número de años de vida saludable a los 65 años de edad varía de forma importante entre los países de la OCDE (Figura 11.4). En Europa se calcula regularmente un indicador de esperanza de vida libre de discapacidad conocido como "años de vida saludable", con base en una pregunta general sobre discapacidad en la encuesta European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). En promedio, entre los países de la OCDE que participan en ésta, los años de vida saludable a los 65 años de edad fueron 9.6 para mujeres, y 9.4 para hombres -una diferencia mucho menor que la de la esperanza de vida general a los 65 años entre hombres y mujeres. La esperanza de vida saludable a los 65 años fue de más de 15 años para hombres y mujeres en Noruega, Suecia e Islandia. Para los hombres, esto es cerca de tres años más que el siguiente grupo de países con mejor desempeño (Irlanda y España). La esperanza de vida saludable a los 65 años fue de menos de cinco años para hombres y mujeres en República Eslovaca y Letonia, donde las mujeres pasan casi 80% de los años adicionales de vida con mala salud, en comparación con menos de 30% en Noruega, Suecia e Islandia.

El aumento de la esperanza de vida a los 65 años ha sido más lento en años recientes (Figura 11.5). Se incrementó en 11 meses en promedio en los países de la OCDE entre 2002 y 2007; entre 2012 y 2017, los países aumentaron un poco más de siete meses a la esperanza de vida a los 65 años. Entre 2012 y 2017, el aumento de la esperanza de vida a los 65 fue acelerado solo en ocho países de la OCDE (Chile, Grecia, Israel, Japón, Letonia, Lituania, República Eslovaca y Turquía), en comparación con el período 2002-2007; y en Islandia, la esperanza de vida a los 65 años decreció entre 2012 y 2017. La desaceleración en la esperanza de vida a los 65 años en 2012-2017 en comparación con 2002-2007 puede explicarse parcialmente por la epidemia severa de influenza en 2014-2015 que afectó a la población frágil de mayor edad. A medida que la población envejece, los países de la OCDE tendrán que anticipar sus retos sanitarios, como los brotes de influenza, que pueden afectar desproporcionadamente a la población de adultos mayores, y estar preparados para enfrentarlos, incluyendo garantizar tasas altas de vacunación contra influenza.

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida mide el promedio de años que una persona de una cierta edad puede esperar vivir, si las tasas de mortalidad no cambian. Sin embargo, la tasa de mortalidad específica por edad para una cohorte particular no puede conocerse de manera anticipada. Si las tasas bajan, como ha sido el caso en las últimas décadas en los países de la OCDE, los tiempos de vida reales serán más altos que el cálculo de esperanza de vida con las tasas de mortalidad actuales. La metodología empleada para calcular la esperanza de vida puede variar ligeramente entre países, lo que puede cambiar las estimaciones por fracciones de año. La esperanza de vida a los 65 años de edad es el promedio no ponderado de esperanza de vida a los 65 años de hombres y mujeres. Los incrementos en la esperanza de vida se calcularon como la diferencia en el número de años agregados a la esperanza de vida entre los períodos 2002-2007 y 2012-2017.

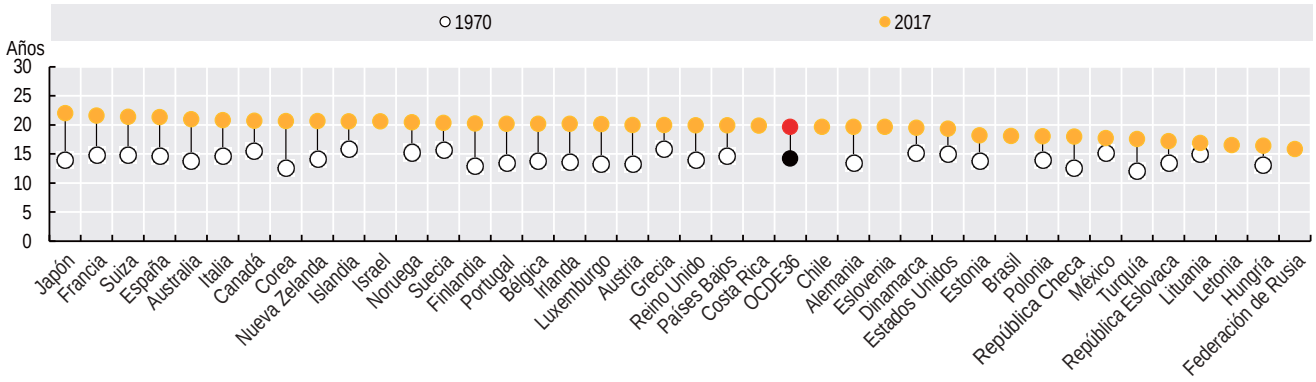
La esperanza de vida sin discapacidad (o "años de vida saludable") se define como el número de años de vida sin limitación de actividad. En Europa, Eurostat calcula este indicador cada año para países de la Unión Europea y algunos de European Free Trade Association (EFTA). La medida de discapacidad se basa en la pregunta referente al Global Activity Limitation Indicator (GALI), que aparece en la encuesta EU-SILC, que se plantea como: "Durante al menos los últimos seis meses, ¿ha estado impedido para realizar las actividades normales de cualquier persona por un problema de salud? Sí, muy limitado / Sí, limitado / No, sin limitación". Aunque el indicador de años de vida saludable es el que mejor comparabilidad tiene hasta el momento, aún existen problemas con la traducción de la pregunta de GALI, aunque sí parece reflejar de manera satisfactoria otras medidas de salud y discapacidad (Jagger et al., 2010[1]). Los datos de la estructura de población se obtuvieron de los datos y proyecciones históricos de población de la OCDE (1950-2050). Las proyecciones se basan en las más recientes proyecciones de población de "variante media" de las Naciones Unidas, World Population Prospects -Revisión 2019.

Referencias

[1] 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.

[2] Mäki, N. et al. (2013), "Educational Differences in Disability-free Life Expectancy: A Comparative study of Long-standing Activity Limitation in Eight European Countries", *Social Science & Medicine*, vol. 94, pp. 1-8.

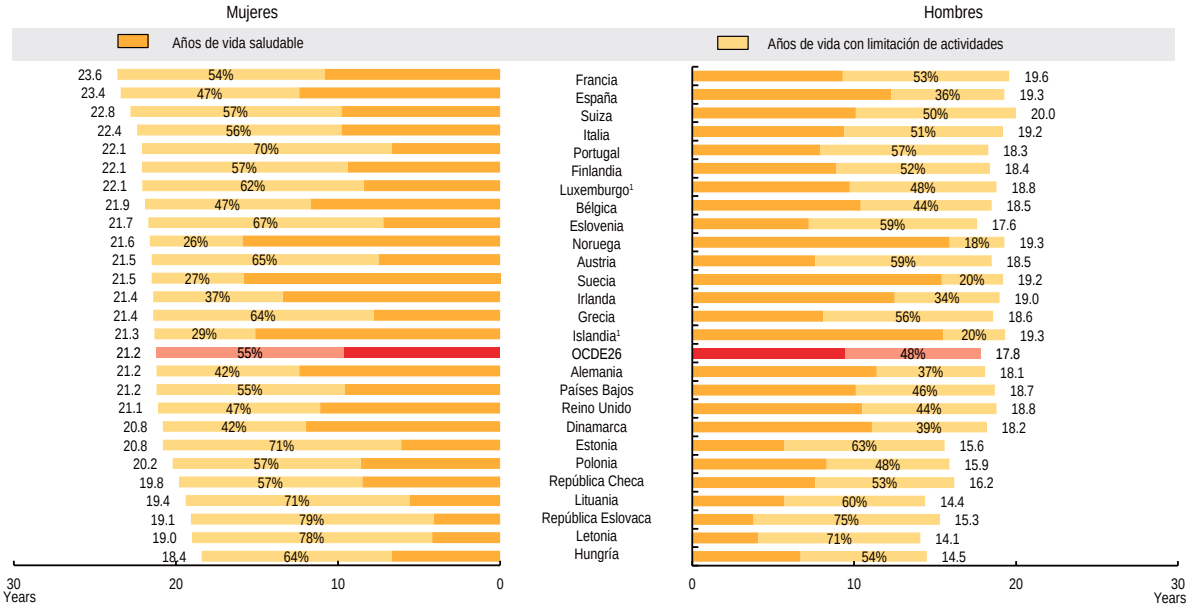
Figura 11.3. **Esperanza de vida a los 65 años, 1970 y 2017 (o año más cercano)**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018298

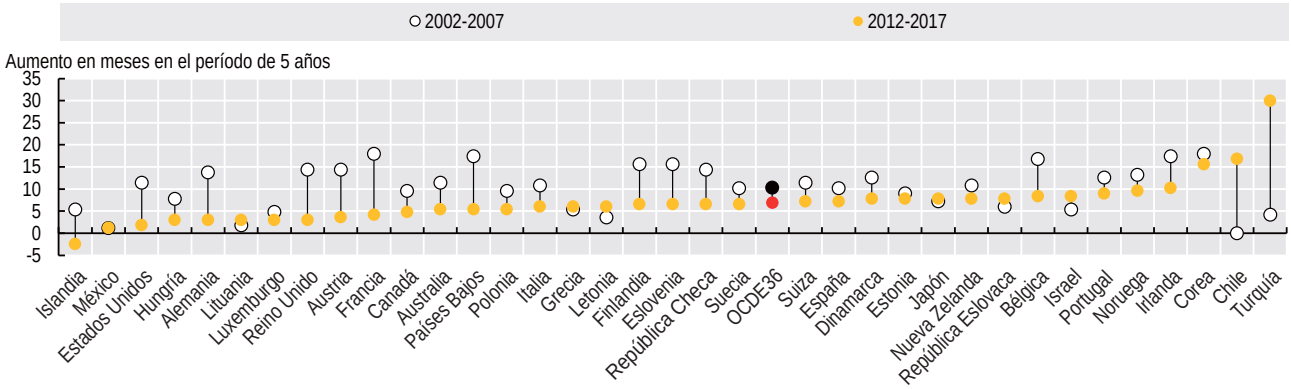
Figura 11.4. **Life expectancy and healthy life years at age 65, by sex, 2017 (or nearest year)**



Nota: La comparabilidad de datos es limitada debido a factores culturales y diferencias en la formulación de preguntas en EU-SILC.
1. Promedio de tres años (2015-17).
Source: Eurostat Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018317

Figure 11.5. **Desaceleración del aumento en la esperanza de vida**



Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018336

Autoreportes de salud y discapacidad a los 65 años de edad

Aunque la esperanza de vida a los 65 años ha aumentado en todos los países de la OCDE, muchos adultos mayores pasan una buena parte de sus vidas en condiciones de salud entre razonables y malas (véase el indicador "Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años de edad"). En 2017, más de la mitad de la población de 65 años y mayores en 35 países de la OCDE reportaron una de las tasas más altas de salud regular o mala (Figura 11.6). En los países de la OCDE de Europa del Este, más de tres cuartas partes de la población de 65 años y mayores en Lituania, Letonia, Estonia, Hungría, Polonia y República Eslovaca consideraron su salud regular, mala o muy mala. También en Portugal y Corea se reportaron tasas altas de salud mala . Es un poco más probable que las mujeres consideren su salud regular o mala que los hombres, ya que en promedio, 59% de las mujeres reportan que su salud es regular, mala o muy mala en todos los países de la OCDE, en comparación con 54% de los hombres. Menos de 40% del total de la población de 65 años y mayores reportaron estar en condiciones de salud razonable o mala en cinco países europeos (Noruega, Irlanda, Suiza, Suecia y Países Bajos). La tasa más baja de salud regular o mala para mujeres se presentó en Irlanda (31%), mientras que para hombres fue en Noruega (también 31%).

En todos los países de la OCDE donde se dispone de información, es más probable que las personas mayores en el quintil de ingresos más bajos consideren su salud regular o mala (dos de cada tres personas) que aquellos en el quintil de ingresos más altos (menos de uno de cada dos) (Figura 11.7). En todos los países, excepto Luxemburgo, la brecha entre los autoreportes de salud regular o mala entre la población de los quintiles de más bajo y más alto ingreso es mayor a 14 puntos porcentuales. En cinco países -Islandia, Noruega, Finlandia, Suecia e Irlanda- es dos veces más probable que las personas de 65 años y mayores en el quintil de ingresos más bajos reporten vivir en condiciones regulares o malas de salud, en comparación con las personas del quintil de ingresos más altos.

En los 26 países europeos de la OCDE, 50% de la población de 65 años y mayores reportaron tener al menos una limitación en sus actividades diarias; de los cuales 33% reportaron algunas limitaciones, y el restante 17% reportaron limitaciones severas (Figura 11.8). Muchos de los países con las tasas más altas de autoreportes de mala salud, también reportaron tasas altas de limitaciones en las actividades diarias de adultos de 65 años y mayores. En República Eslovaca y Letonia, tres de cuatro adultos de 65 años y mayores reportaron al menos algunas limitaciones en las actividades de la vida diaria; mientras que en estos países y además Estonia, uno de cada cuatro adultos de 65 años y mayores reportaron limitaciones severas. En comparación, alrededor de una de cada cinco personas de 65 años y mayores en Suecia (21%) y Noruega (22%), reportaron tener limitaciones en sus actividades diarias, y menos de una de cada 12 personas reportó tener limitaciones severas en ambos países.

Definición y comparabilidad

Los reportes de estado de salud reflejan la percepción general que tiene la gente sobre su salud, incluyendo las dimensiones física y psicológica. Los encuestados normalmente responden preguntas del tipo "¿Cómo calificaría su salud en general? Muy buena, buena, regular, mala, muy mala". OECD Health Statistics reporta cifras de la proporción de personas que califican su salud como "buena/mala o muy mala" combinadas.

Se requiere cautela al hacer comparaciones en la percepción del estado de salud entre países, por lo menos por dos razones. En primer lugar, la valoración que hace la gente de su salud es subjetiva y puede ser afectada por factores culturales. En segundo lugar, existen variaciones en las categorías de preguntas y respuestas utilizadas para medir la percepción de estado de salud entre encuestas y países. En particular, la escala de respuestas utilizada en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, y Estados Unidos, es asimétrica (sesgada hacia el lado positivo), incluyendo las categorías "excelente, muy buena, buena, razonable, mala". Los datos reportados en OECD Health Statistics se refieren a los encuestados que responden una de las dos respuestas negativas ("mala, muy mala"). En contraste, en la mayoría de los demás países de la OCDE la escala es simétrica, con categorías "muy buena, buena, razonable, mala, muy mala". Los datos de estos países se refieren solamente a las últimas tres categorías ("razonable, mala, muy mala"). Estas diferencias en las categorías de las respuestas generan un sesgo ascendente para los países que usan una escala asimétrica.

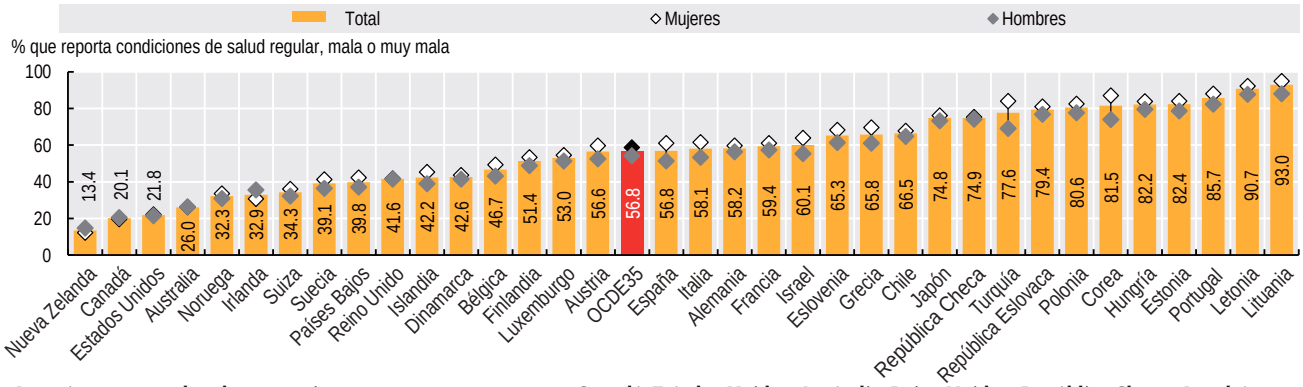
La categoría de limitaciones en las actividades diarias se mide con el Global Activity Limitation Indicator (GALI), que aparece en la encuesta European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), con la pregunta "Al menos en los últimos seis meses, ¿se ha sentido obstaculizado por un problema de salud en las actividades diarias? Sí, muy limitado; Sí, limitado; No, no limitado". Las personas internadas en instituciones no son encuestadas, lo que resulta en una subestimación de la prevalencia de la discapacidad. De nuevo, la medida es subjetiva, y los factores culturales pueden afectar las respuestas.

Referencias

[1] Hirosaki, M. et al. (2017), "Self-rated Health Is Associated with Subsequent Functional Decline Among Older Adults in Japan", *International Psychogeriatrics*, vol. 29, núm. 9, pp. 1475-1483, disponible en *http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217000692*.

[2] Schnittker, J. y V. Bacak (2014), "The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health", PLoS ONE, vol. 9, núm. 1, e84933, disponible en *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933*.

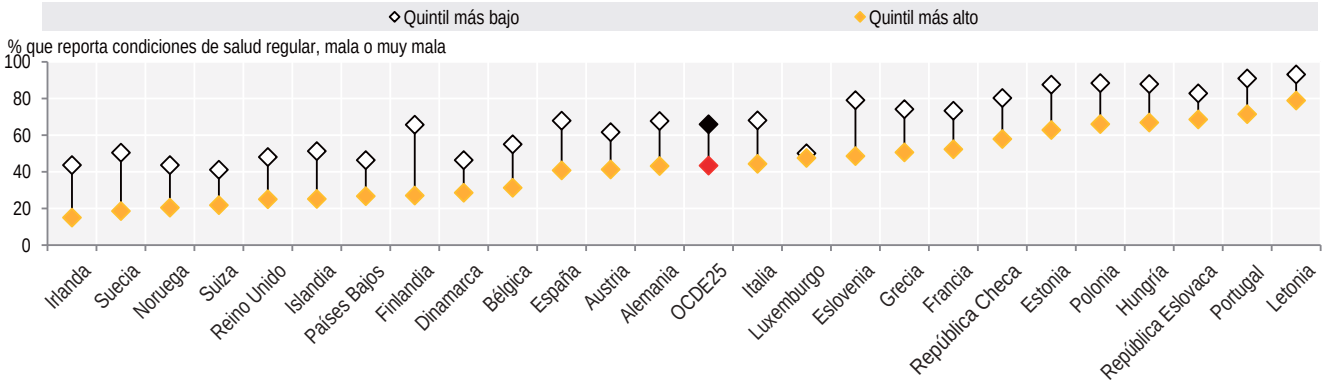
Figura 11.6. **Percepción de adultos de 65 años y mayores de su estado de salud como regular, mala o muy mala, 2017 (o año más cercano)**



Nota: Los números para hombres y mujeres son muy cercanos para Canadá, Estados Unidos, Australia, Reino Unido y República Checa. Los datos para Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos y Australia tienen un sesgo descendente en relación con otros países, y no son directamente comparables.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018355

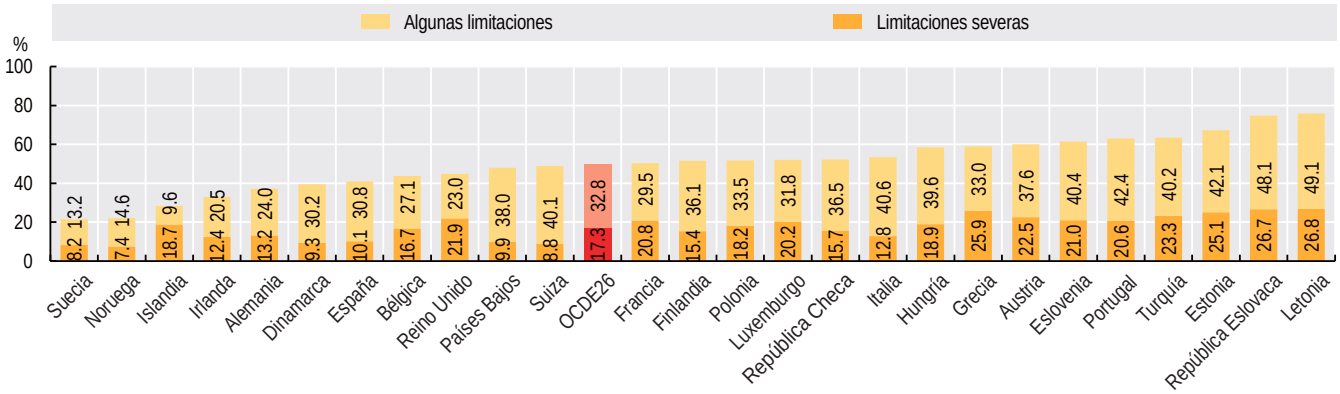
Figura 11.7. **Percepción de adultos de 65 años y mayores de su estado de salud como regular, mala o muy mala, por nivel de ingreso, países europeos, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: Eurostat Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018374

Figura 11.8. **Limitaciones en las actividades diarias en adultos de 65 años y mayores, países europeos, 2017 (o año más cercano)**



Fuente: Eurostat Database.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018393

Demencia

La demencia representa uno de los más grandes retos asociados con el envejecimiento de la población. El término demencia describe una variedad de desórdenes mentales, como la enfermedad de Alzheimer, que causa progresivamente daño cerebral y deterioro de la capacidad funcional y las relaciones sociales de las personas. A pesar de que se invierten miles de millones de dólares en investigación de trastornos relacionados con la demencia, aún no existe una cura o tratamiento que pueda modificar la enfermedad sustancialmente.

Se calcula que casi 20 millones de personas en los países de la OCDE padecían demencia en 2019. Si esta tendencia continúa, esta cifra será más del doble hacia 2050, alcanzando casi 41 millones de personas en países de la OCDE. La edad sigue siendo el factor de riesgo más importante: en los 36 países de la OCDE, la prevalencia promedio de demencia aumenta de 2.3% entre personas de 65-69 años de edad, a casi 42% entre personas de 90 años y mayores. Esto significa que a medida que las poblaciones envejecen, el número de personas que padecen demencia se incrementará -particularmente a medida que la proporción de población de más de 80 años aumenta. Actualmente los países con las poblaciones de mayor edad en la OCDE -como Japón, Italia y Alemania- también tienen la mayor prevalencia de demencia. En promedio, se calcula que 15 personas de cada 1 000 habitantes en los países de la OCDE tienen demencia (Figura 11.9). En siete países, más de 20 personas por cada 1 000 habitantes padecen algún trastorno relacionado con la demencia. Hacia 2050, en todos los países de la OCDE, excepto República Eslovaca, Israel y Hungría, la prevalencia de demencia será de más de 20 personas por cada 1 000 habitantes, y en cuatro países (Japón, Italia, Portugal y España), más de una de cada 25 personas padecerá demencia.

Sin embargo, aún cuando no hay un tratamiento disponible, los sistemas de salud y trabajo social pueden hacer mucho para mejorar la atención y la calidad de vida de las personas que padecen demencia y sus familias. En años recientes, al menos 25 países de la OCDE desarrollaron o anunciaron planes nacionales o estrategias para demencia, y hay esfuerzos crecientes para reducir el estigma asociado con la demencia y adaptar mejor las comunidades e instalaciones de atención para atender las necesidades de las personas con demencia (OECD, 2018[1]).

Aunque los medicamentos antipsicóticos pueden reducir los síntomas psicológicos y de conducta que afectan a muchas personas con demencia, la disponibilidad de intervenciones no farmacológicas efectivas, los riesgos de salud y cuestiones éticas asociados con los medicamentos antipsicóticos, implican que se recomienden sólo como último recurso. Sin embargo, el uso inapropiado de estos medicamentos sigue siendo extenso y la reducción del abuso de los mismos es una política prioritaria para muchos países de la OCDE. En 16 países de la OCDE en 2017, más de 5% de los adultos de 65 años de edad y mayores recibieron una prescripción de medicamentos antipsicóticos. Esto enmascara la amplia variación de tasas de prescripción entre países. Con excepción de Letonia, la prescripción de antipsicóticos varía en un factor de tres y medio en la mayoría de los países de la OCDE, de 29 prescripciones por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores en Suecia, a más de 99 prescripciones por cada 1000 habitantes en Irlanda. Adicionalmente, las tasas de prescripción de antipsicóticos estandarizadas por edad fueron más altas para mujeres que para hombres en todos los países de la OCDE. En promedio en 16 países de la OCDE, es 23% más probable que se prescriban medicamentos antipsicóticos a mujeres que a hombres (Figura 11.10).

Definición y comparabilidad

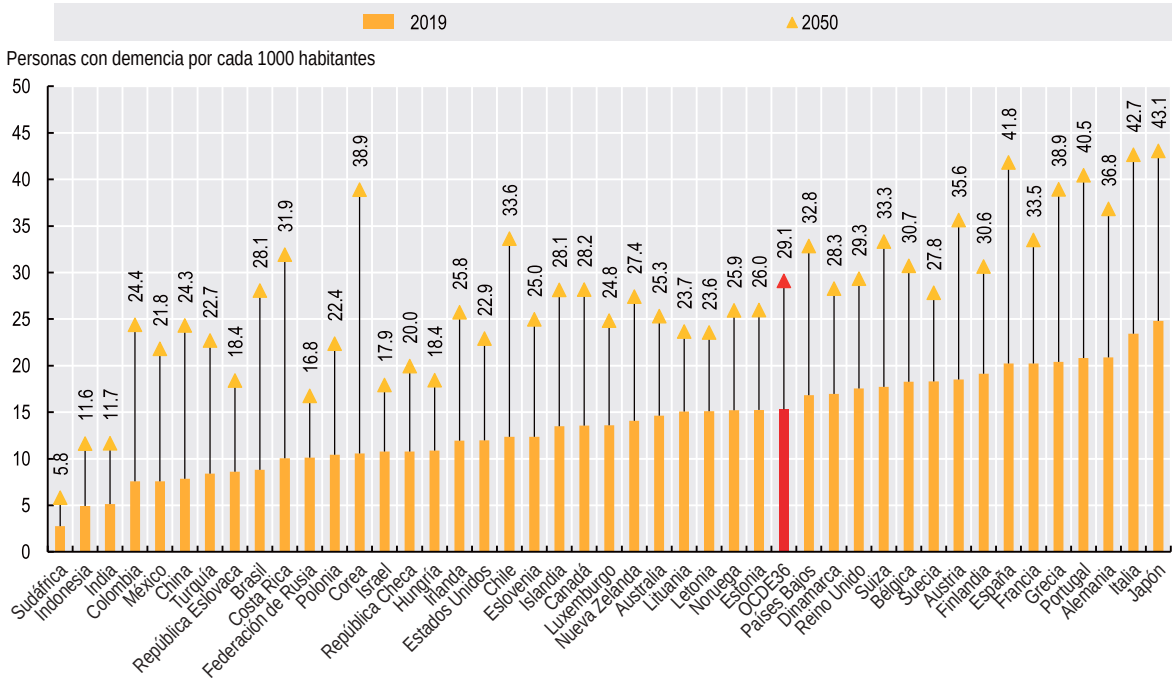
Los estimados de prevalencia de la Figura 11.9 provienen de World Alzheimer Report 2015, que incluye una revisión sistemática de estudios de prevalencia de demencia en el mundo. La prevalencia por país se ha calculado aplicando los índices de prevalencia específicos por edad para las regiones relevantes a los estimados de población de las Naciones Unidas (World Population Prospects: The 2017 Revision). Las diferencias entre países por lo tanto, dependen de la estructura de edad de la población; es decir, los países con mayor población de edad avanzada tienen más personas con demencia. El análisis de World Alzheimer Report 2015 incluye estudios llevados a cabo desde 1980, con la suposición que la prevalencia relacionada con la edad es constante a lo largo del tiempo. Esta suposición se mantiene en la construcción de este indicador, para aplicar índices de prevalencia específicos por edad fijos tanto para 2017 como para 2050. Aunque los índices de prevalencia específicos por género están disponibles en algunas regiones, en este análisis se usaron tasas generales.

Los medicamentos antipsicóticos se definen de manera consistente en todos los países utilizando los códigos ATC (Anatomical Therapeutic Classification). El numerador incluye a todos los pacientes con registros médicos con una prescripción de un medicamento en ATC subgrupo N05A. El denominador es el número total de personas en el registro. La mayoría de los países no tienen capacidad para identificar las prescripciones de personas con demencia, por lo que el indicador de antipsicóticos comprende a toda la población de más de 65 años. Para Países Bajos y Suecia, el denominador incluye a todas las personas de 65 años y mayores que han recibido al menos una prescripción de cualquier tipo, de modo que la tasa de prescripción de antipsicóticos puede estar ligeramente sobreestimada en comparación con otros países. En Letonia el numerador incluye solo prescripciones de servicios básicos. Muchas prescripciones de antipsicóticos son hechas por especialistas, por lo que es posible que haya un subregistro de la proporción de personas que recibieron una prescripción. Se requiere cautela al hacer inferencias acerca de la población con demencia, puesto que no hay certeza de que un índice más alto de prescripción entre la población de más de 65 años de edad se traduzca en más prescripciones para personas con demencia. Sin embargo, las mediciones en este indicador, la exploración de las razones de la variación y la reducción del uso inapropiado pueden ayudar a mejorar la calidad de la atención de demencia.

Referencias

[1] OECD (2018), *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en*.

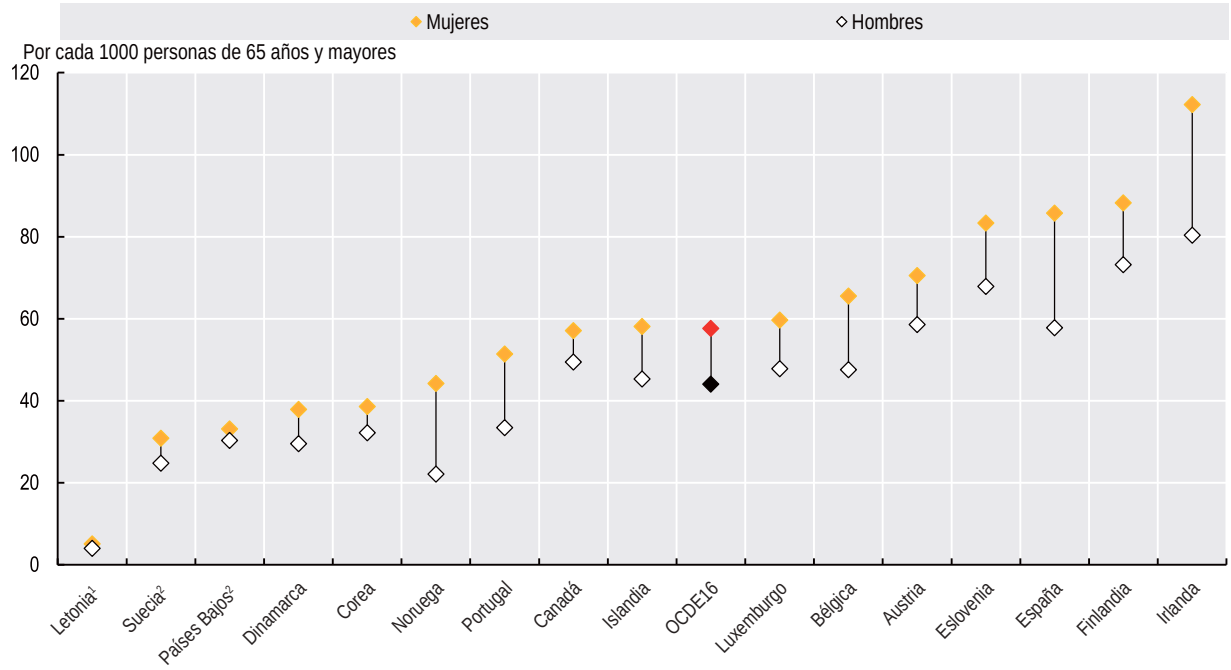
Figura 11.9. **Prevalencia estimada de demencia. 2019 y 2050**



Fuente: Análisis de la OCDE de datos de World Alzheimer Report 2015 y Naciones Unidas.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018412

Figura 11.10. **Tasas de prescripción de antipsicóticos por género, 2017 (o año más cercano)**



1. Los datos de Letonia incluyen únicamente pacientes que reciben prescripción en servicios básicos. 2. Los datos de Países Bajos y Suecia se refieren a todas las personas que tienen al menos una prescripción de cualquier tipo.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018431

Seguridad en la prescripción de poblaciones de adultos mayores

La prescripción es un componente crítico de la atención de adultos mayores. El envejecimiento y la morbilidad múltiple con frecuencia requieren que los pacientes tomen diferentes medicamentos (polifarmacia) por periodos largos. Aunque la polifarmacia se justifica en muchos casos para la gestión de padecimientos múltiples, cuando es inapropiada incrementa el riesgo de eventos adversos de medicación (ADEs, por sus siglas en inglés), medicación errónea y daño, que resultan en caídas, episodios de confusión y delirio. Las diferentes iniciativas para mejorar la seguridad en la medicación y prevenir daños incluyen revisiones continuas de los medicamentos y mayor coordinación entre la red de médicos que prescriben y los farmacéuticos en la vía de atención del paciente. Los ADE causan 8.6 millones de hospitalizaciones no planeadas en Europa cada año (Mair et al., 2017[1]). La polifarmacia es una de las tres áreas clave de acción del tercer Global Patient Safety Challenge de la OMS (WHO, 2019[2]).

La variación de las tasas de polifarmacia en adultos mayores entre una selección de 14 países con cobertura de información más amplia, es de más de 11 veces, con las tasas más bajas en Turquía, y las más altas en Luxemburgo. Entre los países que solo tienen datos de servicios básicos, las tasas de polifarmacia varían casi tres veces, con la más baja en Finlandia y la más alta en Corea (Figura 11.11). Estas amplias variaciones pueden explicarse parcialmente por el establecimiento de iniciativas dirigidas a la polifarmacia en algunos países, que incluyen reembolsos relacionados y políticas de prescripción. Los países en los que no se pueden separar los datos de prescripción en servicios básicos y cuidados de largo plazo, tienen un promedio más alto y tasas de variación de polifarmacia mayores que los países que solo tienen datos de servicios básicos.

Los opioides son usados con frecuencia para tratar el dolor (véanse los indicadores "Uso de opioides" en el Capítulo 4, y "Prescripción en servicios primarios" en el Capítulo 6) y se asocian con índices altos de admisiones de urgencia causadas por ADEs en adultos mayores (Lown Institute, 2019[3]). La Figura 11.12 muestra que en todos los países, excepto Canadá, el volumen total de consumo de opioides más alto es el de los adultos mayores. En los países de la OCDE, los adultos mayores consumen en promedio 1.5 veces más que el volumen promedio del grupo de 50-69 años de edad, y casi cinco veces más que el volumen consumido por el grupo de 18-49 años de edad. Los volúmenes más altos de consumo de opioides entre adultos mayores se presentan en Luxemburgo, y los más bajos en Turquía. Esta variación puede explicarse parcialmente por diferencias en la práctica clínica de gestión del dolor, así como diferencias en la reglamentación, marcos legales para opioides, políticas de prescripción y guías de tratamiento.

A pesar del riesgo de efectos laterales adversos, como fatiga, mareo y confusión, las benzodiazepinas se prescriben con frecuencia a adultos mayores para tratar la ansiedad y desórdenes de sueño. El uso prolongado de benzodiazepinas puede provocar eventos adversos (caídas, accidentes de tránsito y sobredosis), tolerancia, dependencia, y aumento de la dosis. Además del periodo de uso, también hay preocupación por el tipo de benzodiazepina prescrita, ya que los de larga duración no se recomiendan para adultos mayores pues su organismo tarda más tiempo en eliminarlos (OECD, 2017[4]). Choosing Wisely (2019[5]) ha identificado la prescripción inapropiada de benzodiazepinas como un área prioritaria para mejorar el uso racional de medicamentos entre las poblaciones de adultos mayores. Se presentó un decremento en promedio en el uso de benzodiazepinas entre 2012 y 2017 en los países de la OCDE (Figura 11.13). La mayor reducción en uso crónico se observó en Islandia y Finlandia, y en el uso de benzodiazepinas de larga duración, las reducciones mayores fueron las de Corea y Noruega. La amplitud de la variación puede explicarse parcialmente por las diferencias en políticas de reembolso y prescripción de benzodiazepinas, y las diferencias en la prevalencia de enfermedades y guías de tratamiento.

Definición y comparabilidad

Para más detalles sobre la definición y comparabilidad de datos de prescripción en todos los países, véase el recuadro "Definición y comparabilidad" en el indicador "Prescripción en servicios primarios" en el Capítulo 6.

Referencias

[5] Choosing Wisely (2019), *Choosing Wisely*, disponible en *https://www.choosingwisely.org/*.

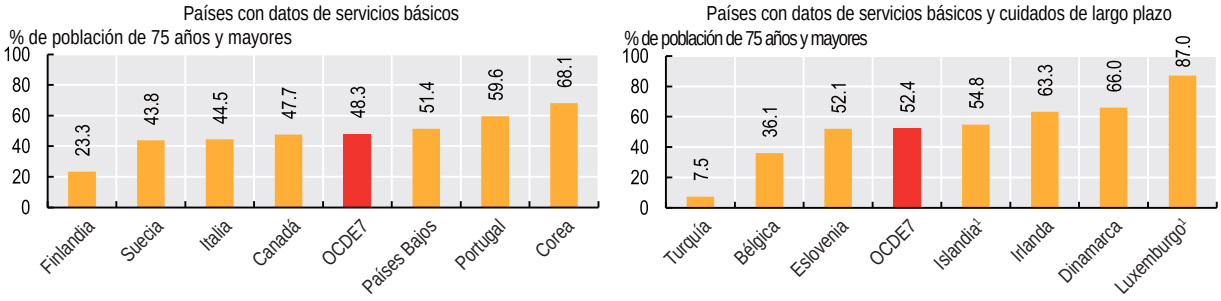
[3] Lown Institute (2019), *Medication Overload: America's Other Drug Problem*, disponible en *https://lowninstitute.org/wp-content/uploads/2019/04/medication-overload-lown-web.pdf*.

[1] Mair, A. et al. (2017), *The Simpathy consortium. Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge*, SIMPATHY Consortium, Coimbra, disponible en *http://www.simpathy.eu/*.

[4] OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

[2] WHO (2019), *The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences*, disponible en *https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/*.

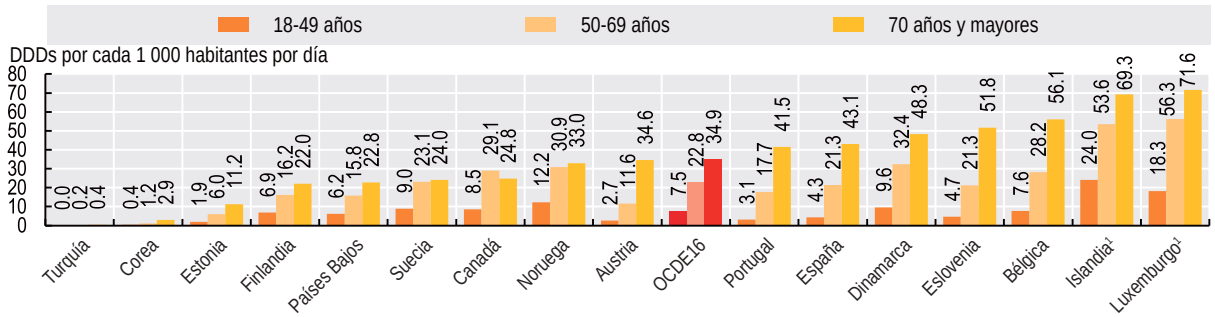
Figura 11.11. **Polifarmacia en adultos de 75 años y mayores: servicios básicos y cuidados de largo plazo, 2017 (o año más cercano)**



Nota: La cronicidad se define con base en el uso de más de 90 DDDs/días en un año determinado, excepto en los resultados de Turquía, Irlanda, Dinamarca, Finlandia y Portugal que usan el número de prescripciones (cuatro y más) en un año determinado. Se excluyen productos dermatológicos de uso tópico.
1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018450

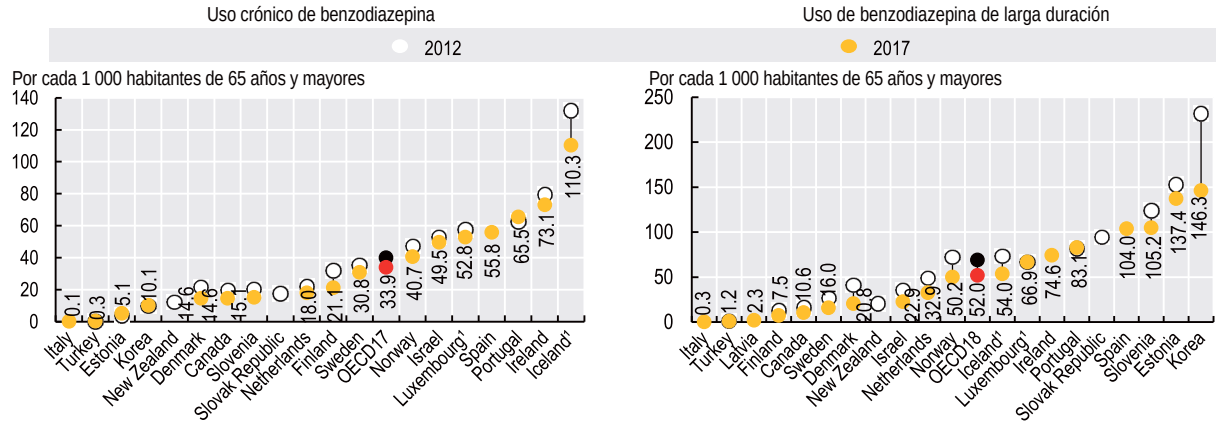
Figura 11.12. Prescripción de opioides a todos los grupos de edad, 2017 (o año más cercano)



Nota: Los datos excluyen productos usados en el tratamiento de adicciones.
1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018469

Figura 11.13. **Tendencias en el uso de benzodiazepina en adultos de 65 años y mayores, 2012-17 (o años más cercanos)**



1. Promedio de tres años.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018488

Seguridad en cuidados de largo plazo

A medida que la población de los países de la OCDE envejece, un número cada vez mayor de personas requerirán servicios de cuidado de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), como residencias de ancianos e instalaciones de LTC (véase el indicador "Receptores de cuidados de largo plazo"). Proporcionar cuidados seguros para estos pacientes es un reto clave para los sistemas de salud de la OCDE, pues los residentes en instalaciones de LTC son más frágiles, están más enfermos, y presentan otros factores de riesgo para el desarrollo de eventos que comprometen la seguridad del paciente, como infecciones asociadas con los servicios (HAIs, por sus siglas en inglés) y úlceras por presión (OECD/European Commission, 2013[1]).

Las infecciones asociadas con los servicios pueden incrementar significativamente la morbilidad, y mortalidad de los pacientes, y el costo para el sistema de salud. En el sector de cuidados intensivos, se calcula que sólo las HAI representan 3-6% del presupuesto de los hospitales (Slawomirski et al., 2017[2]). Estas infecciones generalmente se consideran prevenibles a través de medidas estándar de prevención e higiene. Las HAIs más comunes en instalaciones de cuidados de largo plazo son infecciones del tracto urinario, infecciones del tracto respiratorio inferior, infecciones de la piel y tejidos blandos (Suetens et al., 2018[3]).

En 2016-17, la prevalencia promedio de HAIs entre residentes de instalaciones de LTC en países de la OCDE fue 3.8% (Figura 11.14). La proporción más baja se presentó en Lituania, Hungría, Suecia, Alemania y Luxemburgo (menos de 2%) y la más alta en Dinamarca, Portugal, Grecia y España (más de 5%).

El impacto de las HAIs se incrementa por el aumento de bacterias resistentes a los antibióticos, que causan infecciones difíciles y hasta imposibles de tratar. La Figura 11.15 muestra las proporciones de bacterias resistentes a los antibióticos aisladas de residentes en instalaciones de LTC. En promedio, más de una cuarta parte de las bacterias aisladas presentaron resistencia a los antibióticos, lo que es casi equivalente a los niveles observados en cuidados intensivos en hospitales, donde la resistencia a los antibióticos se considera una amenaza muy importante.

Las úlceras por presión son otra cuestión preocupante sobre la seguridad de los pacientes en instalaciones de LTC. Una úlcera por presión es una lesión en la piel o el tejido subcutáneo causada por presión constante, y se presentan con frecuencia en pacientes con movilidad limitada. Las úlceras por presión pueden causar complicaciones como infecciones, y tienen un costo de hasta EUR 170 por paciente por día en contextos de LTC (Demarré et al., 2015[4]).

En los países de la OCDE, la tasa de prevalencia promedio de úlceras por presión en una selección de instalaciones de LTC fue 5.35% (Figura 11.16). Las tasas más altas de prevalencia de úlceras por presión se observaron en España, Italia y Portugal, casi el doble del promedio de la OCDE, mientras que Lituania, Hungría y Luxemburgo reportaron las más bajas, inferiores a 3%.

Definición y comparabilidad

Los datos provienen de encuestas de prevalencia puntual realizadas entre 2016 y 2017 por European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en las instalaciones de LTC participantes. Las instalaciones en los datos de ECDC incluyen hogares de ancianos en general, y una mezcla de instalaciones residenciales y de cuidados de largo plazo, y excluyen instalaciones de cuidados de largo plazo especializados, según lo define ECDC. En los datos de CDC sólo se incluyen hogares de ancianos. Las encuestas de prevalencia puntual son actualmente la mejor herramienta para recolectar datos comparables internacionalmente, pero están sujetas a sesgos debido a la selección de instalaciones, prácticas locales de registro y capacitación de los observadores. Los países señalados con baja representatividad tuvieron poca participación de las instalaciones de LTC, lo que puede generar mayor variación o sesgos en los cálculos.

Los cálculos de prevalencia de úlceras por presión consideran todos los grados o categorías, incluyendo grado I. La precisión para reconocer úlceras por presión puede variar considerablemente, particularmente porque esta medición no es el objetivo principal de la recolección de datos. Los datos de HAI consideran neumonía asociada con servicios de salud, infecciones de tracto urinario, infecciones en el campo quirúrgico, infecciones por Clostridium difficile e infecciones primarias del torrente sanguíneo. Los datos de proporción de resistencia se basan en un indicador compuesto de resistencia a los antibióticos desarrollado por ECDC (Suetens et al., 2018).

Los datos de prevalencia de HAI y de úlceras por presión no están ajustados. Existen muchos factores -como la edad del paciente, movilidad limitada, uso de dispositivos médicos invasivos- que pueden incrementar el riesgo de desarrollar una HAI o una úlcera por presión y pueden influenciar la variación de las tasas entre países. Uno de estos factores -la proporción de residentes con movilidad limitada- se señala por país en las figuras correspondientes.

Referencias

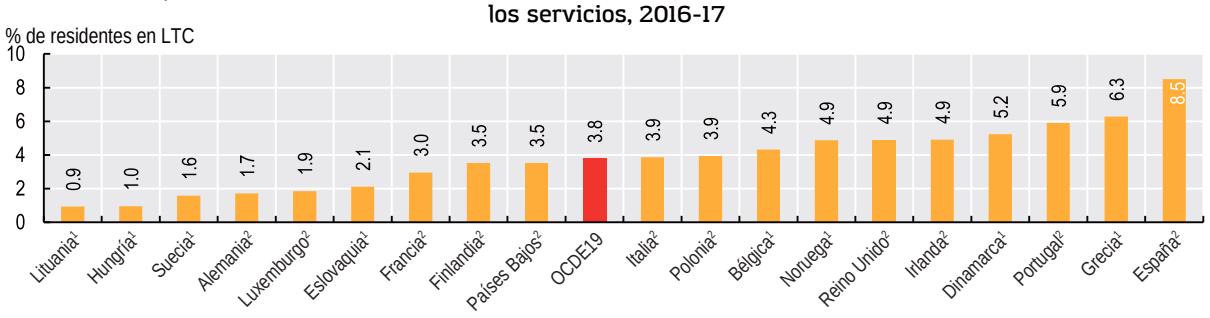
[4] Demarré, L., et al. (2015). "The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review", *International journal of nursing studies*, vol. 52, núm. 11, pp. 1754-1774.

[1] OECD/European Commission (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/9789264194564-en*.

[3] Suetens, C. et al. (2018), "Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017", *Euro Surveill.*, vol. 23, núm. 46, disponible en *https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516*.

[2] Slawomirski, L., A. Auraaen y N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", *OECD Health Working Papers*, núm. 96, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en*.

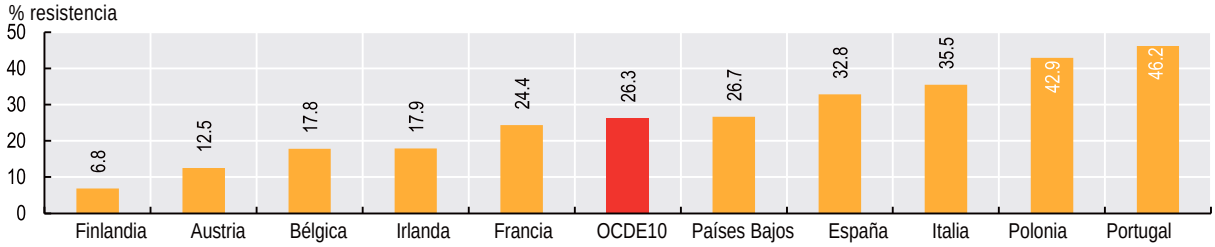
Figura 11.14. **Porcentaje de residentes en instalaciones de cuidados de largo plazo con al menos una infección asociada con los servicios, 2016-17**



1. Representatividad limitada de los países. 2. Menos de 40% de los residentes de la muestra estaban en silla de ruedas o en cama. 3. Entre 40% y 50% de los residentes de la muestra estaban en silla de ruedas o en cama.
Fuente: ECDC.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018507

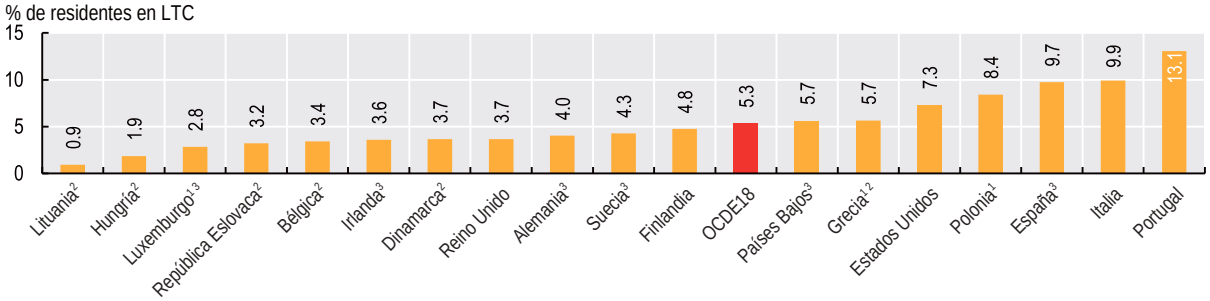
Figura 11.15. **Proporción de bacterias resistentes a antibióticos aisladas de infecciones asociadas con los servicios en cuidados de largo plazo, 2016-17**



Nota: Basado en el indicador compuesto de resistencia a los antibióticos desarrollado por ECDC. Sólo se incluyen países con más de 15 bacterias aisladas.
Fuente: ECDC.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018526

Figura 11.16. **Porcentaje de residentes en instalaciones de cuidados de largo plazo con al menos una úlcera por presión, 2016-17**



1. Menos de 45% de los residentes de la muestra estaban en silla de ruedas o en cama. 2. Más de 45% de los residentes de la muestra estaban en silla de ruedas o en cama. 3. No hay datos disponibles sobre la proporción de residentes en silla de ruedas o en cama.
Fuente: ECDC, CDC.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018545

Receptores de cuidados de largo plazo

En los países de la OCDE, un promedio de 10.8% de las personas de 65 años y mayores recibieron cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) en 2017. Esto representa un incremento de 5% en comparación con 2007 (Figura 11.17). Más de una de cada cinco personas de 65 años y mayores recibieron servicios de LTC en Suiza (22%) e Israel (20%), en comparación con menos de 5% en República Eslovaca (4%), Canadá (4%), Irlanda (3%), Portugal (2%), y Polonia (1%).

La mayoría de los receptores de LTC son adultos mayores (Figura 11.18). Aunque también se prestan servicios a grupos de discapacitados jóvenes, las personas tienen mayor probabilidad de desarrollar discapacidades y requerir apoyo de servicios de LTC a medida que envejecen. En 2017, solo un promedio de 21% de los receptores en los países de la OCDE tenían menos de 65 años, y otro 27% tenían entre 65 y 79 años. Los adultos de 80 años y mayores representan la mayoría de los receptores de LTC en los países de la OCDE. En promedio, 51% de los receptores de LTC en los países de la OCDE eran de 80 años y mayores en 2017. En Japón, dos terceras partes de los receptores eran de este grupo de edad, y las personas en el grupo de 0-64 años representaron sólo 3% de los receptores de LTC.

Aunque el envejecimiento de la población es un factor significativo en el crecimiento de usuarios de LTC en el tiempo, la variación entre países de la proporción de receptores de LTC de mayor edad -principalmente servicios de LTC públicos- sugiere que hay otros factores que determinan el uso de LTC. Por ejemplo, Israel tiene una de las poblaciones más jóvenes de los países de la OCDE, pero una proporción superior al promedio que recibe LTC. Es difícil recolectar datos de personas que reciben cuidados fuera de los sistemas públicos, y estos pueden estar sub reportados, por lo que las cifras de países que dependen más de cuidados financiados con fondos privados pueden ser artificialmente bajas. Las normas culturales sobre el grado en que las familias se encargan de sus ancianos también puede ser un factor para la utilización de servicios formales (véase el indicador "Cuidadores informales").

Muchas personas que necesitan LTC desean permanecer en sus hogares el mayor tiempo posible. En respuesta a esta preferencia, y considerando los altos costos de las instalaciones de LTC, muchos países de la OCDE han desarrollado servicios para proporcionar cuidados en el hogar para adultos mayores. Entre 2007 y 2017, la proporción de personas que recibieron cuidados en el hogar subió 4%, de 64 a 68% (Figura 11.19). Los incrementos han sido particularmente grandes en Portugal, Australia, Suecia, Alemania y Estados Unidos. En Alemania, parte del incremento se debió a reformas políticas que extendieron la definición de cuidados de largo plazo, y por lo tanto incrementaron el número de beneficiarios. Aunque la proporción de receptores de LTC que viven en sus hogares se ha incrementado en la última década en la mayoría de los países de la OCDE, se ha reducido notablemente en Estonia, donde si bien el uso de cuidados institucionales ha aumentado, el decremento en el número de "cuidadores" asignados por gobiernos locales para proporcionar cuidados en el hogar fue significativamente mayor.

Definición y comparabilidad

Los receptores de LTC se definen como personas que reciben cuidados de largo plazo de parte de proveedores pagados, incluyendo a quienes no son profesionales y reciben pagos en efectivo de programas sociales. También incluyen a receptores de beneficios en efectivo como programas de elección del consumidor, cuotas para cuidado u otros beneficios sociales que se otorgan con el objetivo principal de apoyar a las personas con necesidades de cuidados de largo plazo. Las instituciones de LTC son instalaciones residenciales y hogares de ancianos que proporcionan alojamiento y cuidados de largo plazo como paquete. LTC en el hogar se define como las personas con restricciones funcionales que reciben la mayor parte de los cuidados en su hogar. Cuidados en el hogar también se aplica al uso de instituciones de forma temporal, cuidados comunitarios y centros de cuidados ambulatorios y disposiciones residenciales diseñados especialmente. Los datos disponibles para Polonia, Irlanda, Canadá, República Eslovaca, Islandia y Bélgica sólo incluyen personas que reciben LTC en instituciones, de modo que el número total de receptores es una subestimación. En Estonia, los datos de receptores de cuidados en casa se refieren solo a quienes tienen un "cuidador" asignado por el gobierno local. No se incluyen en los datos otros servicios sociales, que no tienen un componente de cuidado personal, . Es posible que el reemplazo de los cuidadores con estos servicios refleje algún decremento en el número de receptores.

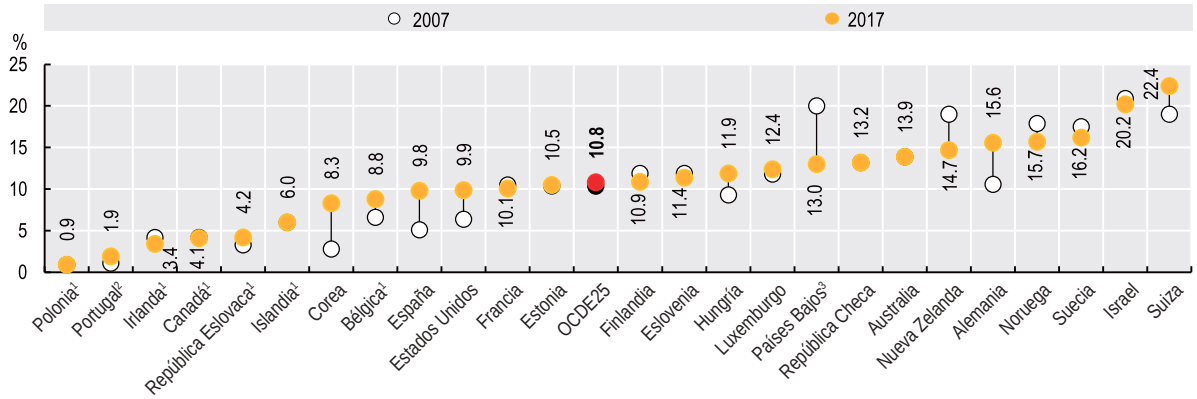
Es difícil recolectar datos sobre LTC en algunos países y las cifras tienen algunas limitaciones. Los datos para algunos países, se refieren solo a personas que reciben cuidados financiados con fondos públicos, mientras que en otros se incluye a la gente que paga por sus cuidados.

Referencias

[1] Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en*.

[2] Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, No. 93, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

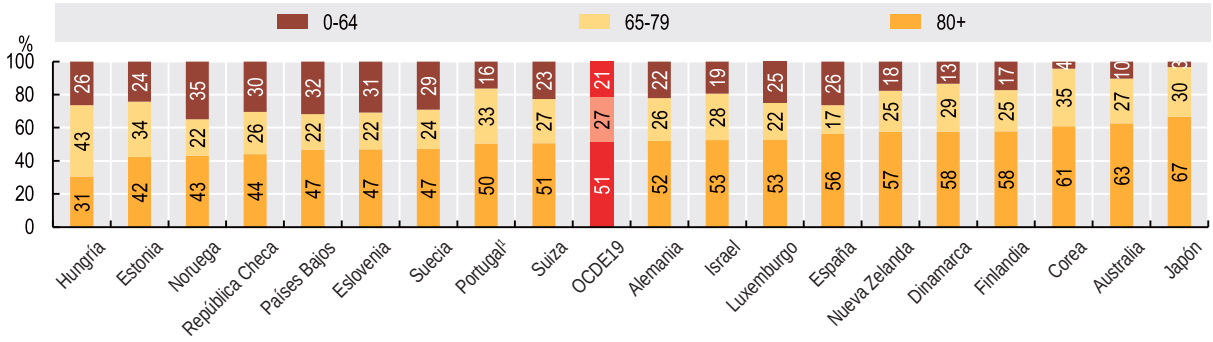
Figura 11.17. **Proporción de adultos de 65 años y mayores que reciben cuidados de largo plazo, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



1. Incluye sólamente receptores de LTC en instituciones. 2. Se refiere a personas que reciben cuidados del National Network of Integrated Continuing Care. 3. Se refiere sólamente a LTC financiado por seguridad social: el decremento en años recientes refleja principalmente la transferencia de muchos servicios de LTC a los municipios en 2015.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018564

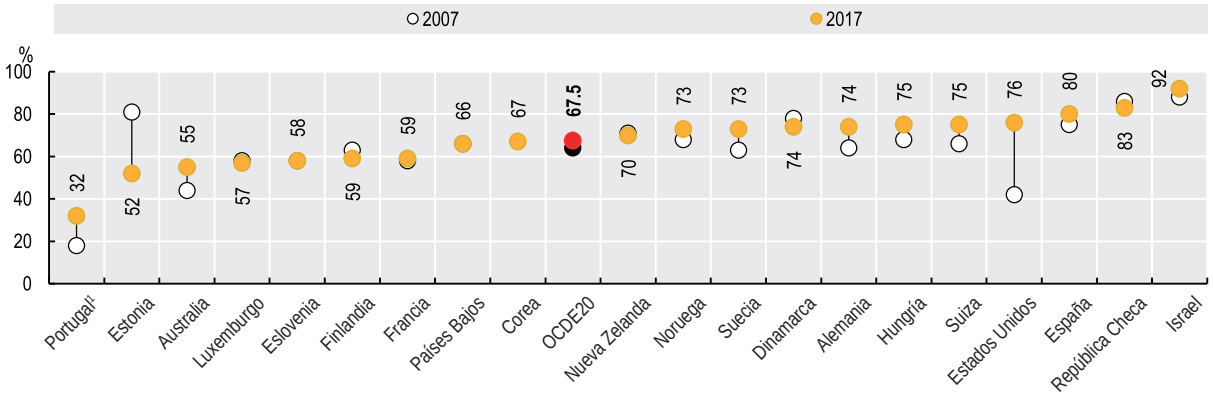
Figura 11.18. **Receptores de cuidados de largo plazo por edad, 2017 (o año más cercano)**



1. Los datos se refieren a personas que reciben cuidados del National Network of Integrated Continuing Care.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018583

Figura 11.19. **Receptores de cuidados de largo plazo de 65 años y mayores que reciben que reciben cuidados en su hogar, 2007 y 2017 (o año más cercano)**



1. Los datos se refieren a personas que reciben cuidados del National Network of Integrated Continuing Care.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018602

Cuidadores informales

La familia y los amigos son las fuentes más importantes de atención para las personas que requieren de cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) en los países de la OCDE. Debido a la naturaleza informal del cuidado que proveen, no es fácil obtener datos comparables del número de personas que se encargan de familiares y amigos en diferentes países, ni de la frecuencia con que proporcionan cuidados. Los datos que se presentan en esta sección provienen de encuestas nacionales o internacionales de salud, y se refieren a personas de 50 años de edad o más que reportan prestar ayuda y cuidados a miembros de su familia y amigos.

En promedio en los países de la OCDE que disponen de datos, alrededor de 13% de las personas de 50 años de edad y más reportan proporcionar cuidados informales al menos semanalmente. Esta proporción es cerca de 20% en República Checa, Austria, Bélgica, Reino Unido, Francia y Alemania, y menos de 10% en Portugal, Suecia, Polonia, Estados Unidos, Irlanda y Grecia (Figura 11.20). También existe variación en la intensidad del cuidado prestado. Los índices más bajos de cuidados diarios se encuentran en Suecia, Grecia, Suiza, Dinamarca y Países Bajos –en la mayoría de los cuales el sector de LTC está bien desarrollado y la cobertura pública es integral.

La provisión intensiva de cuidados se asocia con una reducción en la permanencia en la fuerza laboral para cuidadores en edad de trabajar, tasas más altas de pobreza, y una mayor prevalencia de problemas de salud mental. Muchos países de la OCDE han implantado políticas para apoyar a cuidadores familiares con el objeto de mitigar estos efectos negativos. Las políticas incluyen licencias pagadas por cuidados (p. ej. en Bélgica y Francia), horarios flexibles de trabajo (p. ej. Australia y Estados Unidos), cuidados de relevo (p. ej. Austria, Dinamarca, Francia y Alemania) y servicios de capacitación y asesoría (p. ej. Suecia). Asimismo, varios países de la OCDE proporcionan beneficios en efectivo a cuidadores familiares, o subsidios en efectivo por cuidados para receptores, que pueden ser usados para pagar cuidadores informales, o periodos de permisos laborales pagados para cuidadores informales (OECD, 2018[1]). En Francia, la evidencia indica que aún las soluciones de relevo de corto plazo para personas con enfermedad de Alzheimer pueden reducir significativamente la carga psicológica que soporta el cuidador informal (Rapp, Apouey and Senik, 2018[2]).

En los países de la OCDE, un promedio de 61% de quienes proporcionan cuidados informales a diario son mujeres (Figura 11.21). Grecia y Portugal tienen el mayor desbalance de género, con más de 70% de mujeres proporcionando cuidados informales. Alrededor de dos terceras partes de los cuidadores se encargan de su padre, madre o cónyuge, pero los patrones de cuidado varían para diferentes grupos de edad. Es más probable que los cuidadores más jóvenes (entre 50 y 65) se estén haciendo cargo de el padre o la madre (Figura 11.22). Es más probable que sean mujeres, y pueden no estar proporcionando cuidados a diario. Los cuidadores de más de 65 años, es más probable que se estén haciendo cargo de un cónyuge. El cuidado de un cónyuge tiende a ser más intensivo, pues requiere cuidados diarios, y la probabilidad de que hombres o mujeres desempeñen este papel es equivalente.

El hecho de que menos personas proporcionen cuidados diarios en países con sistemas formales de LTC indica que hay una compensación entre cuidados formales e informales. El menor tamaño de las familias, la mejor movilidad geográfica y los crecientes índices de participación de las mujeres en el mercado laboral significan que existe un riesgo de que menos personas tendrán capacidad y estarán en disposición de proporcionar cuidados informales en el futuro. Aunado a los efectos del envejecimiento demográfico, esto puede conducir a una mayor demanda de servicios profesionales de LTC. Los sistemas públicos de LTC deberán adecuar sus recursos para cubrir una demanda creciente al tiempo de mantener el acceso y la calidad.

Definición y comparabilidad

Se define a los cuidadores informales como las personas que proporcionan cualquier tipo de ayuda a familiares mayores, amigos y personas en su círculo social que viven dentro o fuera de su hogar y requieren ayuda con las tareas diarias. Los datos se refieren solamente a la población de 50 años de edad y mayores, y se basan en encuestas nacionales para Australia (Survey of Disability, Ageing and Carers, SDAC), Reino Unido (English Longitudinal Study of Ageing, ELSA), Estados Unidos (Health and Retirement Survey, HRS) y una encuesta internacional para otros países europeos (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE). Los datos de Irlanda provienen del censo de 2016.

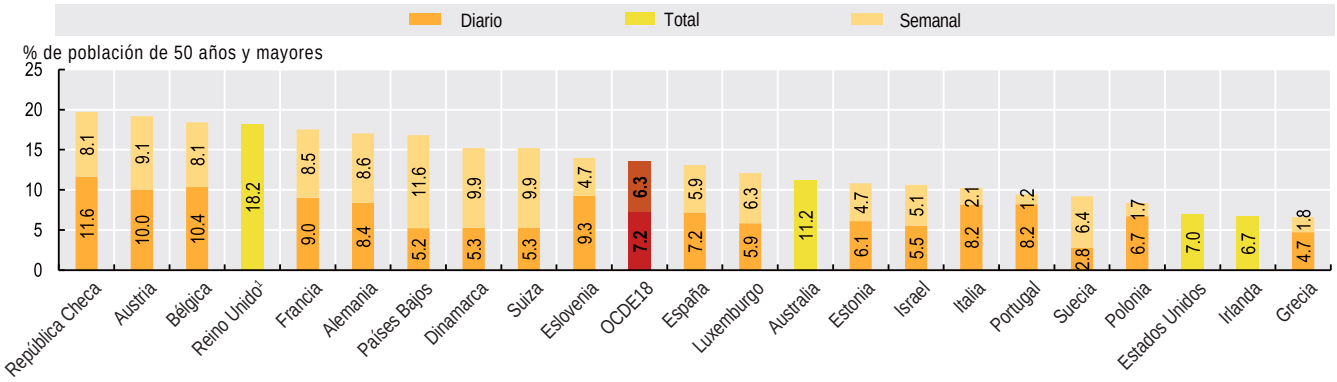
Las preguntas sobre la intensidad del cuidado varían entre encuestas. En SHARE, se pregunta a los cuidadores con qué frecuencia proporcionaron cuidados en el último año, y este indicador incluye gente que dió cuidados al menos semanalmente. Es importante notar el cambio de metodología en la entrega 7 de SHARE, en la cual más de cuatro quintas partes de los encuestados respondieron la parte SHARELIFE del cuestionario sólamente, en lugar de sostener una entrevista con un panel. En ELSA, se pregunta si han proporcionado cuidados en la última semana, que puede ser comparable con "al menos semanalmente". Las preguntas en HRS y SDAC son menos comparables con SHARE. En HRS se incluye a los cuidadores si proporcionaron más de 200 horas de cuidado en el último año. En SDAC se define como cuidador a quien ha proporcionado asistencia informal continua por al menos seis meses. Las personas que se encargan de niños discapacitados se excluyen en los países europeos, pero están incluidos en Estados Unidos y Australia. Sin embargo, en Estados Unidos los datos sólo incluyen a quienes se encargan de alguien fuera de su hogar. Australia e Irlanda consideran a todos los cuidadores informales. Como resultado, los datos para Australia, Irlanda y Estados Unidos pueden no ser comparables con los de otros países.

Referencias

[1] OECD (2018), *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en*.

[2] Rapp, T., B. Apouey y C. Senik (2018), "The impact of institution use on the wellbeing of Alzheimer's disease patients and their caregivers", *Social Science and Medicine*, disponible en *http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.014*.

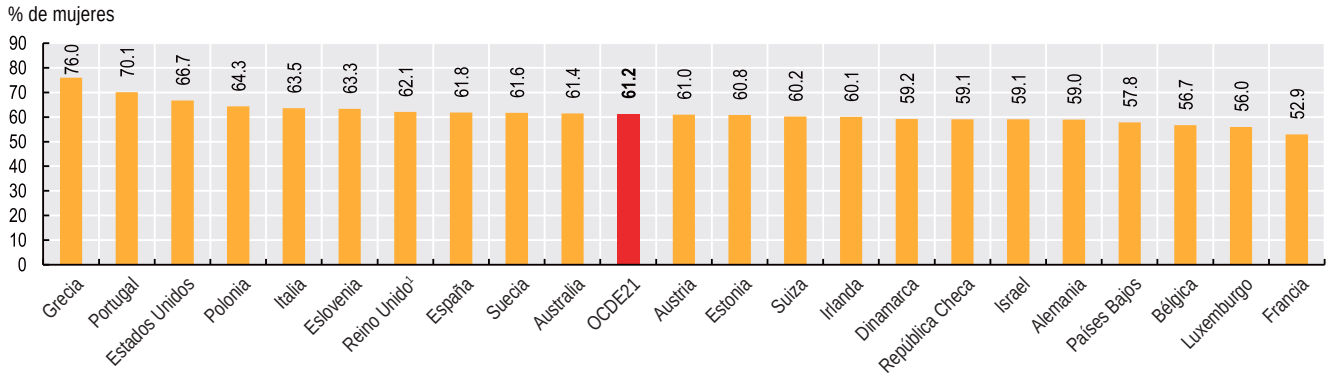
Figura 11.20. **Proporción de cuidadores informales de la población de 50 años y mayores, 2017 (o año más cercano)**



1. Reino Unido se refiere a Inglaterra.
Nota: La definición de cuidadores informales varía entre encuestas (véase el recuadro "Definición y comparabilidad"). Reino Unido y Estados Unidos incluyen cuidados informales semanales. Australia e Irlanda incluyen a todos los cuidadores informales.
Fuente: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, entrega 7 (2017); Survey of Disability, Ageing and Carers en Australia (2015); English Longitudinal Study of Ageing, entrega 8 (2017); Health and Retirement Survey en Estados Unidos, entrega 13 (2016); Censo 2016 en Irlanda.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018621

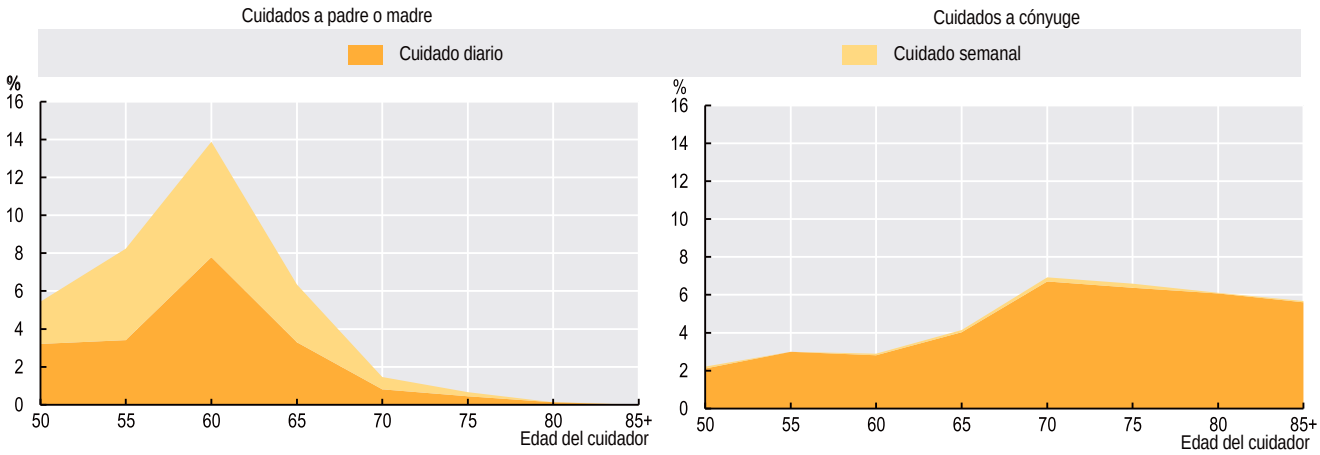
Figura 11.21. **Proporción de mujeres entre los cuidadores informales de 50 años y mayores, 2017 (o año más cercano)**



1. Reino Unido se refiere a Inglaterra.
Nota: La definición de cuidadores informales varía entre encuestas (véase el recuadro "Definición y comparabilidad").
Fuente: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, entrega 7 (2017); Survey of Disability, Ageing and Carers en Australia (2015); English Longitudinal Study of Ageing, entrega 8 (2017); Health and Retirement Survey en Estados Unidos, entrega 13 (2016); Censo 2016 en Irlanda.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018640

Figura 11.22. **Proporción de cuidadores informales en la población europea de 50 años y mayores, por receptores de cuidados y edad, diario y semanal, 2017**



Nota: Los datos se refieren a la población de 50 años y mayores para los países incluidos en SHARE, entrega 7.
Fuente: Entrega 7 de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2017).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018659

Personal de cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) son un servicio demandante de mano de obra, y los cuidados formales son en muchos casos un complemento necesario para el trabajo informal y no remunerado de apoyar a las personas que tienen necesidades de LTC. El personal formal de LTC se define como empleados remunerados -típicamente enfermeros y cuidadores personales- que proporcionan cuidados y/o ayuda a personas que están limitadas en sus actividades diarias en su hogar o en instituciones, excluyendo hospitales. Existen en promedio cinco trabajadores de LTC por cada 100 personas de 65 años y mayores en 28 países de la OCDE, y esta proporción varía de 13 en Noruega, a menos de uno en Grecia, Polonia y Portugal (Figura 11.25).

En más de la mitad de los países de la OCDE, el envejecimiento de la población ha sobrepasado el crecimiento de la oferta de LTC. La fuerza laboral de LTC se ha estancado o ha decrecido aún en países donde la oferta de LTC es mucho mayor al promedio de la OCDE (como Dinamarca, Países Bajos, Noruega y Suecia). Nueve países presentaron un incremento general de oferta de LTC entre 2011 y 2016. A medida que las poblaciones siguen envejeciendo, es probable que la demanda de personal de LTC aumente. La respuesta a esta demanda creciente requerirá de políticas para mejorar el reclutamiento y retención de personal; y aumentar la productividad.

Menos de una cuarta parte del personal de LTC cuenta con educación superior en los países de la OCDE (Figura 11.23). Esto se explica por el hecho de que los trabajadores de cuidado personal representan 70% de la fuerza laboral de LTC en promedio en países de la OCDE, y hasta 90% en algunos países (Estonia, Suiza, Corea, Israel y Suecia). Solo Alemania, Hungría y Suiza tienen una oferta de enfermeros superior a la oferta de trabajadores de cuidado personal. Muy pocos países requieren actualmente que los trabajadores de cuidado personal tengan niveles mínimos de educación, licencias y/o certificaciones. A pesar de que el personal de LTC en su mayoría son trabajadores menos calificados, LTC involucra dedicar una cantidad significativa de tiempo realizando tareas más complejas que en cuidados básicos. Los trabajadores de cuidados personales no siempre tienen suficientes conocimientos y capacitación, lo que puede afectar la calidad de los servicios que prestan.

Las condiciones de trabajo en este sector tienden a ser relativamente pobres. Esto con frecuencia afecta a las mujeres en forma desproporcionada, pues en promedio, alrededor de 90% de los empleos en el sector de LTC son desempeñados por mujeres. En los países de la OCDE, 45.5% de los trabajadores de LTC tienen empleos de tiempo parcial (Figura 11.24). En los países del norte y el centro de Europa, los empleos de más de la mitad de los trabajadores son de tiempo parcial. El trabajo de tiempo parcial es muy común entre los cuidadores personales y los que prestan sus servicios en los hogares. El hecho de que los servicios básicos de LTC son requeridos en su mayoría por algunas horas en horarios específicos puede explicar estas cifras. Adicionalmente, la mitad del personal de LTC tiene trabajo en turnos, y casi una cuarta parte tienen contratos temporales. Además, el trabajo en LTC suele ser física y mentalmente demandante, y con frecuencia la remuneración es baja.

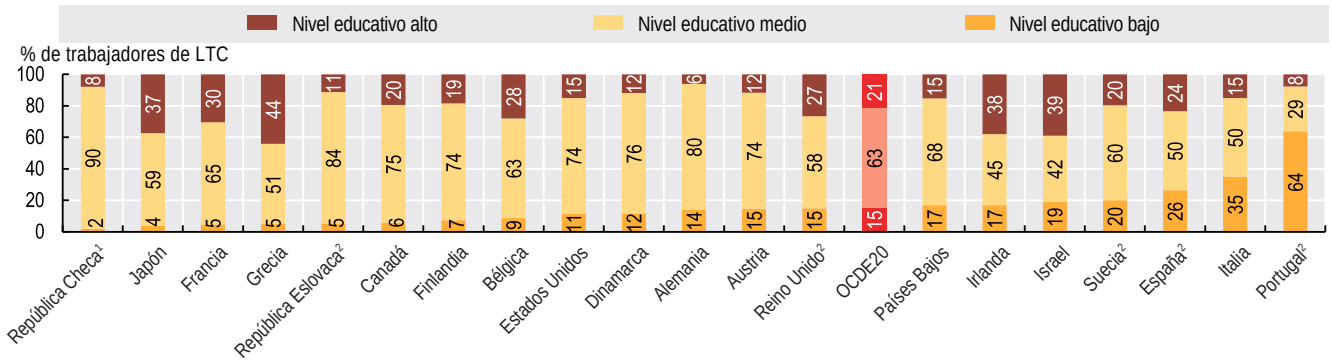
Definición y comparabilidad

Los trabajadores de cuidados de largo plazo se definen como trabajadores remunerados que proporcionan cuidados en el hogar o en instituciones (fuera de hospitales). Incluyen a personal de enfermería calificado y trabajadores de cuidado personal que proporcionan ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y otras formas de apoyo personal. Los trabajadores de cuidado personal incluyen a diferentes categorías de trabajadores que pueden recibir diferentes nombres en países diferentes. Debido a que los trabajadores de cuidado personal pueden no ser parte de las ocupaciones reconocidas, es más difícil recabar datos comparables para esta categoría de trabajadores de LTC en los países. Los trabajadores de LTC también incluyen a familiares o amigos que están empleados con un contrato formal ya sea por el receptor, una agencia, o compañías de servicios de cuidado públicas o privadas. Excluyen al personal de enfermería que trabaja en administración. Las cifras se expresan como número de personas, y no el equivalente de tiempo completo. Los datos se refieren únicamente a trabajadores empleados en el sector público en algunos países, e incluyen a trabajadores en el sector privado y organizaciones no lucrativas en otros. Los datos de República Checa y Japón provienen de encuestas en establecimientos de cuidados, lo que implica que las personas que trabajan en más de uno pueden haber sido contadas más de una vez.

Referencias

[1] OECD (2018), *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en.*

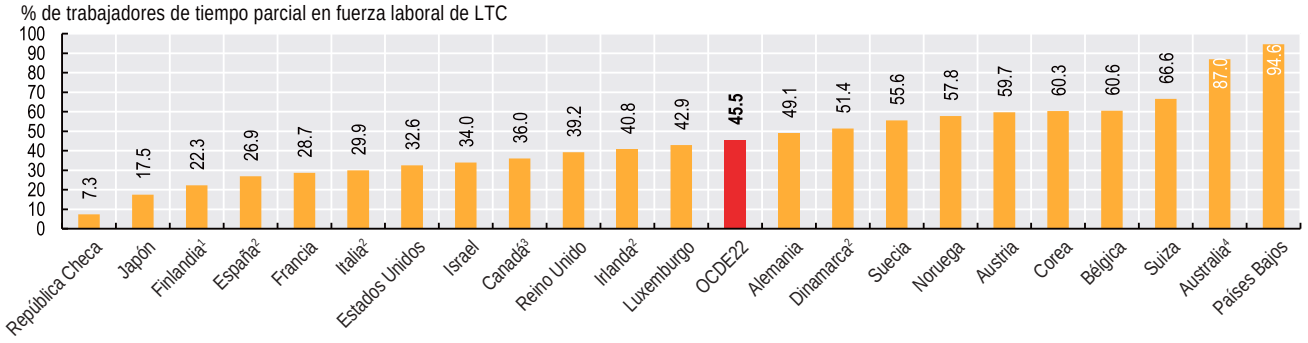
Figura 11.23. **Personal de cuidados de largo plazo por nivel educativo, 2016**



Nota: Los datos de la encuesta EU-Labour Force Survey (LFS) se basan en ISCO 4 dígitos y NACE 2 dígitos. 1. Debe interpretarse con cautela porque las muestras son pequeñas. 2. Basado en ISCO 3 dígitos y NACE 2 dígitos
Fuente: EU-LFS; ASEC-CPS para Estados Unidos; Censo 2016 para Canadá; LFS para Israel; encuesta Survey for Long-term Care Workers FY para Japón.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018678

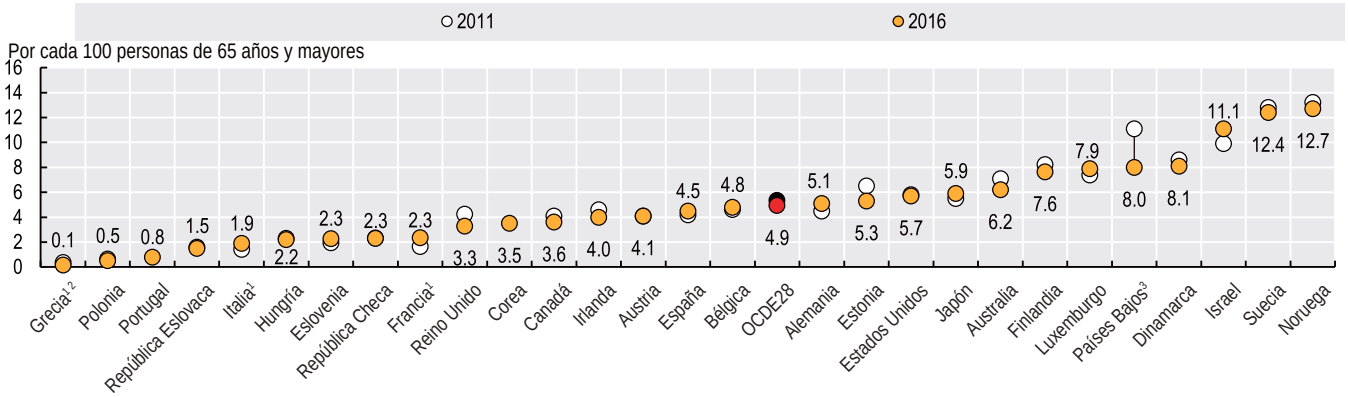
Figura 11.24. **Proporción de personal de cuidados de largo plazo que trabajan tiempo parcial, 2016**



Nota: Los datos de la encuesta EU-Labour Force Survey (LFS) se basan en ISCO 4 dígitos y NACE 2 dígitos. 1. Debe interpretarse con cautela porque las muestras son pequeñas. 2. Basado en ISCO 3 dígitos y NACE 2 dígitos. 3. Incluye sólo a quienes trabajan mayormente tiempo completo o tiempo parcial. 4. Incluye sólo a quienes tienen un trabajo permanente.
Fuente: EU-LFS; ASEC-CPS para Estados Unidos; Censo 2016 para Canadá; LFS para Israel; encuesta Survey for Long-term Care Workers FY para Japón, National Health Insurance System para Corea; estimados de la OCDE con base en fuentes nacionales para Australia.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018697

Figura 11.25. **Personal de cuidados de largo plazo por cada 100 personas de 65 años y mayores, 2011 y 2016 (o año más cercano)**



Nota: Los datos de la encuesta EU-Labour Force Survey (LFS) se basan en ISCO 4 dígitos y NACE 2 dígitos. 1. Basado en ISCO 3 dígitos y NACE 2 dígitos. 2. Debe interpretarse con cautela porque las muestras son pequeñas. 3. El decremento en Países Bajos se debe en parte a un cambio metodológico en 2012, y a reformas.
Fuente: EU-LFS and OECD Health Statistics 2018, con excepción de Quarterly LFS para Reino Unido y la encuesta Current Population Survey (ASEC-CPS) para Estados Unidos; base de datos Eurostat Database para demografía de la población.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018716

Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales

Aunque los países han tomado cada vez más medidas para asegurar que la población que necesita cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y que desean permanecer en su hogar el mayor tiempo posible puedan hacerlo, en algún momento muchos necesitarán servicios que no pueden prestarse en el hogar. El número de camas en instalaciones de LTC, y en las áreas de LTC de los hospitales es una medida de los recursos disponibles para prestar este servicio a las personas fuera de sus hogares.

En los países de la OCDE había 47 camas por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores en 2017 (Figura 11.26). La gran mayoría de las camas -44 por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores- se encontraban en instalaciones de LTC, y solo tres en hospitales. El número de camas de LTC por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores varía enormemente entre los países de la OCDE. Luxemburgo, el país con el mayor número de camas (82.8), tenía más de 18 veces más camas que Grecia (4.5), el país con el menor número de camas de LTC en 2017. Cinco países -Italia, Letonia, Polonia, Turquía y Grecia- tenían menos de 20 camas por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores; y cuatro -Luxemburgo, Países Bajos, Bélgica y Suecia- tenían más de 70.

Entre 2007 y 2017, los países de la OCDE redujeron el número de camas en instalaciones de LTC un promedio de 3.4 camas por cada 1 000 habitantes de 65 años y mayores (Figura 11.27). Este cambio varió significativamente entre los países de la OCDE. En este periodo de diez años, Suecia, Islandia y Finlandia redujeron cada uno el número de camas en instalaciones de LTC en 15 o más por cada 1 000 personas de 65 años y mayores. En el otro extremo, Corea aumentó 36 camas para LTC en el mismo periodo. Estos cambios importantes han sido motivados en buena medida, por los cambios en políticas en el mismo periodo. La reducción de camas en instalaciones de LTC en Suecia se debe más a un movimiento hacia la provisión de servicios comunitarios de LTC; mientras que en Corea, el incremento sustancial en la capacidad obedece a la introducción de un esquema de seguro público para LTC en 2008.

La provisión de LTC en instalaciones dedicadas puede ser más eficiente que los servicios comunitarios para las personas con necesidades intensivas, debido a economías de escala y al hecho de que el personal no debe trasladarse a donde está cada paciente. Sin embargo, suele ser más gravoso para los presupuestos públicos, ya que los cuidadores informales hacen contribuciones menores, y los sistemas de LTC con frecuencia asumen los costos de alimentación, alojamiento y cuidado. La atención en instalaciones de LTC puede no ser de la preferencia de los receptores, pues muchos de ellos desean permanecer en casa el mayor tiempo posible. La mayoría de los países ha tomado medidas en años recientes para satisfacer esta preferencia y promover los servicios comunitarios. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias individuales, mudar a un receptor a instalaciones de LTC puede ser la opción más apropiada -por ejemplo, para personas que viven solas y requieren cuidados y supervisión las 24 horas (Wiener et al., 2009[1]) o personas que viven en áreas remotas con ayuda limitada en casa. Por lo tanto, es importante que los países mantengan un nivel apropiado de capacidad residencial de LTC, y que las instalaciones desarrollen y apliquen modelos de atención que promuevan la dignidad y la autonomía. Esto incluye asegurar que el personal que presta servicios en instalaciones de LTC esté debidamente capacitado y reciban el apoyo que necesitan para evitar la rotación alta y facilitar los procesos de reclutamiento y retención de trabajadores calificados (véase el indicador "Personal de cuidados de largo plazo").

Definición y comparabilidad

Las instalaciones de cuidados de largo plazo se refieren a centros de atención y residenciales que proveen alojamiento y cuidados de largo plazo como paquete. Incluyen las instituciones especialmente diseñadas para este fin o contextos hospitalarios donde el componente predominante de servicio es la atención de largo plazo para personas con restricciones funcionales de moderadas a severas. No están incluidas las camas de contextos residenciales adaptados para personas que requieren ayuda, pero proporcionan un alto nivel de autonomía y autocontrol. Para comparaciones internacionales, las camas en centros de rehabilitación no deben ser incluidas.

Sin embargo, existen variaciones entre países en la cobertura de datos. Varios países solo incluyen las camas en instituciones de LTC que operan con fondos públicos, mientras que otros solo incluyen instituciones privadas (con y sin fines de lucro). Algunos países solo incluyen camas en centros de tratamiento para personas con adicciones, unidades psiquiátricas de hospitales generales o especializados, y centros de rehabilitación.

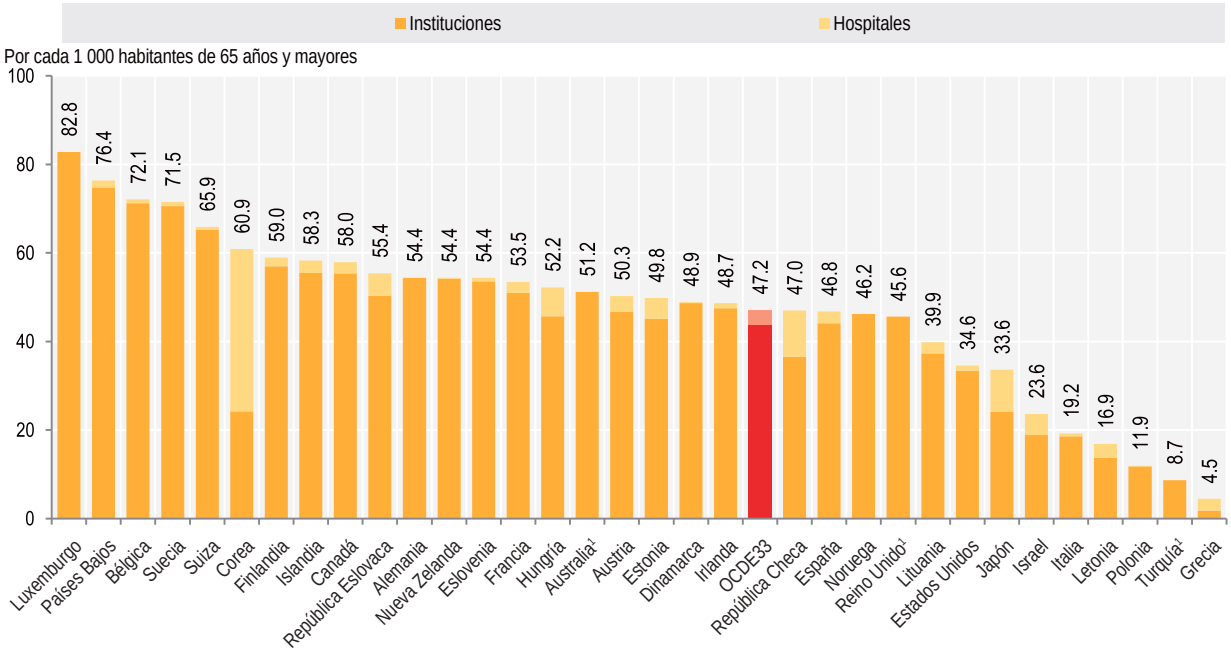
Referencias

[2] Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, disponible en *http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en*.

[3] Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, No. 93, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

[1] Wiener, J. et al. (2009), "Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining", *Real Choice Systems Change Grant Program*, US Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services.

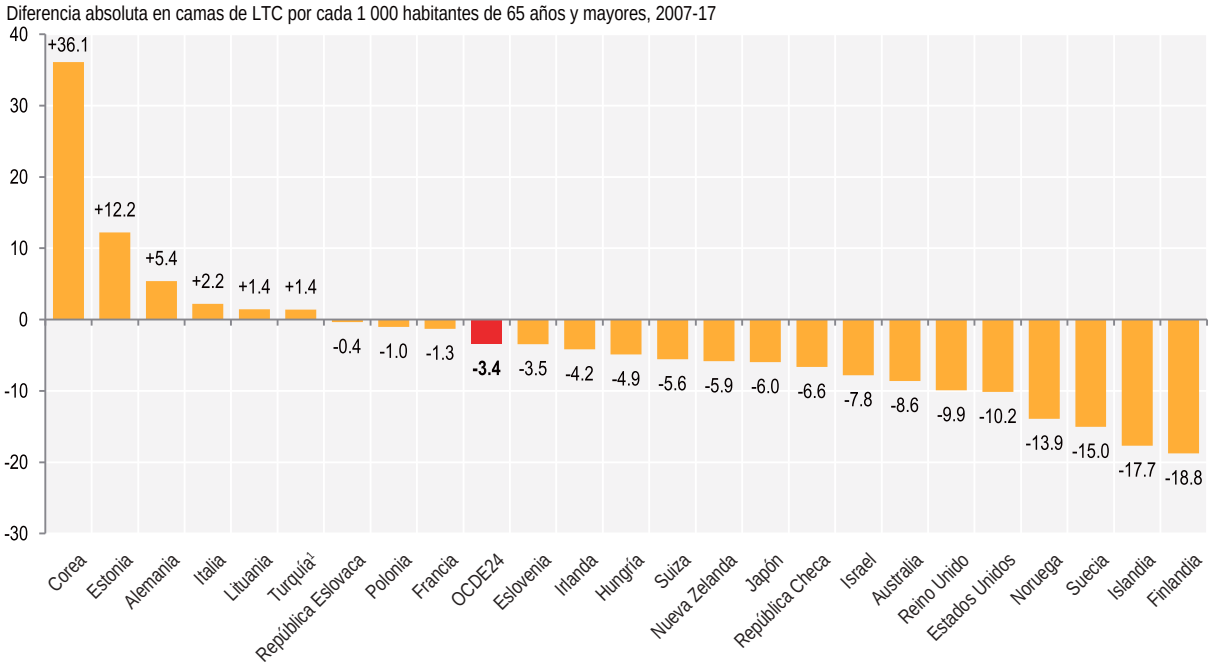
Figura 11.26. **Camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales, 2017 (o año más cercano)**



1. El número de camas para LTC en hospitales no está disponible para Australia, Turquía y Reino Unido.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018735

Figura 11.27. **Tendencias en camas para cuidados de largo plazo en instituciones y hospitales, 2007-17 (o año más cercano)**



1. Los datos de 2007 se refieren a 2011.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018754

Gasto en cuidados de largo plazo y costos unitarios

En comparación con otras áreas de atención a la salud, el gasto en cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) ha sido el de mayor crecimiento en los últimos años (véase el indicador "Gasto en salud por tipo de servicio" en el Capítulo 7). El envejecimiento de la población causa que más personas necesiten atención de salud y servicios sociales; el aumento de los ingresos genera expectativas de calidad de vida en la edad adulta; la oferta de cuidados informales está disminuyendo potencialmente, y es difícil lograr aumentos de productividad en un sector tan demandante de mano de obra. Todos estos factores crean presiones crecientes de costo, y se proyectan incrementos sustanciales del gasto en LTC en los países de la OCDE en los años venideros.

Una proporción significativa del gasto en servicios de LTC es cubierta por esquemas gubernamentales o de seguros obligatorios. El gasto total gobierno/seguro obligatorio en LTC (incluyendo el componente de salud y el social) representó 1.7% del PIB en promedio en los países de la OCDE en 2017 (Figura 11.28). El gasto más alto fue el de Países Bajos, con 3.7% del PIB, seguido por Noruega (3.3%) y Suecia (3.2%). En estos países, el gasto público en LTC fue aproximadamente el doble del promedio de la OCDE. En el otro extremo de la escala, Hungría, Estonia, Polonia y Letonia asignaron menos de 0.5% de su PIB a la prestación de servicios de LTC. Esta variación refleja en parte las diferencias en la estructura de la población, pero principalmente la etapa de desarrollo de los sistemas formales de LTC, en comparación con disposiciones más informales que se basan principalmente en la atención brindada por miembros de la familia que no son remunerados. En general, el componente de salud representa la mayor parte del gasto en LTC, aunque sigue habiendo dudas sobre cómo distinguir apropiadamente los componentes de salud y social en los servicios de LTC en algunos países.

La forma en que se organizan los LTC en los países, afecta la composición del gasto en LTC (salud), y también puede tener un impacto en el gasto general en LTC. En los países de la OCDE en 2017, alrededor de dos terceras partes del gasto gubernamental y obligatorio en LTC (salud) fue para pacientes de LTC hospitalizados. Estos servicios se prestan primordialmente en instalaciones residenciales de LTC (Figura 11.29). Sin embargo en Polonia, Finlandia, Dinamarca, Lituania, Austria y Alemania, el gasto en servicios de LTC prestados en el hogar representaron más de 50% del gasto total. El gasto en LTC en el hogar puede ser en servicios de trabajadores profesionales de LTC o trabajadores informales, cuando existe un subsidio por cuidados para remunerar al cuidador por servicios de LTC.

El importante papel que desempeñan los esquemas públicos en el financiamiento de LTC se puede explicar con los costos sustanciales que las personas mayores con necesidades de LTC enfrentan. Estos costos varían ampliamente de un país a otro, pero son siempre altos en relación con el ingreso medio de las personas mayores. Por ejemplo, el costo por una persona con necesidades severas de servicios de LTC en una institución varían de un poco menos de un ingreso disponible para individuos en edad de retiro, a más de cuatro veces ese ingreso (Figura 11.30), dependiendo del país o la región. En comparación con el ingreso promedio, los costos son más altos en Finlandia, Irlanda y Países Bajos, y más accesibles en Hungría, Eslovenia y Croacia. Sólamente en Eslovenia y Croacia, una persona mayor con el ingreso promedio tendría posibilidades de enfrentar los costos de cuidados institucionales con sus ingresos. Todos los países de la OCDE tienen alguna forma de protección social frente a estos riesgos financieros, y el gasto de bolsillo que las personas mayores enfrentan finalmente tiende a ser menor en los países donde el gasto público en LTC es más alto, como Países Bajos y Finlandia (Muir, 2017[1]).

Definición y comparabilidad

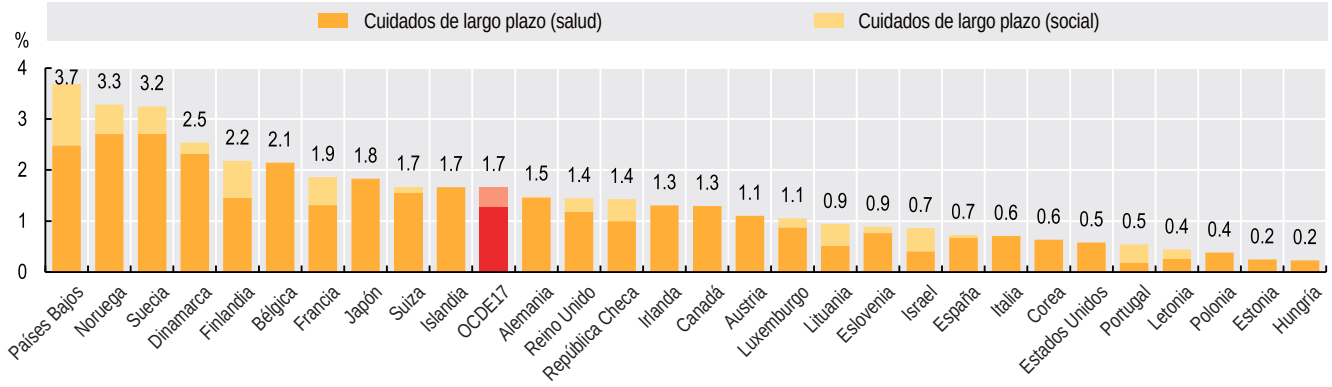
El gasto en LTC comprende tanto servicios sociales como de salud para las personas que dependen de LTC y requieren cuidados de manera continua. El componente de salud del gasto en LTC se basa en el System of Health Accounts (SHA), y se relaciona a cuidados de enfermería y personales (es decir, ayuda con las actividades de la vida diaria. Cubre también los cuidados paliativos y la atención prestada en instituciones de LTC (incluyendo hospedaje y alimentación) o en el hogar. El gasto social en LTC comprende principalmente ayuda con las actividades instrumentales de la vida diaria. A pesar de los avances para mejorar la comparabilidad general del gasto en LTC en años recientes, aún hay algunas variaciones en las prácticas para reportar los componentes sociales y de salud para algunas actividades de LTC entre países. Actualmente los servicios de LTC financiados por esquemas de gobierno y seguros obligatorios se prestan más a comparaciones internacionales, pues hay mayor variación en la exhaustividad de los reportes del gasto privado en LTC en los países de la OCDE. Finalmente, algunos países (p. ej. Israel y Estados Unidos) sólo pueden reportar datos de gasto en cuidados institucionales, y por lo tanto se subestima el gasto total en servicios de LTC de esquemas gubernamentales y seguros obligatorios.

Las instalaciones de cuidados de largo plazo se refieren a centros de atención y residenciales que proveen alojamiento y cuidados de largo plazo como paquete. Son instituciones especialmente diseñadas para este fin donde el componente predominante de servicio es la atención de largo plazo para personas dependientes con restricciones funcionales de moderadas a severas. Una persona mayor con necesidades severas se define como alguien que requiere 41.25 horas de cuidado por semana. Se puede encontrar una descripción detallada de las necesidades en Muir (2017[1]).

Referencias

[1] Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, No. 93, OECD Publishing, Paris, disponible en *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

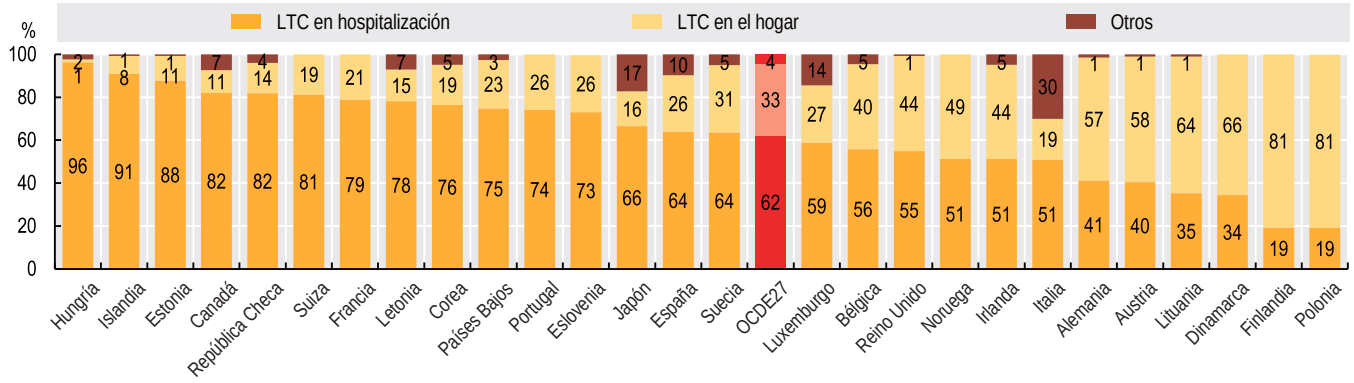
Figura 11.28. **Gasto en cuidados de largo plazo (componente de salud y social) de esquemas gubernamentales y seguros obligatorios, como proporción del PIB, 2017 (o año más cercano)**



Nota: El promedio de la OCDE sólo incluye 17 países que reportan los componentes de salud y social de LTC.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018773

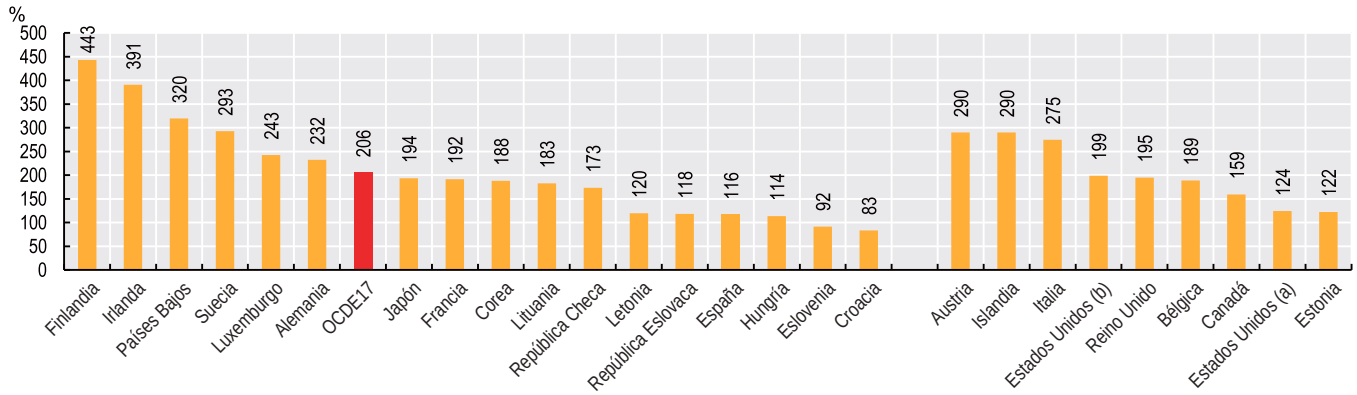
Figura 11.29. **Gasto gubernamental y de seguros obligatorios en LTC (salud) por modo de provisión, 2017 (o año más cercano)**



Nota: "Otros" incluye LTC en atención en centros de día y contextos de consulta externa.
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018792

Figura 11.30. **Costos de LTC institucional para una persona mayor con necesidades severas, como proporción ingreso medio de personas en edad de retiro y mayores, 2018 (o año más cercano)**



Nota: Bélgica se refiere a Flandes, Islandia se refiere a Reykjavik, Canadá se refiere a Ontario, Estonia se refiere a Tallin, Austria se refiere a Viena, Estados Unidos se refiere a (a) California y (b) Illinois, Italia se refiere a Tirol del sur, y Reino Unido se refiere a Inglaterra.
Fuente: Cuestionario OECD Long-Term Care Social Protection (2018) y base de datos OECD Income Distribution Database (2018).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934018811

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE)

La OCDE constituye un foro único en su género, donde los gobiernos trabajan conjuntamente para afrontar los retos económicos, sociales y medioambientales que plantea la globalización. La OCDE también está a la vanguardia de los esfuerzos emprendidos para ayudar a los gobiernos a entender y responder a los cambios y preocupaciones del mundo actual, como el gobierno corporativo, la economía de la información y los retos que genera el envejecimiento de la población. La Organización ofrece a los gobiernos un marco en el que pueden comparar sus experiencias políticas, buscar respuestas a problemas comunes, identificar buenas prácticas y trabajar en la coordinación de políticas nacionales e internacionales.

Los países miembros de la OCDE son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza, y Turquía. La Unión Europea participa en el trabajo de la OCDE.

ODCE Publishing difunde ampliamente los resultados de la recopilación de estadísticas y la investigación de la Organización sobre cuestiones económicas, sociales y ambientales, así como los convenios, directrices y normas acordadas por sus miembros.

Panorama de la Salud 2019

INDICADORES DE LA OCDE

Panorama de la Salud compara indicadores clave de la salud de la población y el desempeño de los sistemas de salud en los países miembros de la OCDE, países socios y candidatos. Enfatiza las variaciones entre países en términos de estado de la salud y comportamientos saludables de la población; acceso y calidad de los servicios sanitarios, así como los recursos disponibles para la salud. El análisis se basa en los más recientes datos comparables para 80 indicadores, con datos provenientes de estadísticas oficiales de cada país, a menos que se indique otra cosa.

Además del análisis de cada indicador, el capítulo de perspectivas generales resume el desempeño comparativo de los países y las tendencias principales, incluyendo el grado en que el gasto en salud se puede asociar con la provisión de personal, acceso, calidad y resultados de los servicios de salud. Esta edición también incluye un enfoque especial en resultados y experiencias reportados por pacientes, con un capítulo temático sobre la evaluación de lo primordial para sistemas de salud centrados en la gente.